

แผนการดำเนินงาน

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

บุหรี่ยั่ว ทำลาย หัวใจ ลดพุง ลดโรค ต้มไม่ขับ บุหรี่ยั่ว ทำลาย หัวใจ
งดเหล้าเข้าพรรษา ลดพุง ลดโรค ต้มไม่ขับ งดเหล้าเข้าพรรษา ลดพุง ลดโรค



ชีวิตวิถีใหม่ **ชีวิตดี** **เรา** 

เริ่มต้นที่ **เรา**



ทีมบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์สุমন อมริวิวัฒน์
นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์
นายระพีพันธุ์ สริวิวัฒน์

แผนการดำเนินงาน

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

บุหรี่ยี่ห้อต่างๆ ทำลาย หัวใจ ลดพุง ลดโรค ดื่มไม่ขับ บุหรี่ยี่ห้อต่างๆ ทำลาย หัวใจ
 งดเหล้าเข้าพรรษา ลดพุง ลดโรค ดื่มไม่ขับ งดเหล้าเข้าพรรษา ลดพุง ลดโรค



ชีวิตวิถีใหม่ ชีวิตที่ดี **เริ่มที่** **เรา** ***
 สสส

คำนำ

พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ มาตรา ๒๑ (๒) กำหนดให้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีซึ่งประกอบด้วย เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด แผน กลุ่มแผนงาน และงบประมาณประจำปี ในระยะเวลา ๑ ปี รวมถึงข้อบังคับว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๘ (๑) ที่กำหนด ให้ผู้จัดการและคณะกรรมการบริหารแผนร่วมจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีให้สอดคล้องกับเป้าหมายตามแผน สำหรับปีที่ไม่มีแผนหลักตามข้อ ๗ (๑) ให้จัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีโดยคำนึงถึงทิศทางและเป้าหมายของกองทุน ภายใต้วงเงินงบประมาณประจำปีที่คณะกรรมการกำหนด เพื่อเสนอให้คณะกรรมการพิจารณาเห็นชอบ ภายในเดือนสิงหาคมของทุกปี

จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาทั้งในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ และครั้งแรกของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ซึ่งมีความก้าวหน้าอย่างน่าพอใจทั้งในการตอบสนองนโยบายที่คณะกรรมการกองทุนได้มอบไว้เมื่อครั้งจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) และสอดคล้องกับทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๔) ของ สสส. โดยผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่คาดว่าจะสามารถบรรลุเป้าหมายได้เกือบทั้งหมด แม้ว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-๒๐๑๙ ที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานด้านสุขภาวะในช่วงไตรมาสที่ ๒ ของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็นต้นมา ขณะเดียวกัน สสส. ได้ดำเนินการปรับแผนการดำเนินงานอย่างเท่าทันต่อสถานการณ์ และมีการปรับรายละเอียดเป้าหมายการทำงานให้สอดคล้องกับแนวทางชีวิตวิถีใหม่ และใช้เป็นแนวนโยบายและจุดเน้นในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ต่อไป

แผนการดำเนินงานฉบับนี้ประกอบด้วย แผนการดำเนินงานประจำปี ๑๕ แผน พร้อมกับแผนงานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง รวมถึงแผนงานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน โดยให้ความสำคัญกับนโยบายและแนวทางการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่คณะกรรมการกองทุนมอบไว้ รวมถึงการสนับสนุนการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจตามทิศทางของการพัฒนาประเทศที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญ แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี นโยบายรัฐบาล และตอบสนองแนวนโยบาย การปฏิรูปสังคม เศรษฐกิจ ตามทิศทางยุทธศาสตร์การพัฒนาระดับชาติ โดยเฉพาะประเด็นที่มีผลกระทบต่อสุขภาวะสำคัญเร่งด่วน ได้แก่ ผลกระทบจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-๒๐๑๙ ที่มีผลต่อวิถีชีวิตและสังคมของประชาชนชาวไทย นอกจากนี้ในการจัดทำแผน สำนักงานได้ดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาล มีความโปร่งใสตรวจสอบได้ มีการจัดกระบวนการที่เน้นการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ใช้ข้อมูลที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ พร้อมทั้งมีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่ชัดเจนทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพพร้อมทั้งมีรายละเอียดของค่าเฉลี่ยประกอบงบประมาณประจำปีให้สอดคล้องกับข้อบังคับกองทุน

สสส. ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ภาคีเครือข่าย และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ เพื่อใช้เป็นกรอบการขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกันตามวิสัยทัศน์และพันธกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อให้สามารถสร้างเสริมสุขภาวะของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สิงหาคม ๒๕๖๓

สารบัญ

❖ ส่วนที่ ๑ ภาพรวมแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

๑. กรอบนโยบายและแนวทางการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ๙
๒. การบริหารจัดการ การกำกับ ติดตาม และประเมินผล และการบริหารความเสี่ยง ๑๕
๓. การบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ ๒๑
๔. คำแถลงประกอบงบประมาณแสดงฐานะและนโยบายทางการเงิน ตามแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ๒๕

❖ ส่วนที่ ๒ รายละเอียดแผนการดำเนินงาน

๑. แผนควบคุมยาสูบ ๓๓
๒. แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ๕๑
๓. แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม ๗๓
๔. แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ ๑๐๑
๕. แผนสุขภาพประชาชนกลุ่มเฉพาะ ๑๒๓
๖. แผนสุขภาพชุมชน ๑๔๑
๗. แผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว ๑๕๕
๘. แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร ๑๖๙
๙. แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ๑๗๙
๑๐. แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาพทางปัญญา ๑๙๓
๑๑. แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาพ ๒๑๙
๑๒. แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ ๒๓๗
๑๓. แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ๒๔๕
๑๔. แผนอาหารเพื่อสุขภาพ ๒๕๗
๑๕. แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพ ๒๘๑
๑๖. งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน ๒๙๗
๑๗. งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง ๓๐๕

❖ ส่วนที่ ๓ ภาคผนวก

๑. กรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่และลูกจ้าง สสส. ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ๓๑๐
๒. ข้อบังคับกองทุนว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๖๒ ๓๑๓
๓. การดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ๓๒๖
๔. การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ๓๒๘

ส่วนที่



ภาพรวมแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

๑. กรอบนโยบายและแนวทางการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔
๒. การบริหารจัดการ การกำกับ ติดตาม และประเมินผล และการบริหารความเสี่ยง
๓. การบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ
๔. คำแถลงประกอบงบประมาณแสดงฐานะและนโยบายทางการเงิน ตามแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

กรอบนโยบายและแนวทางการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔



จากวัตถุประสงค์ สู่เป้าประสงค์และแผนการดำเนินงาน

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีพันธกิจหลักตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดในมาตรา ๕ ของพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ ซึ่งได้กำหนดบทบาทของ สสส. ไว้ ๖ ข้อ ดังนี้

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

จากวัตถุประสงค์ทั้ง ๖ ข้อนี้ เมื่อพิจารณาร่วมกับคำนิยามตามมาตรา ๓ แล้ว สามารถสรุปออกมาเป็นเป้าประสงค์ได้ ๖ ข้อดังต่อไปนี้

๑. สานและเสริมพลังการดำเนินงานของหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง และภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม เพื่อให้บรรลุผลการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด การลดอุบัติเหตุจราจรและอุบัติเหตุภัย และสร้างสุขนิสัยในการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารสุขภาพ



๒. พัฒนากลไกที่จำเป็นสำหรับการลดปัจจัยเสี่ยงนอกเหนือจากเป้าประสงค์ที่ ๑ โดยกองทุนลงทุน แต่น้อยในส่วนที่จำเป็นและก่อให้เกิดผลกระทบสูง และสร้างขีดความสามารถของบุคคลที่เฝ้าต่อการมีสุขภาวะ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก เยาวชน และกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

๓. เพิ่มขีดความสามารถเชิงสถาบันและส่งเสริมบทบาทของชุมชนและองค์กร ในการพัฒนาสุขภาวะ องค์กรหรือแก้ไขปัญหาคำคัญของตน โดยพัฒนากระบวนการต้นแบบ และกลไกขยายผลเพื่อมุ่งพัฒนาสังคม สุขภาวะในระยะยาวอย่างยั่งยืน

๔. สร้างค่านิยมและโอกาสการเรียนรู้ในการสร้างเสริมสุขภาวะให้เกิดขึ้นในสังคมไทย สังคมให้ความร่วมมือ กับการรณรงค์เพื่อบรรลุเป้าประสงค์อื่นๆ

๕. ขยายโอกาสและพัฒนาศักยภาพในการสร้างนวัตกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาวะ

๖. เพิ่มสมรรถนะระบบบริการและระบบสนับสนุนในการสร้างเสริมสุขภาวะ และเพิ่มประสิทธิภาพ กลไกการบริหารจัดการ

จากแนวคิด ยุทธศาสตร์ และเป้าประสงค์ กองทุน ได้จัดให้มีแผนการดำเนินงานเพื่อตอบสนองต่อ เป้าประสงค์ 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: แผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ
เป้าประสงค์ ๖	แผน ๑๒: แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ แผน ๑๓: แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

^๑ งานของ กองทุนฯ ในแต่ละแผนมีลักษณะที่ตอบสนองไม่เพียงต่อเป้าประสงค์ใดประสงค์หนึ่ง แต่สามารถตอบสนองได้หลายเป้าประสงค์ ตารางนี้ แสดงถึงความสัมพันธ์ของแต่ละแผนที่ตอบสนองต่อเป้าประสงค์หลักเท่านั้น ซึ่งในทางปฏิบัติแต่ละแผนงานนั้นอาจตอบเป้าประสงค์อื่นๆ ด้วย

การจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

ตามข้อบังคับว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๘ (๑) กำหนดให้ผู้จัดการและคณะกรรมการบริหารแผนร่วมจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีให้สอดคล้องกับเป้าหมายตามแผน สำหรับปีที่ไม่มีแผนหลักตามข้อ ๗ (๑) ให้จัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีโดยคำนึงถึงทิศทางและเป้าหมายของกองทุน ภายใต้วงเงินงบประมาณประจำปีที่คณะกรรมการกำหนด เพื่อเสนอให้คณะกรรมการพิจารณาเห็นชอบ ภายในเดือนสิงหาคมของทุกปี

การประชุมคณะกรรมการกองทุนครั้งที่ ๑๒/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๑๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ คณะกรรมการให้ความเห็นชอบกรอบแนวทางการจัดทำแผนการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยพิจารณาให้มีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

๑. แผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ เป็นปีที่ไม่มีแผนหลัก ๓ ปี รองรับ แต่ต้องดำเนินการให้มีความสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๔) ของ สสส.
๒. มุ่งเน้นให้กระบวนการจัดทำแผนงานและการตั้งตัวชี้วัดที่มีความสอดคล้องกัน
๓. การเพิ่มบทบาทของสำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) ในการทำงานเชิงรุกร่วมกับสำนัก/ฝ่าย และคณะกรรมการบริหารแผน
๔. มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของภาคี และการพิจารณาของคณะกรรมการบริหารแผนให้มีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำแผนมากขึ้น

ในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) ได้รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ช่องว่างการดำเนินงานตามทิศทางเป้าหมาย ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๔) ของ สสส. และพบว่ายังมีบางประเด็นที่ยังไม่สามารถดำเนินการบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ได้ อย่างไรก็ตาม จากการพิจารณาความก้าวหน้าการดำเนินงานโดยตัวชี้วัด ๑๕ แผน ที่ระบุไว้ในแผนหลัก ๓ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ (ข้อมูล ณ ปี ๒๕๖๒) จำนวน ทั้งหมด ๑๗๐ ตัวชี้วัด เบื้องต้นเมื่อเทียบกับแผนการดำเนินงานปี ๒๕๖๓ คาดว่าทุกแผนงานจะสามารถดำเนินงานได้บรรลุเป้าที่วางไว้

สนย. ได้รวบรวมข้อมูลสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อการสร้างเสริมสุขภาพในรอบปีที่ผ่านมา ซึ่งเป็นสถานการณ์ช่วงก่อนเกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-๒๐๑๙ ทั้งข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์ในระดับสากล ข้อมูลของหน่วยงานระดับประเทศ และสถานการณ์เร่งด่วนที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ นำมาวิเคราะห์ร่วมกับความสอดคล้องนโยบายของภาครัฐเพื่อทบทวนสถานการณ์ด้านสุขภาพภาพรวม และข้อมูลสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา-๒๐๑๙ ที่ส่งผลกระทบต่อมิติทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และประเด็นด้านสุขภาพในระดับ รวมถึงข้อมูลจากการจัดการประชุมระดมสมองจากคณะกรรมการบริหารแผน ๘ คณะ มาใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดกรอบนโยบาย และระเบียบวาระกลางประจำปีนี้ด้วย



กรอบนโยบาย และระเบียบวาระกลางในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

ในการประชุมคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ ๔/๒๕๖๓ เมื่อวันที่ ๑๖ เมษายน ๒๕๖๓ ที่ประชุมมีมติเห็นชอบกรอบนโยบายและระเบียบวาระกลางในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยมีสาระสำคัญต่อไปนี้

๑. ใช้ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี

ใช้ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี โดยเร่งดำเนินการผลงานที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายเป็นพิเศษ รวมถึงการใช้กลไกการกำกับ ติดตาม และประเมินผลที่มีประสิทธิภาพเพื่อวางทิศทางการดำเนินงานสู่ทศวรรษที่สามขององค์กร

๒. ตอบสนองแนวนโยบายโดยเฉพาะประเด็นที่มีผลกระทบต่อสุขภาวะสำคัญเร่งด่วน

ตอบสนองแนวนโยบายการปฏิรูปสังคม เศรษฐกิจตามทิศทางยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะประเด็นที่มีผลกระทบต่อสุขภาวะสำคัญเร่งด่วน อันได้แก่ ผลกระทบจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-๒๐๑๙ ที่มีผลต่อวิถีชีวิตและสังคมของประชาชนไทย

๓. ยึดแนวทางตามเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs)

ยึดแนวทางการพัฒนาสอดคล้องตามเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs) และหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อสร้างความยั่งยืนของการสร้างเสริมสุขภาพ

๔. เน้นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกที่เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร

เน้นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกที่เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่เพื่อสร้างพื้นที่สุขภาวะ โดยการใช้ชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานให้มีความยืดหยุ่นต่อการจัดการผลกระทบทางสุขภาวะด้วยตนเอง และให้คำนึงถึงความแตกต่างของบุคคลและกลุ่มประชากร โดยเฉพาะประชากรกลุ่มเฉพาะ และสังคมผู้สูงอายุ

๕. สนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

สนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อรองรับยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร การจัดการ สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่กลุ่มเป้าหมาย รวมถึงกระตุ้นและสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้มากยิ่งขึ้น

^๑ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ๒๕/๐๑/๖๐. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความสามารถหรือทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ ตอบข้อซักถาม จนสามารถประเมิน ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการเพื่อจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถบอกต่อผู้อื่นได้

ในส่วนของการกำหนดระเบียบวาระกลางประจำปี มีกรอบการพิจารณาใน ๓ ประเด็น คือ ๑) เป็นประเด็นที่มีผลกระทบต่อสุขภาวะอย่างรุนแรงทั้งในเชิงประชากรและพื้นที่ ๒) เป็นประเด็นร่วมหลายแผนการดำเนินงานของ สสส. สามารถบูรณาการการทำงานร่วมกันได้ และ ๓) สามารถวัดผลเห็นความก้าวหน้าเบื้องต้นได้ภายใน ๑ ปี โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ทางคณะกรรมการกองทุนพิจารณาเห็นชอบให้ เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)^๑ เป็นวาระกลางประจำปี ซึ่งดำเนินการต่อเนื่องเป็นปีที่ ๒ และดำเนินการภายใต้กรอบยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านความรอบรู้ทางสุขภาพ ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ ประกอบด้วย ๑) กลไกการประสานงานในการขับเคลื่อนแผนความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับชาติ ๒) สนับสนุนและพัฒนาระบบสื่อสารสุขภาพของประเทศ ๓) พื้นที่นำร่อง และกลุ่มเป้าหมายนำร่องที่มีการทำงานตามกรอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีการถอดบทเรียนการทำงาน และ ๔) การพัฒนาศักยภาพและเสริมพลังเครือข่ายในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งนี้ สสส. ได้กำหนดเป้าหมาย เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ได้แก่

๑. เพิ่มการใช้ประโยชน์ จากชุดความรู้และช่องทางการสื่อสารที่สนับสนุนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

๒. ขยายผลต้นแบบ ระบบบริการสุขภาพ ชุมชน และหน่วยงานต่างๆ ในด้านการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ได้พัฒนาขึ้นในปี ๒๕๖๓

๓. ขยายกลุ่มผู้รับประโยชน์ ในการพัฒนาศักยภาพที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คณะกรรมการกองทุนให้ความเห็นชอบและเลขานุการคณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะได้ร่วมกับคณะกรรมการบริหารแผนทำการร่างแผนการดำเนินงานประจำปีตามกรอบนโยบายและระเบียบวาระกลางของการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ แล้วนำมาสู่การพิจารณาของคณะกรรมการกองทุนเพื่อใช้เป็นแผนการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๔



การบริหารจัดการ การบริหารความเสี่ยง การกำกับ ติดตาม และการประเมินผล

๒

ด้านการบริหารจัดการ การบริหารความเสี่ยง การกำกับ ติดตาม และการประเมินผลแผนการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ กองทุนฯ ได้ดำเนินการตามบทบัญญัติของกฎหมาย กฎ ข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศที่เกี่ยวข้อง เช่น พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ ข้อบังคับ กองทุนว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๔ และ ระเบียบกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยการจัดแบ่งส่วนงานและการบริหารงานภายในสำนักงาน กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๒ รวมถึงการตรวจสอบการดำเนินงานของโครงการและ การตรวจสอบรายงานการใช้จ่ายเงินของโครงการโดยผู้สอบบัญชีรับอนุญาตตามระเบียบกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพว่าด้วยการตรวจสอบโครงการโดยฝ่ายบริหาร พ.ศ. ๒๕๖๒ มีสาระสำคัญสรุปเป็น การดำเนินการ ๓ ด้าน ประกอบด้วย

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

ด้านนโยบายและการกำกับดูแลกองทุน

พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ กำหนดให้คณะกรรมการกองทุน มีอำนาจหน้าที่ควบคุมดูแลการดำเนินกิจการกองทุนให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งและให้ คณะกรรมการประเมินผลเป็นผู้ประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนในภาพรวม

คณะกรรมการกองทุนเป็นผู้กำหนดนโยบายในการบริหารกิจการของกองทุน กำหนดกรอบงบประมาณ ในการดำเนินการ ออกหลักเกณฑ์ กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ที่สำคัญในการดำเนินงาน ให้ความเห็นชอบ แผนการดำเนินงาน กำกับดูแลฝ่ายบริหาร รวมทั้งควบคุมผลการปฏิบัติงานของผู้จัดการซึ่งเป็นหัวหน้า ฝ่ายบริหาร ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ รวมถึงระเบียบข้อบังคับของกองทุน

คณะกรรมการกองทุนสามารถแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเฉพาะด้าน เช่น คณะอนุกรรมการที่ปรึกษา สำนักงานกองทุน คณะอนุกรรมการพัฒนากฎระเบียบของ สสส. คณะอนุกรรมการกำกับดูแลการตรวจสอบ ภายใน คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงิน คณะอนุกรรมการเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อทำหน้าที่ใน การกำกับดูแลและให้คำปรึกษาต่อฝ่ายบริหารในการดำเนินกิจการของกองทุนในด้านต่างๆ

ด้านการกำกับติดตาม กองทุนมีแนวทางในการกำกับดูแลแผน แผนงาน และโครงการ ผ่านกลไกบริหาร โดยแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารแผนรวม ๘ คณะ ทำหน้าที่กำกับดูแล แผน ๑๕ แผน มีคณะอนุกรรมการหรือ คณะกรรมการกำกับทิศทาง ซึ่งแต่งตั้งโดยคณะกรรมการบริหารแผนในการกำกับดูแล ชี้แนะ กำกับทิศทาง กำหนดกรอบในการประเมินผลแผนงาน ชุดโครงการหรือโครงการ โดยเฉพาะแผนงานหรือโครงการที่มีวงเงิน งบประมาณสูงหรือมีความสำคัญต่อผลการดำเนินงานของแผน นอกจากนี้ สสส. ยังมีการพัฒนาระบบและ กลไกเพื่อช่วยสนับสนุนการกำกับติดตามแผนงานและโครงการ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การกำหนด เงื่อนไขกำกับกับการเบิกจ่ายเงินงวดให้สอดคล้องเหมาะสมกับผลงานที่ส่งมอบในแต่ละงวด โครงการขนาดใหญ่ มีวงเงินงบประมาณสูงต้องมีกลไกการติดตามประเมินผลภายในและภายนอกโครงการตามระเบียบที่กำหนด เป็นต้น

ด้านการบริหารจัดการกองทุน และการนำนโยบายไปปฏิบัติ

การบริหารจัดการกองทุนมีการบริหารจัดการภายในสำนักงานมีผู้จัดการกองทุนเป็นผู้บริหารสูงสุด โดยผู้อำนวยการสำนักต่างๆ เจ้าหน้าที่ มีบทบาทและหน้าที่ในการดำเนินงาน “อย่างมืออาชีพ” ตามนโยบาย ของกองทุน ภายใต้การกำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผน หรือคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจ โครงสร้างของ สำนักต่างๆ ตามระเบียบกองทุนฯ ว่าด้วยการจัดแบ่งส่วนงานและการบริหารภายในสำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๒ มีการจัดแบ่งส่วนงาน ดังนี้

กลุ่มที่ ๑ ส่วนงานด้านสนับสนุนภารกิจหลักของกองทุน 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. สำนักสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม

๑๕. สำนักวิชาการและนวัตกรรม

๑๖. ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ

กลุ่มที่ ๒ ส่วนงานด้านบริหารจัดการสำนักงานกองทุน ได้แก่

๑. ฝ่ายอำนวยการ

๒. ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ

๓. ฝ่ายสื่อสารองค์กร

๔. ฝ่ายบริหารงานบุคคล

๕. ฝ่ายบัญชีและการเงิน

๖. ฝ่ายติดตามและประเมินผล

๗. ฝ่ายตรวจสอบภายใน^๓

กลุ่มที่ ๓ หน่วยงานลักษณะพิเศษ

๑. สถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ

ตามระเบียบกองทุน ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดตั้งหน่วยงานลักษณะพิเศษ พ.ศ. ๒๕๖๒ สำนักงานสามารถจัดตั้งหน่วยงานลักษณะพิเศษเป็นส่วนภายในสำนักงาน เพื่อให้สามารถปฏิบัติการได้อย่างคล่องตัว มีประสิทธิภาพ และบรรลุภารกิจตามวัตถุประสงค์มากยิ่งขึ้น โดยเป็นการตอบสนองต่อภารกิจสร้างเสริมสุขภาพที่สำนักงานเป็นผู้ให้บริการหรือปฏิบัติการกิจเอง และสามารถใช้การบริหารจัดการแบบธุรกิจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผล หรือขยายกลุ่มผู้รับประโยชน์ได้

นอกเหนือจากกลุ่มงานหลักทั้ง ๓ กลุ่มข้างต้น กองทุนยังมีโครงสร้างในการบริหารงานเพื่อสนับสนุนงานบูรณาการโดยสำนักงานสามารถจัดส่วนงาน (สำนักหรือฝ่าย) ที่มีลักษณะงาน ภารกิจ พื้นที่ทำงาน หรือกลุ่มเป้าหมาย ที่ใกล้เคียงหรือสอดคล้องกันรวมเป็นส่วนงานภายใต้กลุ่มงานบริหารเดียวกัน (cluster) เพื่อเสริมพลังและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน

เมื่อคณะกรรมการกองทุนมีมติเห็นชอบ และมอบแนวนโยบายและจุดเน้นของการดำเนินงานประจำปี มาที่สำนักงาน แต่ละส่วนงานจะดำเนินการศึกษา วิเคราะห์สถานการณ์ วิเคราะห์โอกาส ช่องว่างของกลไกหลัก ที่มีในปัจจุบัน เพื่อจัดทำแผนดำเนินงานในการขับเคลื่อนนโยบาย พัฒนาความรู้และนวัตกรรม รวมถึงการสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะและขีดความสามารถของบุคลากรและภาคีเครือข่าย เพื่อสร้างเสริม สนับสนุนให้เกิดระบบการสร้างเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และยั่งยืน ให้กับประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมายของแต่ละแผน โดยมีภาคีเครือข่ายทั้งที่รับการสนับสนุนงบประมาณและไม่รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุน เป็นผู้ขับเคลื่อนการดำเนินงานหลัก เป็นกัลยาณมิตรที่มีบทบาทในการร่วมคิด ร่วมเรียนรู้ ร่วมพัฒนา ตลอดจนร่วมลงทุนด้วยในบางกรณีเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย อันมีประชาชนเป็นผู้รับประโยชน์สูงสุด

^๓ ฝ่ายตรวจสอบภายในจัดตั้งขึ้นภายใต้ระเบียบกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙



กลไกและแนวทางการนำแผนสู่การปฏิบัติ กำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผน หรือคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจ การปฏิบัติตามแผนจะดำเนินงานโดยอาศัยความร่วมมือจากภาคีหลักและภาคียุทธศาสตร์ ผ่านกระบวนการพัฒนาชุดโครงการหรือโครงการร่วมกันกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนของกองทุนเป็นการจุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลังแก่ภาคีหลักและภาคียุทธศาสตร์ การดำเนินงานตามแนวปฏิบัติมีกระบวนการพิจารณาทบทวนความเหมาะสมและความสอดคล้องของข้อเสนอชุดโครงการหรือโครงการกับวัตถุประสงค์ตามมาตรา ๕ แห่งพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ รวมทั้งความสอดคล้องกับแผนหลักและแผนการดำเนินงานประจำปีแล้วเสนอเพื่อพิจารณาขอรับการอนุมัติสนับสนุนชุดโครงการหรือโครงการในแต่ละระดับต่อไป ขั้นตอนการดำเนินงานดังกล่าวเป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของกองทุนกำหนดให้เป็นความรับผิดชอบร่วม (Shared Accountability) ระหว่างสำนักงาน คณะกรรมการบริหารแผน ผู้ทรงคุณวุฒิรวมทั้งภาคีหลักกับภาคียุทธศาสตร์ ที่จะกลั่นกรองโครงการให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์กองทุนและแผนหลัก รวมทั้งยังสามารถปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดประสิทธิผลต่อไป

ด้านการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติเฉพาะ ที่มีการกำหนดให้กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพรับเงินบำรุงกองทุนในอัตราร้อยละ ๒ โดยตรงจากผู้เสียภาษีสุราและยาสูบ โดยไม่ต้องผ่านระบบการจัดทำงบประมาณแผ่นดิน ส่งผลให้กองทุนต้องมีกลไกการกำกับ ติดตาม และประเมินผลมากกว่าระบบราชการหรือองค์กรรัฐอื่นๆ ได้แก่ การกำกับดูแลโดยคณะกรรมการพัฒนาและส่งเสริมองค์การมหาชน (กพม.) ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) การกำกับดูแลโดยคณะกรรมการกองทุนหมุนเวียนของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง และการกำกับตรวจสอบโดยสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) นอกจากนี้ ยังกำหนดให้มีคณะกรรมการประเมินผลกองทุนที่เป็นอิสระจากคณะกรรมการกองทุน และได้รับการแต่งตั้งจากคณะรัฐมนตรี ทำหน้าที่กำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนในภาพรวมด้วย

การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน แบ่งเป็น ๓ ระดับ ได้แก่

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

โดยมีกลไกการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานที่สำคัญ ๒ กลไก คือ (๑) การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานตามขนาดของวงเงินงบประมาณโดยคณะกรรมการกองทุน ผ่านระบบและกลไกของคณะกรรมการบริหารแผน หรือสำนักงาน และ (๒) การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนโดยคณะกรรมการประเมินผล

การประเมินผลการดำเนินงานระดับองค์การของกองทุน ประกอบด้วย



๑. การประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนตามหลักการของ Balanced-Scorecard

คณะกรรมการประเมินผลเห็นชอบให้มีการกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานขององค์กร ตามหลักการของ Balanced-Scorecard ที่อ้างอิงตามกรอบการประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานของรัฐที่จัดตั้งขึ้น ตามพระราชบัญญัติเฉพาะของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) รวมทั้งมีการนำกรอบหลักเกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานทุนหมุนเวียนของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง มาประยุกต์ใช้เพิ่มเติมด้วย โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้การดำเนินงานตามพันธกิจและการบริหารจัดการของกองทุน เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การประเมินผลครอบคลุมการดำเนินการใน ๕ ด้าน ดังนี้

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

๒. การประเมินผลการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาลของ สสส.

คณะกรรมการประเมินผล ได้จัดให้มีการประเมินผลการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาลของกองทุนในรอบปี เพื่อตรวจสอบการบริหารจัดการและการดำเนินการของกองทุนที่สอดคล้องกับหลักธรรมาภิบาล ทั้ง ๖ หลักการ ได้แก่ หลักการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of Interest) หลักการแสดงความรับผิดชอบต่อผลงาน (Accountability) หลักการมีส่วนร่วม (Participation) หลักความโปร่งใส (Transparency) หลักนิติธรรม (Rule of Law) และหลักความถูกต้องชอบธรรม (Integrity) ที่มีการแบ่งองค์ประกอบการประเมินเป็น ๒ ส่วน คือ กระบวนการ (๓ กระบวนการ ได้แก่ การวางแผนยุทธศาสตร์ การสนับสนุนทุน และการประเมินผล) และผลลัพธ์ โดยในปี ๒๕๖๔ มีจำนวนตัวชี้วัดรวม ๕๖ ตัวชี้วัด (ด้านกระบวนการ ๓๗ ตัวชี้วัด และด้านผลลัพธ์ ๑๙ ตัวชี้วัด) ทั้งนี้ ในการประเมินผลการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาลจะดำเนินการโดยผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ที่ไม่ได้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการดำเนินงานของกองทุน เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่ากระบวนการประเมินผลมีความโปร่งใสและเป็นที่ยอมรับ

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

๔. การตรวจสอบด้านการเงินและการบัญชีของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) หรือผู้ตรวจบัญชี ที่ได้รับความเห็นชอบจาก สตง.

ทั้งนี้ กลไกและระบบการติดตามและประเมินผลเป็นเครื่องมือสำคัญต่อการสนับสนุนให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนาองค์การอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งเป็นข้อมูลที่ช่วยสื่อสารและสร้างการรับรู้บทบาทการทำงานของ สสส. ต่อสาธารณะที่มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือและเห็นผลลัพธ์ชัดเจน สะท้อนให้สังคมเห็นถึงคุณค่าและการดำรงอยู่ของ สสส.



การควบคุมภายใน การตรวจสอบภายใน และการบริหารความเสี่ยง

เพื่อให้การดำเนินงานของสำนักงาน เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีการรองรับสถานการณ์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น และมีผลต่อการทำงานขององค์กร และมีความโปร่งใสสอดคล้องกับหลักธรรมาภิบาล สำนักงานได้จัดให้มีระบบการกำกับดูแลในสามส่วนดังนี้

๑. การควบคุมภายใน (Internal Control)

การควบคุมภายใน คือ องค์กรประกอบหนึ่งของการกำกับดูแลกิจการที่ดี (Good Corporate Governance) ซึ่งเป็นกระบวนการปฏิบัติงานที่บุคลากรภายในองค์กร ทุกระดับ ทั้งผู้บริหารและพนักงานทุกคนมีบทบาทร่วมกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (๑) เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการทำงาน มุ่งเน้นการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า (๒) สร้างความน่าเชื่อถือของรายงานทางการเงินขององค์กร และ (๓) มีการปฏิบัติตามกฎหมาย และกฎระเบียบข้อบังคับอย่างแท้จริง อันเป็นการสร้างเครื่องป้องกันมิให้เกิดความเสียหายต่อองค์กร

๒. การตรวจสอบภายใน (Internal Audit)

การตรวจสอบภายใน เป็นเครื่องมือสนับสนุนสำคัญของฝ่ายบริหาร เพื่อให้การดำเนินงานขององค์กร สามารถบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายได้ ด้วยการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานและระบบการควบคุมภายในขององค์กรว่า มีการดำเนินงานที่ถูกต้องสมบูรณ์เพียงพอ เหมาะสม มีระบบปฏิบัติงานที่ดี มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และคุณภาพตามมาตรฐานที่ดี รวมถึงให้ความเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดมูลค่าเพิ่มอย่างยั่งยืน และความสำเร็จให้แก่องค์กร อีกทั้งเป็นการสร้างความเชื่อมั่นขององค์กร แก่ประชาชน ภาคี ผู้บริหาร พนักงาน ตลอดจนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม เพื่อยกระดับการบริหารองค์กรเชิงคุณภาพ เป็นองค์กรโปร่งใส และมีธรรมาภิบาล

ฝ่ายตรวจสอบภายใน มีแนวทางการดำเนินงานในรูปแบบเชิงรุก (Proactive) เพื่อตอบสนองผู้ใช้ประโยชน์ได้มากขึ้นและรอบด้านยิ่งขึ้น รวมถึงการสร้างมูลค่าเพิ่มจากรายงานผลตรวจสอบภายในระบบปฏิบัติงานต่างๆ นำมาสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแบบบูรณาการเชื่อมโยงทุกฝ่ายงานอย่างเป็นองค์รวม เสนอต่อผู้บริหารระดับสูงขององค์กรเพื่อใช้เป็นข้อมูลพิจารณาขับเคลื่อนงานเชิงระบบและโครงสร้างในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว อันจะนำไปสู่การเป็นองค์กรที่มีคุณภาพ มีเสถียรภาพมั่นคง สร้างคุณประโยชน์ต่อประชาชน สังคมและประเทศอย่างยั่งยืนต่อไป

๓. การบริหารความเสี่ยง (Risk Management)

กองทุนดำเนินการบริหารความเสี่ยงระดับองค์กร เพื่อจัดการความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อ การบรรลุวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานของกองทุน ทั้งนี้ โดยสำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้วิเคราะห์ความเสี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อกองทุน รวมถึงสถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด-๑๙ และดำเนินการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงและ แผนบริหารความต่อเนื่องทางธุรกิจ (Business Continuity Plan : BCP) เพื่อบริหารจัดการสถานการณ์ ดังกล่าวอย่างทันที่ ^๔

^๔ กระบวนการบริหารความเสี่ยงของ สสส. เป็นไปตามมาตรฐานการบริหารความเสี่ยงระดับสากล ได้แก่ COSO, ERM และ ISO31000 ภายใต้ การกำกับดูแลของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงที่มีองค์ประกอบของผู้แทนคณะกรรมการกองทุนและผู้บริหารระดับสูง และดำเนินการรายงาน การบริหารความเสี่ยงของกองทุนต่อคณะกรรมการกองทุนทุกไตรมาส

การบูรณาการ การสร้างเสริมสุขภาพ

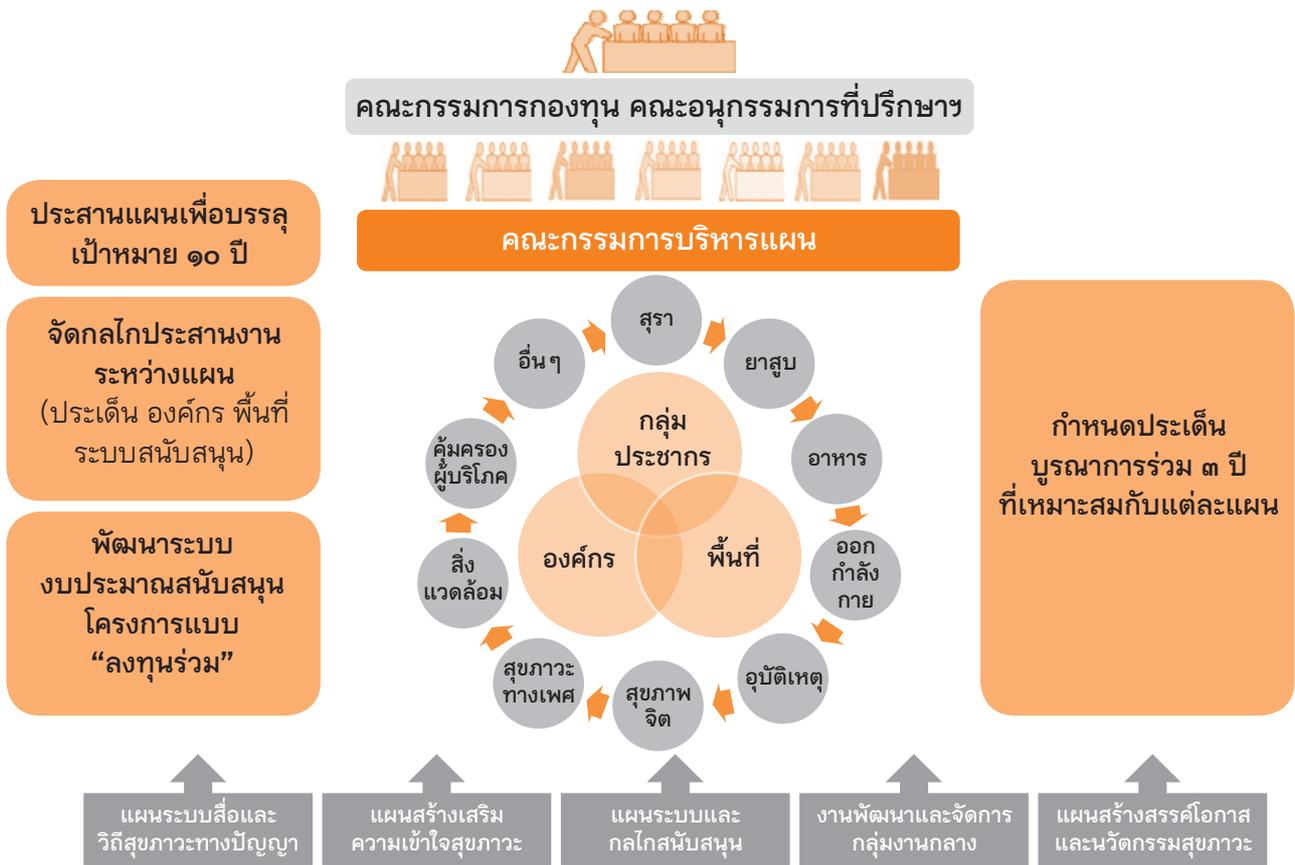
๓

หลักการ

กองทุนได้สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามช่องทางการดำเนินงานต่างๆ ทั้งเชิงประเด็น หน่วยภารกิจ พื้นที่ และกลุ่มประชากรเป้าหมาย จำแนกได้ ๑๕ แผน ซึ่งแต่ละแผนได้กำหนดจุดเน้นการทำงานและกลุ่มเป้าหมายที่เป็นภารกิจหลักไว้แล้วอย่างชัดเจน ดำเนินงานผ่านกลไกการสนับสนุนแผนงานและโครงการต่างๆ ร่วมกับภาคีเครือข่ายจากทุกภาคส่วนทั่วประเทศ ทั้งที่เป็นหน่วยงานภาครัฐภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด กองทุนจึงให้ความสำคัญกับการบูรณาการการทำงานร่วมกันของส่วนงานภายในองค์กรและการเชื่อมประสานงานร่วมกับภาคีภายนอก ผสมผสานและบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ ทั้งทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรทางการเงิน ทุนทางสังคมขององค์กรและภาคี ให้สามารถปฏิบัติงานอย่างสอดคล้อง ราบรื่น ลดความซ้ำซ้อน มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ได้วางไว้

กลไกและกระบวนการในการบูรณาการ

๑. จัดทำเป้าหมายและแผนที่ทางเดินในแต่ละเป้าหมายตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๔) โดยระบุเจ้าภาพหลักและเจ้าภาพร่วมทั้งภายในและภายนอก พร้อมประเด็นความร่วมมือและกลไกการทำงาน
๒. ใช้กระบวนการการจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วม เพื่อร่วมกันจัดทำแผนดำเนินงานประจำปี ตามแนวโน้มสถานการณ์สุขภาพ แนวนโยบาย และจุดเน้นที่ได้รับจากคณะกรรมการกองทุนร่วมกันระหว่างเจ้าภาพหลักและเจ้าภาพร่วม กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดร่วมของทุกแผนที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม โดยเฉพาะแผนดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ คณะกรรมการกองทุนกำหนดให้มีตัวชี้วัดระเบียบวาระกลางเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นประเด็นบูรณาการกลางระดับองค์กรของทุกแผน



๓. นอกเหนือจากกลไกการบริหาร ติดตามงานตามโครงสร้างหลักของแต่ละแผนโดยคณะกรรมการบริหารแผนทั้ง ๘ คณะแล้ว สำนักงานยังจัดให้มีกลไกการบริหารและติดตามงานเชิงบูรณาการผ่านการบริหารกลุ่มงาน (cluster) ซึ่งเป็นกลไกบริหารภายใน เพื่อประสานการทำงานระหว่างแผนเชิงประเด็น แผนเชิงองค์กร แผนเชิงพื้นที่ และแผนเชิงระบบสนับสนุน อย่างเป็นระบบด้วย



การจัดทำแผนอย่างบูรณาการ

การจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ มีความสำคัญกับการบูรณาการงานระหว่างแผนหลัก ควบคู่กับการประสานงานกับภาคีเครือข่ายจากภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อการบรรลุเป้าหมาย ตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี ร่วมกัน

โดยเจ้าภาพหลักในแต่ละเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี จะมีการวิเคราะห์แผนตาม “กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์” ทั้ง ๕ ขั้นตอน ได้แก่

(๑) การใช้องค์ความรู้ในการทบทวนเป้าหมายร่วมหรือหากยังไม่มีเป้าหมายร่วมก็ต้องมีการวิเคราะห์ประโยชน์ร่วมและประโยชน์เฉพาะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่อยู่ในเป้าหมาย ๑๐ ปีอย่างถ่องแท้ ทั้งในมิติของเศรษฐกิจศาสตร์ การสัมพันธ์ หรือสังคม ก่อนนำมาสู่การกำหนดเป้าหมายร่วม

(๒) ทบทวนยุทธศาสตร์ร่วมซึ่งมีผู้รับผิดชอบ เพื่อทำความเข้าใจบทบาทและพันธกิจของผู้รับผิดชอบในแต่ละส่วน รวมถึงทรัพยากรตลอดจนแผนปฏิบัติงานของผู้รับผิดชอบนั้น หากยังไม่มียุทธศาสตร์การดำเนินงานก็ควรกำหนดยุทธศาสตร์ร่วมเสียก่อน การกำหนดยุทธศาสตร์ร่วมนั้นจำเป็นต้องนำความรู้ทางกฎหมาย นโยบาย สถานการณ์ ข้อมูลวิชาการหรือการถอดองค์ความรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานร่วมประกอบการกำหนดยุทธศาสตร์

(๓) ทำการวิเคราะห์จากยุทธศาสตร์ร่วมของประเทศและแผนปฏิบัติการของผู้เกี่ยวข้องเพื่อหาช่องว่างในการดำเนินงาน ที่สอดคล้องกับบทบาทของ สสส.

(๔) จัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่เชื่อมโยงเป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวโน้มสุขภาพที่เป็นปัจจุบัน สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของประเทศและทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปีของ สสส.

(๕) บูรณาการการทำงานระดับองค์กร โดยการกำหนดระเบียบวาระกลางประจำปี และตัวชี้วัดร่วมในประเด็นงานที่ต้องการการสนับสนุนจากหลายๆแผนในแผนที่เป็นเจ้าภาพหลักจะทำแผนที่ทางเดินร่วมกับแผนอื่นๆ ที่เป็นเจ้าภาพร่วม โดยคำนึงถึงขอบเขตการทำงานในแต่ละแผนตามตัวแบบการทำงานระดับองค์กรของ สสส.^๕

^๕ เจ้าภาพหลักทุกแผนได้จัดส่งข้อมูลแผนยุทธศาสตร์ที่ผ่านการวิเคราะห์แล้วให้ สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ เพื่อสังเคราะห์และส่งให้กับเจ้าภาพร่วม



กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์



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

คำแถลงประกอบงบประมาณ แสดงฐานะและนโยบายทางการเงิน ตามแผนการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

๕

ตามข้อบังคับกองทุนว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๒ กำหนดว่า ข้อ ๗ (๑) การจัดทำแผนหลัก “ให้ผู้จัดการจัดทำแผนหลักที่ประกอบด้วยแผนต่างๆ ที่มีรายละเอียดสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายกองทุน และกรอบวงเงินงบประมาณประจำปี ที่คณะกรรมการกำหนด เพื่อขอความเห็นชอบต่อคณะกรรมการภายในเดือนสิงหาคมของปีที่พิจารณา โดยอาจทบทวนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ได้ทุกปี และให้จัดทำฉบับใหม่ทุก ๓ ปี...” และตามข้อบังคับกองทุนว่าด้วยกรอบวงเงินงบประมาณ การเงิน และการบัญชีของกองทุน พ.ศ. ๒๕๖๒ หมวดที่ ๒ ส่วนที่ ๑ ซึ่งกำหนดให้กองทุนต้องจัดทำ “คำแถลงประกอบงบประมาณแสดงฐานะและนโยบายทางการเงิน สำคัญสำคัญของงบประมาณและความสัมพันธ์ระหว่างรายรับและงบประมาณรายจ่าย” โดยมีรายละเอียด ดังนี้



กรอบนโยบายทางการเงิน

การจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณสำหรับการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๓ ได้เห็นชอบให้กองทุน จัดทำกรอบวงเงินภายใต้ “แนวนโยบายทางการเงิน” ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗ ที่คณะกรรมการกองทุนเห็นชอบ และดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงการทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ดังนี้

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

กระบวนการในการจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณ

การดำเนินงานที่ผ่านมา คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินร่วมกับสำนักงาน ใช้การติดตามสถานการณ์รายรับจริงและผลการดำเนินงานจริง ๖ เดือนที่ผ่านมาของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ และการประมาณการแนวโน้มของช่วง ๖ เดือนหลัง ร่วมกับการใช้ข้อมูลจากกรมสรรพสามิตและข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-๑๙ เพื่อทบทวนกรอบวงเงินงบประมาณประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๓ และในอนาคตจากกรอบเดิมที่คณะกรรมการกองทุนได้อนุมัติไว้ รวมถึงใช้การประเมินภาระผูกพันของโครงการล่าช้า เพื่อการรักษายอดเงินรวมผูกพันโครงการต่างๆ มิให้สูงเกินจริง

นอกจากนั้นคณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินร่วมกับสำนักงาน ได้มีการติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ อย่างใกล้ชิด หากสถานการณ์มีการเปลี่ยนแปลงและส่งผลกระทบต่อกรอบวงเงินงบประมาณดังกล่าวจะได้นำไปสู่การพิจารณาทบทวนกรอบวงเงินงบประมาณให้สอดคล้องกับสถานการณ์ต่อไป

จากกรอบวงเงินงบประมาณสำหรับโครงการใหม่ที่คณะกรรมการกองทุนได้อนุมัติไว้แล้วเมื่อครั้งจัดทำแผนดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ จะมีการอนุมัติโครงการใหม่จำนวน ๒,๔๗๔.๓๐ ล้านบาท

สาระสำคัญของงบประมาณและความสัมพันธ์ระหว่างรายรับกับงบประมาณสำหรับการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

คำอธิบายเกี่ยวกับประมาณการรายรับประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

ในการจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณประจำปี คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินได้จัดทำประมาณการรายรับของกองทุน เพื่อให้ทราบว่าสถานการณ์การเงินที่สามารถใช้จ่ายในปีงบประมาณนั้นๆ ทั้งนี้การพยากรณ์ประมาณการรายได้-ต้นทุนการดำเนินการของกองทุน ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๖ (ตามปีงบประมาณ) โดยความร่วมมือของศูนย์ความเป็นเลิศทางเศรษฐมิติ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีการใช้ข้อมูลตั้งต้น ดังนี้

๑. ข้อมูลรายเดือน รายไตรมาสและรายปีของมูลค่าภาษีที่จัดเก็บได้และปริมาณเบียร์ (ล้านลิตร) สุรา (ล้านลิตร) และบุหรี่ (มวน) และต้นทุนการดำเนินงาน (ล้านบาท)^๖
๒. อัตราภาษีเบียร์ สุราและบุหรี่ปริมาณ
๓. ข้อมูล GDP รายไตรมาส ตั้งแต่ไตรมาสที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑ ถึง ไตรมาสที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๖๒
๔. ข้อมูลนักท่องเที่ยวต่างชาติที่เข้ามาเที่ยวในประเทศไทย ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๕๑ ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

วิธีการในการพยากรณ์รายได้ของกองทุน มีกระบวนการดังนี้

๑. พยากรณ์ปริมาณเบียร์ สุราและบุหรี่ปริมาณ ด้วยวิธี Recursive Forecasting

^๖ ข้อมูลจากกรมสรรพสามิต ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ ถึง กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

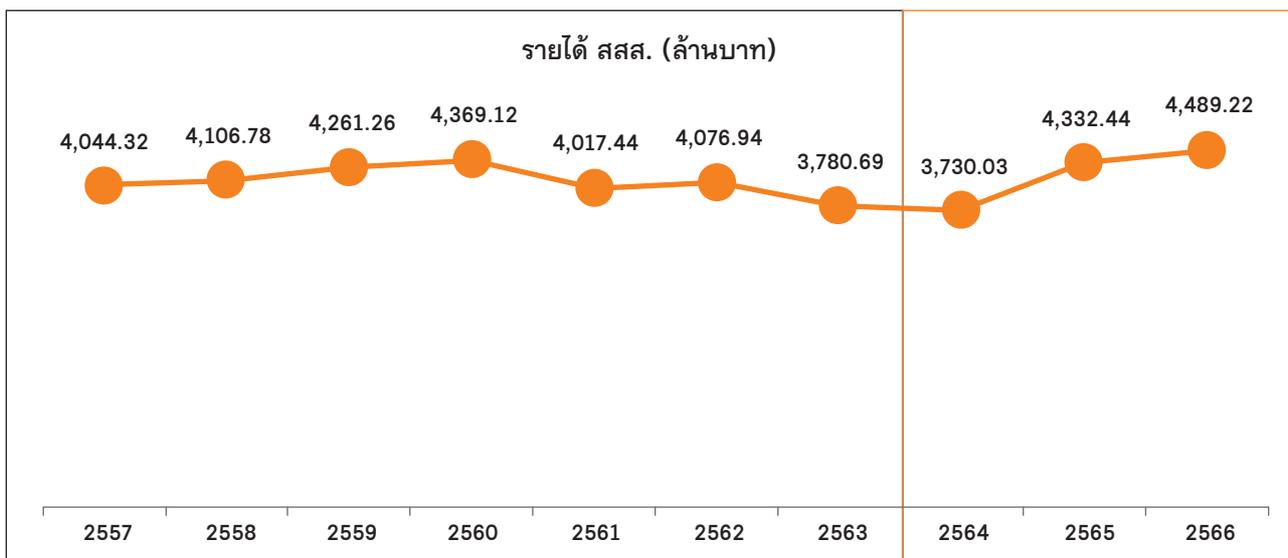
๒. ในกระบวนการพยากรณ์ทั้งหมดได้พิจารณาความถี่ของข้อมูลต่างๆ เพื่อตรวจสอบความคงเส้นคงวา (Consistency) ของผลการพยากรณ์ โดยทำการประเมินความถี่ตั้งแต่ รายเดือน รายไตรมาสและรายครึ่งปี
๓. รวมผลมูลค่าของสินค้าทุกชนิด เพื่อประมาณการภาษีของรัฐทั้งหมด
๔. ทำการประเมินรายได้ของกองทุน โดยคิดเป็นร้อยละ ๒ ของรายได้จากภาษีสุรา เบียร์และบุหรี่ที่รัฐน่าจะจัดเก็บได้
๕. เนื่องจากสถานการณ์โควิด-๑๙ ที่ได้ส่งผลต่อการบริโภคบุหรี่ แอลกอฮอล์และสุรา ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ท่องเที่ยว เศรษฐกิจ ระยะเวลาในการบังคับใช้มาตรการต่างๆ ตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน ระยะเวลาการระบาดของโรคโควิด-๑๙ ดังนั้นในการพยากรณ์จึงได้คำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้เข้ามาร่วมวิเคราะห์ด้วย

การที่ไม่พยากรณ์ที่รายได้โดยตรงเนื่องจาก ราคาเป็นสิ่งที่ค่อนข้างคงที่เนื่องจากถูกกำหนดจากรัฐเป็นหลัก แต่สิ่งที่ผันผวนและไม่แน่นอนคือปริมาณ ดังนั้นการที่พยากรณ์ปริมาณที่ถูกต้องจะนำไปคำนวณรายได้ในอนาคตได้แม่นยำกว่า และถึงแม้จะมีการปรับค่าภาษีในอนาคต ก็จะสามารถปรับผลพยากรณ์รายได้ให้ทันตามสถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว

ผลการประมาณการรายได้ภาษีของกองทุน พบว่าปี ๒๕๖๓ รายได้ภาษีของกองทุน มีจำนวน ๓,๗๘๐.๖๙ ล้านบาท ขณะที่แผนหลักเดิม จำนวน ๔,๑๗๖.๐๐ ล้านบาท และจากการติดตามผลการจัดเก็บรายได้ของกองทุน ๑๐ เดือนแรก พบว่า กองทุน มีรายได้ภาษี จำนวน ๓,๓๖๗.๒๒ ล้านบาท (จากประมาณการ ๓,๑๗๙.๕๓ ล้านบาท) ซึ่งสูงกว่าประมาณการจำนวน ๑๘๗.๖๙ ล้านบาท หรือร้อยละ ๕.๙๑ ดังนั้นจากผลประมาณการดังกล่าวข้างต้นกองทุน คาดว่าปี ๒๕๖๓ แนวโน้มรายได้ภาษีอาจลดลงถึง ๓๙๕.๓๑ ล้านบาท

จากผลการประมาณการใหม่ของศูนย์เศรษฐกิจ พบว่าประมาณการรายได้ภาษีของกองทุน ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ จำนวน ๓,๗๓๐.๐๓ ล้านบาท ขณะที่ประมาณการเดิม จำนวน ๔,๒๘๔.๘๒ ล้านบาท ดังนั้นจากผลประมาณการดังกล่าวข้างต้น คาดว่าปี ๒๕๖๔ แนวโน้มรายได้ภาษีอาจลดลงถึง ๕๕๔.๗๙ ล้านบาท พร้อมทั้งคาดการณ์ว่ารายรับของกองทุน ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ และ ๒๕๖๖ จะมีจำนวน ๔,๓๓๒.๔๔ และ ๔,๔๘๙.๒๒ ล้านบาทตามลำดับ

ภาพผลการประมาณการรายได้ภาษียาสูบ แอลกอฮอล์ และสุรา ของกองทุน ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖



สรุปกรอบวงเงินงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงิน ได้ดำเนินการทบทวนกรอบวงเงินงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ จากสถานการณ์รายรับที่เปลี่ยนไป เพื่อเสนอคณะกรรมการกองทุนใช้เป็นกรอบวงเงินงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ดังนี้

๑. วงเงินอนุมัติโครงการใหม่ จากแผนเดิม ๓,๘๕๖.๓๔ ล้านบาท ขอลดคงเหลือ ๒,๙๗๔.๓๐ ล้านบาท
๒. วงเงินเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายอุดหนุนโครงการ จากแผนเดิม ๓,๙๙๐.๕๔ ล้านบาท ขอลดคงเหลือ ๓,๕๔๑.๗๕ ล้านบาท
๓. วงเงินค่าใช้จ่ายงบดำเนินการและงบบุคลากร จากแผนเดิม จำนวน ๓๑๙.๘๔ ล้านบาท ขอลดเพิ่มเป็น ๓๕๖.๘๐ ล้านบาท

กรอบวงเงินงบประมาณประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ของกองทุน ที่จัดทำเป็นระยะเวลา ๓ ปี ที่คณะกรรมการกองทุนพิจารณาเห็นชอบ มีรายละเอียดดังนี้

	๒๕๖๑ (A)	๒๕๖๒ (A)	๒๕๖๓ (P)	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
วงเงินอนุมัติโครงการใหม่	๔,๐๒๒.๙๔	๓,๙๙๑.๐๐	๓,๘๕๘.๔๐	๓,๖๙๙.๙๗	๒,๙๗๔.๓๐	๓,๖๐๐.๐๐	๔,๐๔๐.๓๐
รายได้เงินบำรุงกองทุน	๔,๐๓๙.๕๘	๔,๑๗๐.๐๖	๔,๑๗๖.๐๐	๓,๗๘๐.๖๙	๓,๗๓๐.๐๓	๔,๓๓๒.๔๔	๔,๔๘๙.๒๒
รายได้อื่น	๒๖๙.๕๘	๒๒๓.๕๔	๑๕๖.๐๖	๒๓๑.๐๕	๒๓๑.๐๕	๒๓๑.๐๕	๒๓๑.๐๕
รายได้รวม	๔,๓๐๙.๑๖	๔,๓๙๓.๖๐	๔,๓๓๒.๐๖	๔,๐๑๑.๗๔	๓,๙๖๑.๐๘	๔,๕๖๓.๔๙	๔,๗๒๐.๒๗
ค่าใช้จ่ายอุดหนุนโครงการ	๔,๒๗๘.๘๑	๔,๒๓๑.๕๘	๓,๙๔๙.๒๐	๓,๕๕๐.๐๐	๓,๕๕๑.๗๕	๔,๑๓๕.๘๐	๔,๒๗๑.๙๐
เบิกจ่ายโครงการใหม่	๑,๕๑๖.๖๗	๑,๕๖๙.๔๔	๑,๓๘๒.๙๖	๑,๒๒๒.๔๓	๗๘๕.๗๕	๑,๔๐๙.๑๑	๑,๖๙๘.๔๑
เบิกจ่ายโครงการต่อเนื่อง	๒,๗๖๒.๑๔	๒,๗๖๒.๑๔	๒,๕๖๖.๒๔	๒,๓๒๗.๕๗	๒,๗๖๖.๐๐	๒,๗๒๖.๖๙	๒,๕๗๓.๔๙
งบบุคลากร	๑๔๒.๓๕	๑๓๘.๙๔	๑๕๐.๐๐	๑๕๘.๐๐	๑๗๒.๘๗	๑๘๕.๒๘	๑๙๙.๕๘
งบดำเนินงาน	๑๒๙.๕๙	๑๓๓.๑๗	๑๖๔.๐๒	๑๕๙.๐๐	๑๘๓.๙๓	๑๗๙.๖๕	๑๘๕.๗๗
ค่าเสื่อมราคา	๕๙.๗๘	๕๖.๙๘	๕๖.๔๖	๕๗.๐๐	๖๑.๐๘	๖๒.๐๓	๖๒.๔๔
ค่าใช้จ่ายรวม	๔,๖๑๐.๕๓	๔,๕๖๐.๖๗	๔,๓๑๙.๖๘	๓,๙๒๔.๐๐	๓,๙๕๙.๖๓	๔,๕๖๒.๗๖	๔,๗๑๙.๗๐
รายรับสูง (ต่ำ) กว่า ค่าใช้จ่ายสุทธิ	-๓๐๑.๓๗	-๑๖๗.๐๗	๑๒.๓๘	๘๗.๗๔	๑.๔๕	๐.๗๓	๐.๕๗
สถานะเงินลงทุน ต้นงวดสุทธิ	๑,๕๒๖.๐๕	๑,๒๑๙.๓๘	๑,๐๗๔.๒๗	๑,๐๕๒.๓๑	๑,๑๔๐.๐๕	๑,๑๔๑.๕๐	๑,๑๔๒.๒๒
สถานะเงินลงทุน ปลายงวดสุทธิ ณ สิ้นปี	๑,๒๔๔.๖๙	๑,๐๕๒.๓๑	๑,๐๖๔.๗๐	๑,๑๔๐.๐๕	๑,๑๔๑.๕๐	๑,๑๔๒.๒๒	๑,๑๔๒.๘๐
ค่าใช้จ่ายสำนักงาน	๒๗๑.๙๔	๒๗๒.๑๑	๓๑๔.๐๒	๓๑๗.๐๐	๓๕๖.๘๐	๓๖๔.๙๓	๓๘๕.๓๕
ค่าใช้จ่ายสำนักงาน ต้องงบประมาณทั้งหมด (ร้อยละ)	๕.๙๐	๕.๙๗	๗.๒๗	๘.๐๘	๙.๐๑	๘.๐๐	๘.๑๖
ค่าใช้จ่ายสำนักงาน ต้องอนุมัติ (ร้อยละ)	๖.๗๖	๖.๘๒	๘.๑๔	๘.๕๗	๑๒.๐๐	๑๐.๑๔	๙.๕๔



คำชี้แจงเกี่ยวกับงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

ในการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๖๓ คณะกรรมการกองทุนได้เห็นชอบกรอบวงเงินงบประมาณสำหรับแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยมีวงเงินอนุมัติโครงการใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ จำนวน ๒,๙๗๔.๓๐ ล้านบาท และค่าใช้จ่ายสำนักงาน (ไม่รวมค่าเสื่อมราคา) จำนวน ๓๕๖.๘๐ ล้านบาท เนื่องจากกรอบวงเงินงบประมาณดังกล่าวจะทำให้กองทุน สสส. สามารถรักษาวิสัยทางการเงินไว้ได้ในอนาคต รวมถึงได้คำนึงถึงข้อสังเกตของหน่วยตรวจสอบและการรองรับความเสี่ยงด้านรายได้ไว้ด้วยแล้ว

จากวงเงินงบประมาณสำหรับโครงการใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ดังกล่าว คาดว่าจะเกิดการเบิกจ่ายโครงการใหม่ในปีงบประมาณเดียวกัน จำนวน ๗๕๕.๗๕ ล้านบาท นอกจากนี้ ยังมีการเบิกจ่ายโครงการต่อเนื่องซึ่งเป็นการอนุมัติจากปีก่อนหน้า จำนวน ๒,๗๕๖.๐๐ ล้านบาท รวมการเบิกจ่ายเงินอุดหนุนโครงการรวมทั้งสิ้น ๓,๕๑๑.๗๕ ล้านบาท ทั้งนี้ การอนุมัติตามกรอบงบประมาณและการเบิกจ่ายทั้งหมดจะไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงด้านงบประมาณต่อกองทุน เนื่องจากคาดการณ์ว่าสถานะเงินลงทุนปลายงวดสุทธิ ณ สิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ของกองทุน ยังเหลืออยู่ ๑,๑๔๑.๕๐ ล้านบาท ซึ่งสูงกว่าเพดานเงินทุนสำรองขั้นต่ำเพื่อรองรับความผันผวนที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคตตามที่คณะกรรมการกองทุนกำหนดไว้

อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การบริหารจัดการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สำนักงานกองทุนได้ทำงานกับศูนย์ความเป็นเลิศทางเศรษฐมิติ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่อย่างต่อเนื่อง และจะให้นำกรอบวงเงินงบประมาณนี้กลับมาให้คณะกรรมการนโยบายทางการเงินทบทวนใหม่อีกครั้ง หากระหว่างปีงบประมาณ ระดับเงินทุนสำรองของกองทุน มีมากเกินไปจนเป็นการไม่มีประสิทธิภาพ หรือน้อยเกินไปจนไม่เพียงพอรองรับความเสี่ยง หรือมีสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจนอาจส่งผลกระทบต่อการทำงาน

แนวทางการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ จำแนกรายแผน

การจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ คำนึงถึงความสอดคล้องกับแนวนโยบายทิศทางและเป้าหมายกองทุน ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๔) แนวนโยบายจุดเน้น ๕ ด้านจากคณะกรรมการกองทุนรวมถึงการตอบสนองยุทธศาสตร์ชาติ นโยบายรัฐบาล และความจำเป็นเร่งด่วนของประเด็นปัญหาสุขภาพตามลำดับของภาระโรค ตลอดจนประสิทธิภาพการอนุมัติและการเบิกจ่ายรายแผน และปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย



การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

จำแนกรายแผน รวม ๑๕ แผน ๑ งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง และ ๑ งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน

หน่วย : ล้านบาท

		จำนวน
๑	แผนควบคุมยาสูบ	๒๕๐.๐๐
๒	แผนควบคุมแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	๒๖๐.๐๐
๓	แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม	๒๑๐.๐๐
๔	แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	๑๖๐.๐๐
๕	แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ	๑๗๐.๐๐
๖	แผนสุขภาวะชุมชน	๒๘๐.๐๐
๗	แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	๑๖๐.๐๐
๘	แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร	๑๐๐.๐๐
๙	แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	๑๕๐.๐๐
๑๐	แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา	๑๕๐.๐๐
๑๑	แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ	๒๔๐.๐๐
๑๒	แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะผ่านระบบบริการสุขภาพ	๑๒๐.๐๐
๑๓	แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	๑๔๐.๐๐
๑๔	แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ	๑๓๐.๐๐
๑๕	แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ	๓๖๐.๐๐
รวม ๑๕ แผน		๒,๘๘๐.๐๐
๑๖	งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง	๔๔.๓๐
รวมงบประมาณสนับสนุนโครงการ		๒,๙๒๔.๓๐
๑๗	งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน	๓๕๖.๘๐
รวมงบประมาณทั้งหมด		๓,๓๓๑.๑๐



ส่วนที่

๒

รายละเอียดแผนการดำเนินงาน

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
๑๖. งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน
๑๗. งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง

แผนควบคุมยาสูบ



แผนควบคุมยาสูบ มุ่งตอบสนองเป้าประสงค์ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (The Sustainable Development Goals : SDGs) ที่กล่าวถึงการมีสุขภาวะในการดำรงชีวิตและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกช่วงอายุ สอดรับกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ในยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ในประเด็นปรับเปลี่ยนค่านิยมและวัฒนธรรม และประเด็นเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี สอดรับกับยุทธศาสตร์ที่ ๔ ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคมในประเด็นการเสริมสร้างพลังทางสังคม และยุทธศาสตร์ที่ ๖ ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐ ในประเด็นกฎหมายมีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทต่างๆ และมีเท่าที่จำเป็นโดยแผนฯ จะมุ่งดำเนินการให้เกิดผลลัพธ์สำคัญในด้านการลดความชุกของการเสพยาสูบของประชาชนไทย และการป้องกันนักสูบหน้าใหม่

สถานการณ์และแนวโน้ม

บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เป็นสาเหตุของโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังหลายชนิด เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มะเร็งปอด โรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น ทั้งนี้บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลรุนแรงและก่อให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพมาก โดยพบว่า บุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ๒ - ๔ เท่า และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอดถึง ๒๕ เท่า ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก พ.ศ. ๒๕๖๒ พบว่า ทั่วโลกมีผู้สูบบุหรี่ประมาณ ๑,๑๐๐ ล้านคน โดยร้อยละ ๘๐ อยู่ในกลุ่มประเทศที่รายได้ปานกลาง-ต่ำ ในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ประมาณ ๘ ล้านคน โดยเสียชีวิตโดยตรงจากการสูบบุหรี่กว่า ๗ ล้านคน และอีกประมาณ ๑.๒ ล้านคน เสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง นอกจากนี้แล้ว ยังพบว่า ทั่วโลกมีเด็กประมาณ ๑๖๕,๐๐๐ คน เสียชีวิตก่อนอายุ ๕ ปี โดยมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างที่เกิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง

ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติและจากรายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุสำคัญต่อการเสียชีวิตของคนไทย คือ การสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องถึง ๕๕,๐๐๐ ราย หรือร้อยละ ๑๑.๒ ของจำนวนการเสียชีวิตทั้งหมด และจากการวิเคราะห์ข้อมูลของศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบใน พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า คนไทยเสียชีวิตเพราะบุหรี่



ถึง ๗๒,๖๕๖ คน โดยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายหลักของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ซึ่งมีผู้เสียชีวิตถึง ๓๑,๖๐๔ คน รองลงมาคือมะเร็งปอด ๑๓,๗๒๗ คน ฤกษ์ลมปอดพอง ๑๐,๘๕๒ คน ปอดติดเชื้อ ๘,๙๗๗ คน และวัณโรค ๑,๘๕๖ คน โดยพบว่าผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปมากที่สุด (๘๐%) รองลงมาเป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มอายุ ๔๕ - ๕๔ ปี (๑๕%) ทั้งนี้ ผู้เสียชีวิตแต่ละคนเสียชีวิตเร็วขึ้น ๑๘ ปี และพบว่าโดยเฉลี่ยต้องทุกข์ทรมานมาก่อนเสียชีวิต ๓ ปี^๓ นอกจากนี้แล้ว ยังพบว่า **คนไทยเสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง ๘,๒๗๘ คน/ปี และป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ถึง ๑,๐๙๒,๒๐๐ คน** (ข้อมูลจาก IHME : International Health Metric Evaluation และการประเมินของ Mark Goodchild. WHO/Geneva)^๔

นอกจากบุหรี่จะทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังที่กล่าวมาแล้ว ยังพบว่า การสูบบุหรี่รวมถึงบุหรี่ไฟฟ้า เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่ทำให้การป่วยด้วยโควิด-๑๙ รุนแรงขึ้น มีรายงานวิจัยฉบับหนึ่งเก็บข้อมูลผู้ป่วยโควิด-๑๙ จำนวน ๗๘ รายในประเทศจีน พบว่า ผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่มีประวัติสูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงที่อาการของโรคจะแยลง กล่าวคือ จากอาการคงที่เปลี่ยนเป็นอาการหนักหรือรุนแรงจนต้องใช้เครื่องช่วยหายใจหรือเสียชีวิตเป็น ๑๔ เท่าของผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งเป็นการยืนยันทางวิทยาศาสตร์ว่า การสูบบุหรี่ลดภูมิคุ้มกันของปอดและของร่างกายในการป้องกันและต่อสู้กับเชื้อโรคชนิดต่างๆ ทั้งเชื้อแบคทีเรีย เชื้อวัณโรค และเชื้อไวรัส สารพิษจากควันบุหรี่ทำให้เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อทางเดินหายใจ รวมทั้งการทำลายเนื้อเยื่อ/โครงสร้างของปอด ทำให้การขจัดเชื้อโรคของปอดมีประสิทธิภาพลดลง



งานวิจัยอีกฉบับหนึ่งที่ศึกษาผู้ป่วยโควิด-๑๙ จำนวน ๑,๐๙๙ รายในประเทศจีน พบว่า ผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่มีประวัติสูบบุหรี่มีความเสี่ยงที่จะป่วยหนักและจำเป็นต้องรักษาตัวในห้องไอซียู ใส่เครื่องช่วยหายใจ และเสียชีวิตเพิ่มเป็น ๓ เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่จะทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้กระบวนการกำจัดสิ่งแปลกปลอมและเชื้อโรคที่หลุดเข้ามาที่ปอดแยลง เริ่มจากการทำให้เซลล์ปอดเกิดการอักเสบสะสมเรื้อรัง จนกระทั่งปอดถูกทำลายลงเรื่อยๆ และทำให้สิ่งแปลกปลอมและเชื้อโรคเข้าสู่ปอดได้ง่ายขึ้น ซึ่งเมื่อมีการติดเชื้อปอดของผู้สูบบุหรี่จะเกิดการอักเสบที่รุนแรงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รวบรวมรายงานผู้ป่วยโควิด-๑๙ จำนวน ๑๙ ชิ้น จากวารสารทางการแพทย์ที่ผ่านการทบทวนจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว รวมจำนวนผู้ป่วย ๑๑,๕๙๐ ราย ใน ๓ ประเทศ ได้แก่ จีน สหรัฐอเมริกา และเกาหลีใต้ พบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติสูบบุหรี่เสี่ยงที่จะป่วยหนักจากโควิด-๑๙ และเสียชีวิต เป็น ๒ เท่าของผู้ป่วยที่ไม่เคยสูบบุหรี่ โดยพบว่า ร้อยละ ๓๐ ของผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จะป่วยด้วยอาการที่รุนแรงหรือเสียชีวิต ในขณะที่มีเพียงร้อยละ ๑๗ ของผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่มีอาการป่วยหนัก

มีหลักฐานการวิจัยใหม่ๆ ที่พบว่า การสูบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อหุ้มหลอดลม และทำให้ภูมิคุ้มกันของปอดลดลง จนความสามารถในการกำจัดเชื้อโรคของปอดลดลงได้ และการสูบบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้าทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-๑๙ จากการที่มือที่คิบบุหรี่หรือจับบุหรี่ไฟฟ้า นำเชื้อโควิด-๑๙ เข้าสู่ร่างกายทางปาก และมีความเสี่ยงที่ผู้สูบบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า หากติดเชื้อโควิด-๑๙ จะแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้ง่าย หากมีอาการไอหรือจามขณะที่สูบบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในที่สาธารณะ

^๓ มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, รายงานภาวะโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๗, ๒๕๖๑.

^๔ รวบรวมและสรุปโดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.), ๒๕๖๑.

องค์การอนามัยโลก, ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา (CDC) และสำนักงานบริการสุขภาพแห่งชาติอังกฤษ แนะนำให้เลิกสูบบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า เพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อโควิด-๑๙ รุนแรง ข้อมูลจากสำนักงานบริการสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษ พบว่า การเลิกบุหรี่เป็นการเพิ่มโอกาสในการมีสุขภาพที่ดีได้ภายใน ๒๐ นาที หลังเลิกสูบบุหรี่หัวใจจะกลับสู่อัตราการเต้นปกติ การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น ความดันโลหิตเริ่มลดลง และภายใน ๗๒ ชั่วโมง เซลล์ที่แข็งแรงจะเริ่มแทนที่เซลล์ที่เสียหายในปอด และปอดก็จะกลับมาทำงานได้เต็มประสิทธิภาพอีกครั้ง ดังนั้นการเลิกสูบบุหรี่ จะส่งผลดีต่อร่างกายโดยทำให้ภูมิคุ้มกันทั้งร่างกายและปอดดีขึ้น สามารถต่อสู้กับไวรัสโควิด-๑๙ ได้ดีขึ้น และหากติดเชื้อไวรัสโควิด-๑๙ อาการก็จะไม่สาหัสเท่ากับผู้ที่ยังสูบบุหรี่อยู่^๙

บุหรี่ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจำนวนมาก ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า ค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่ของคนสูบบุหรี่ทั่วประเทศ มีจำนวนถึง ๙๓,๒๖๘ ล้านบาทต่อปี มีการประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการสูบบุหรี่ของประเทศไทยในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า การสูบบุหรี่ส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจปีละ ๘๗,๒๕๐ ล้านบาท (คำนวณเป็นความสูญเสีย ๔๒ บาทต่อบุหรี่ ๑ ของ) โดยรวมแล้วความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ ๐.๕๖ ของ GDP และคิดเป็นร้อยละ ๑๕ ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศทั้งหมด โดยร้อยละ ๘๘ ของต้นทุนทั้งหมดเป็นต้นทุนจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ๗๗,๑๗๓ ล้านบาท และร้อยละ ๑๐ ของต้นทุนทั้งหมดเป็นต้นทุนค่ารักษาพยาบาลจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ๘,๘๙๑ ล้านบาท และมีต้นทุนจากเหตุอัคคีภัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ถึง ๖๖ ล้านบาท^{๑๐}

จากการวิเคราะห์ข้อมูลค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ใน พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า บุหรี่เป็นสาเหตุให้คนไทยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลถึง ๕๘๐,๗๙๔ ครั้งต่อปี รวมจำนวนวันที่เข้าอยู่ในโรงพยาบาล ๓,๕๑๖,๒๕๕ วันต่อปี โดยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ๕ อันดับสูงสุดที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้แก่ ๑) โรคหัวใจและหลอดเลือด (๑๙๕,๐๐๓ ครั้ง) ๒) ถุงลมปอดพอง (๑๗๔,๓๖๐ ครั้ง) ๓) ปอดอักเสบ (๑๐๔,๕๕๓ ครั้ง) ๔) หลอดเลือดสมอง (๙๒,๒๑๘ ครั้ง) และ ๕) มะเร็งปอด (๓๕,๒๑๑ ครั้ง) คิดเป็นค่าใช้จ่ายที่รัฐบาลต้องจ่าย ๒๗,๕๗๔ ล้านบาทต่อปี (เฉพาะค่ารักษาพยาบาลในส่วนของผู้ป่วยใน โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพ ประกันสังคม และสวัสดิการราชการ ไม่รวมค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองในโรงพยาบาลเอกชน)^{๑๑}

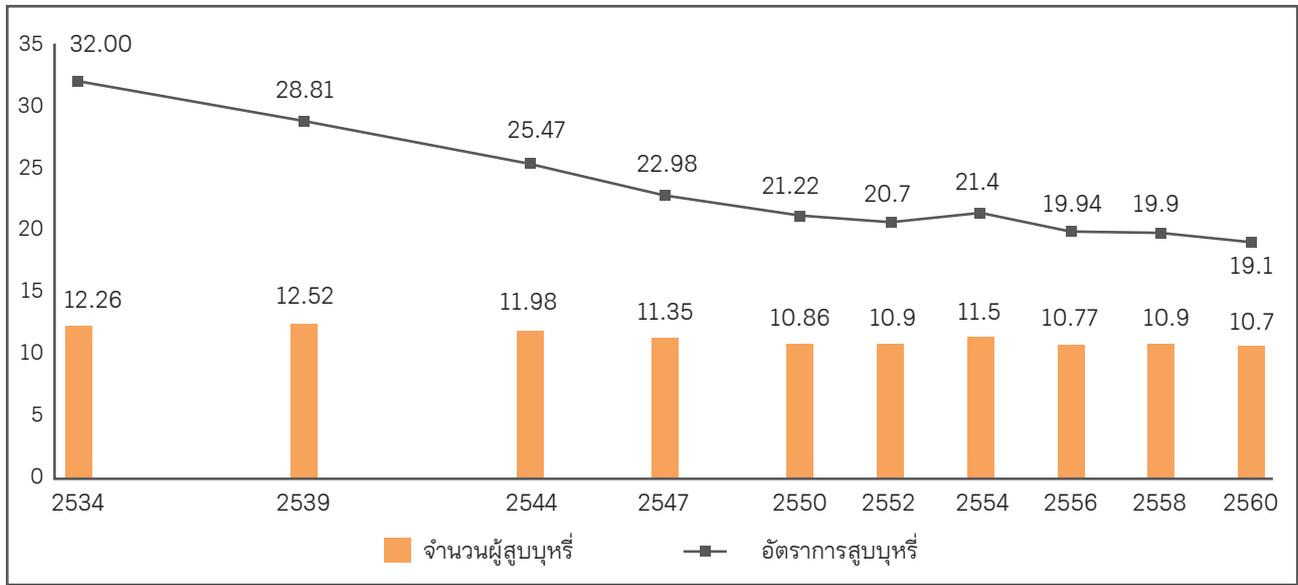
สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในภาพรวมลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติล่าสุด พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า ประชากรสูบบุหรี่ทั้งสิ้น ๑๐.๗ ล้านคน (ร้อยละ ๑๙.๑) และพบว่า เพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าเพศหญิง ๒๒ เท่า (ร้อยละ ๓๗.๗ และร้อยละ ๑.๗ ตามลำดับ) (รายละเอียดตามภาพที่ ๑ - ๒) ทั้งนี้ สัดส่วนของผู้ไม่สูบบุหรี่ต่อผู้ที่สูบบุหรี่มีแนวโน้มสูงขึ้นจาก ๓:๑ ใน พ.ศ. ๒๕๓๔ เป็น ๔.๒:๑ (รายละเอียดตามภาพที่ 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 ๑,๒๕๑,๖๙๕ คน ใน พ.ศ. ๒๕๖๐ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นสัญญาณสะท้อนให้เห็นว่าอุตสาหกรรมยาสูบมีกลยุทธ์ทางการตลาดรูปแบบใหม่ที่อาจส่งผลให้มีผู้ทดลองสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น

^๙ รวบรวมและเรียบเรียงโดยมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่, เมษายน ๒๕๖๓.

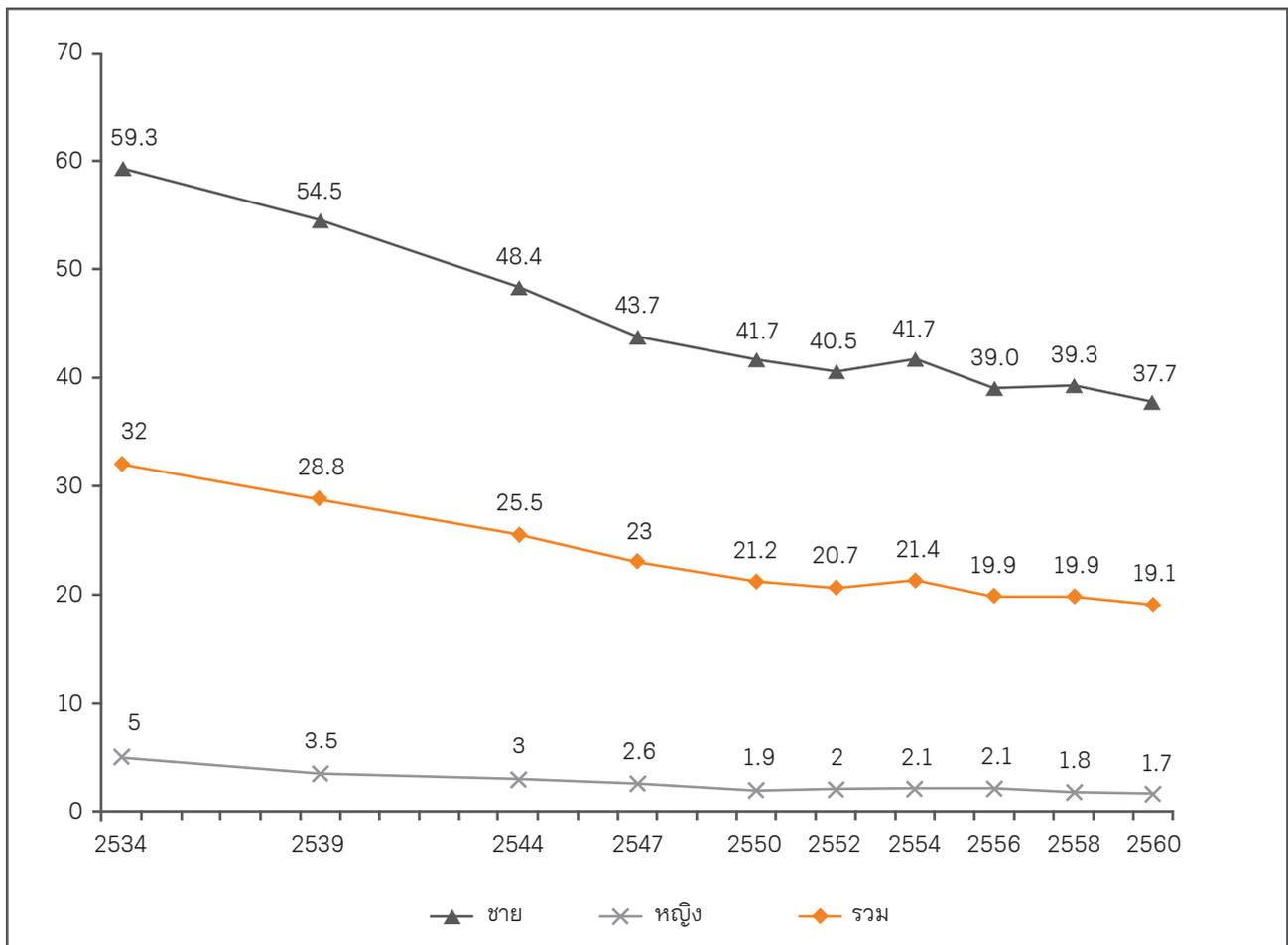
^{๑๐} วิเคราะห์ข้อมูลโดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, ๒๕๖๓.

^{๑๑} ดร.พญ.เรณูฤดี ปธานวนิช ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, ๒๕๖๐

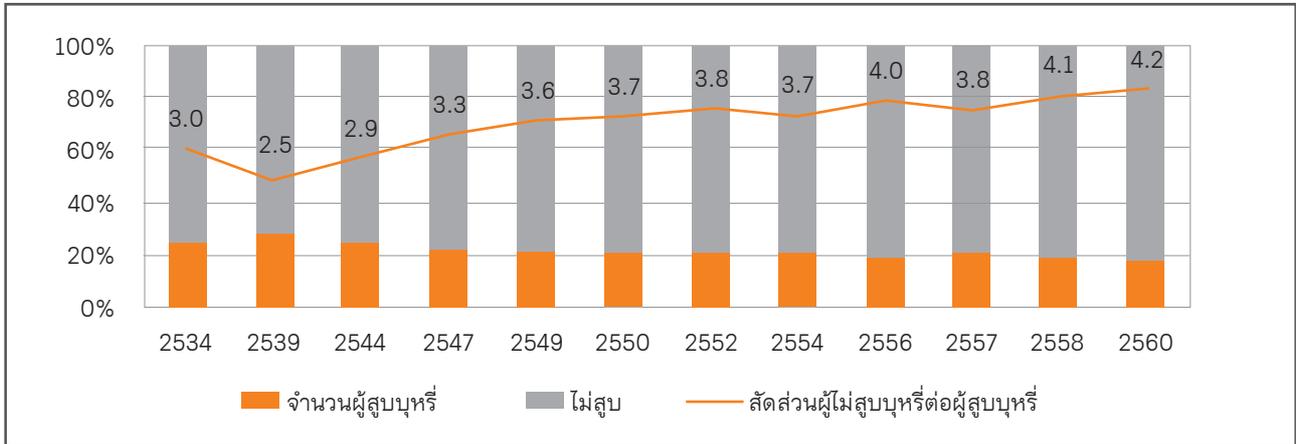




ภาพที่ ๑ อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย ปี พ.ศ. ๒๕๓๔ - ๒๕๖๐



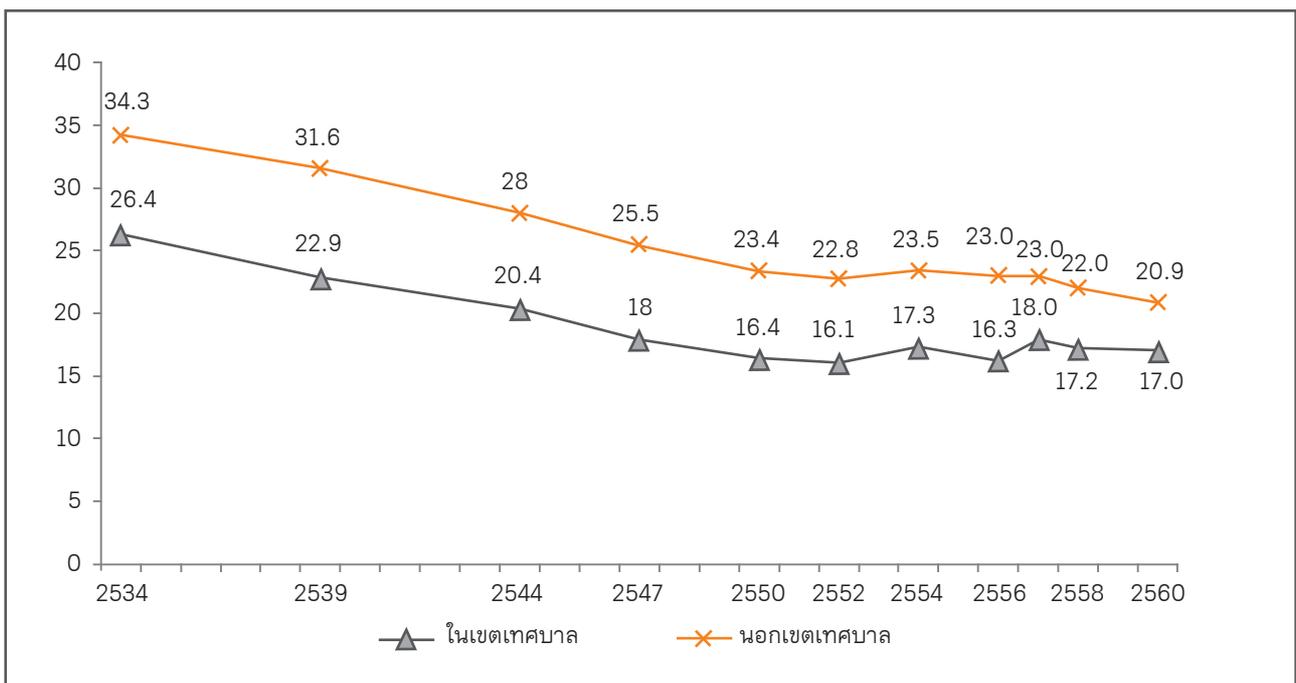
ภาพที่ ๒ อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป พ.ศ. ๒๕๓๔ - ๒๕๖๐ จำแนกตามเพศ



ภาพที่ ๓ สัดส่วนของผู้ที่สูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๔ - ๒๕๖๐

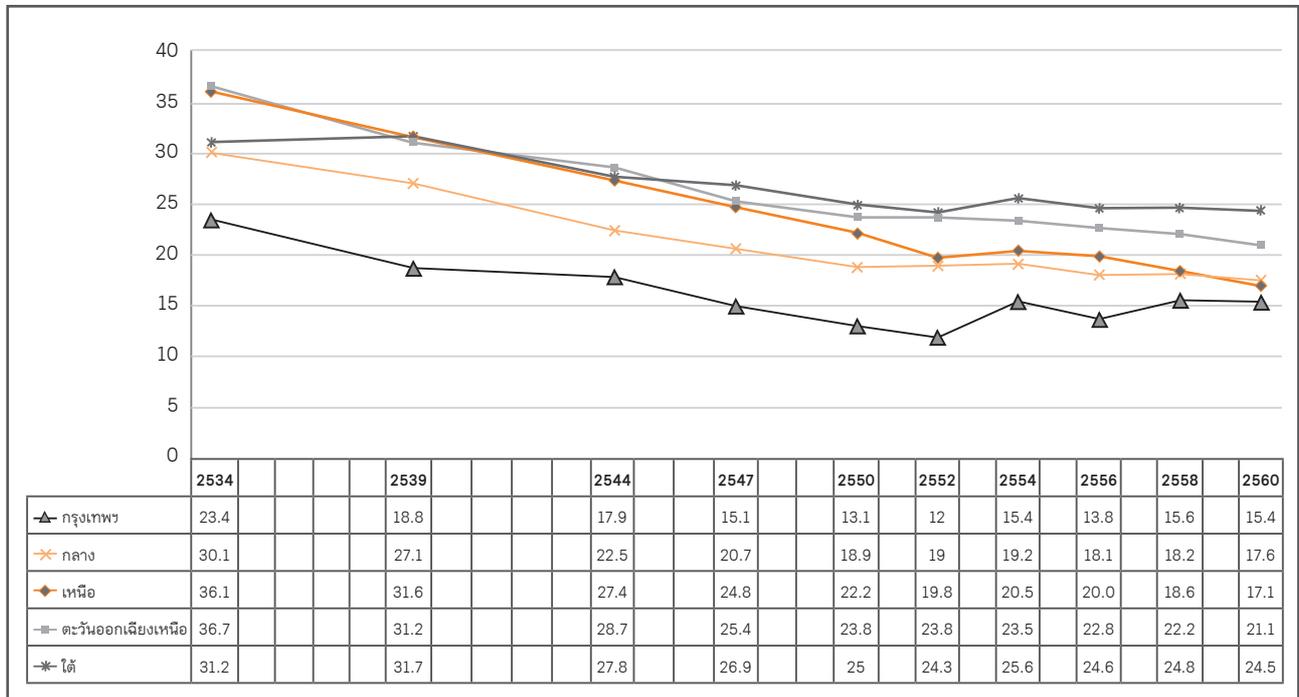
พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-๑๙ ของกลุ่มแรงงานลดลง โดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ ร่วมกับสวนดุสิตโพล ได้ดำเนินการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคยาสูบของกลุ่มผู้ใช้แรงงานทั้งในระบบและนอกระบบ จำนวน ๑,๑๐๕ ราย อายุระหว่าง ๓๑ - ๖๐ ปี ในช่วงเดือนเมษายน ๒๕๖๓ พบว่าผู้ใช้แรงงานสูบบุหรี่น้อยลงร้อยละ ๒๙ โดยเหตุผลที่สูบบุหรี่น้อยลงเนื่องมาจากรายได้ลดลง (ร้อยละ ๕๐.๓๑) ห่วงใยสุขภาพ (ร้อยละ ๒๔.๕๔) มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (ร้อยละ ๑๕.๖๔) ตามลำดับ

ผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนของผู้สูบบุหรี่สูงกว่าในเขตเทศบาลทุกรอบการสำรวจ โดยผลสำรวจ พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า มีผู้สูบบุหรี่ที่อยู่นอกเขตเทศบาลร้อยละ ๒๐.๙ และอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ ๑๗.๐ และยังพบว่า ภาคใต้ยังคงมีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุด (ร้อยละ ๒๔.๕) รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ ๒๑.๑) ภาคกลาง (ร้อยละ ๑๗.๖) ภาคเหนือ (ร้อยละ ๑๗.๑) และกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ ๑๕.๔) ตามลำดับ (รายละเอียดตามภาพที่ ๔ - ๕)



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





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

สำหรับประเภทของบุหรี่ที่สูบบุหรี่ในประเทศไทยมี ๔๕ จังหวัด ที่มีจำนวนผู้สูบบุหรี่มีตนเองสูงกว่า สูบบุหรี่ซิการ์เรต และมี ๒๐ จังหวัดที่มีจำนวนคนสูบบุหรี่มีตนเองสูงกว่าผู้สูบบุหรี่ซิการ์เรตมากกว่า ๒ เท่า (ข้อมูล การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทยปี พ.ศ. ๒๕๖๐ สำนักงานสถิติแห่งชาติ วิเคราะห์โดย ศจย.)

สถานการณ์การสูบบุหรี่ในกลุ่มเด็กและเยาวชน ยังคงต้องให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และอายุที่เริ่มสูบบุหรี่น้อยลง โดยข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า กลุ่มอายุ ๑๙ - ๒๔ ปี มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. ๒๕๕๘ จาก ร้อยละ ๒๐.๒ เป็น ร้อยละ ๒๐.๔ และข้อมูลการสำรวจในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ ยังพบว่า แนวโน้มการเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกในกลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี มีแนวโน้มลดลง จากอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบครั้งแรกที่อายุ ๑๖.๙ ปี (พ.ศ. ๒๕๔๔) 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 อยู่ที่ ร้อยละ ๑๑.๓ โดยพบว่า เยาวชนไทยเคยทดลองสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ ๗ ปี หรือน้อยกว่า (ร้อยละ ๕.๒) เยาวชนส่วนใหญ่เริ่มทดลองสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ ๑๒ ปี ถึง ๑๓ ปี (ร้อยละ ๓๙.๖) รองลงมาเป็นเยาวชน ที่ทดลองสูบบุหรี่ในช่วงอายุระหว่าง ๑๔ ปี ถึง ๑๕ ปี (ร้อยละ ๒๔.๘) และเยาวชนที่ทดลองสูบบุหรี่ในช่วงอายุ ๑๐ ปี ถึง ๑๑ ปี (ร้อยละ ๒๑.๒) ตามลำดับ และยังพบว่า เยาวชนชายสูบบุหรี่ไฟฟ้าถึงร้อยละ ๔.๗ และเยาวชน หญิงสูบบุหรี่ไฟฟ้าถึงร้อยละ ๑.๙ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยมีสาเหตุมาจากความอยากรู้อยากลอง รวมถึง การสร้างค่านิยมวัยรุ่นรูปแบบใหม่ในกลุ่มเดียวกัน จึงทำให้พบกลุ่มเยาวชนนักสูบหน้าใหม่เพิ่มขึ้น



ในส่วนของการสนทนากับผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้านั้น พบว่ามีรายงานจากสหรัฐอเมริกาที่พบว่า นักเรียนมัธยมที่เริ่มต้นด้วยการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ต่อมาได้กลายเป็นคนสูบบุหรี่หรือสูบบุหรี่เสกพัตต์อื่น โดยมีรายงานจากเมืองพิตต์สเบิร์กพบว่า เยาวชนที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ ๓๘ กลายเป็นคนสูบบุหรี่ นอกจากนั้นแล้ว ยังมีรายงานจากแคนาดาที่ทำการติดตามศึกษา นักเรียนชั้นมัธยมปลาย ๑๙,๑๓๐ คน พบว่า นักเรียนที่เริ่มต้นด้วยการสูบบุหรี่ไฟฟ้า จะมีอัตราเริ่มสูบบุหรี่ซิกาเรตเพิ่มขึ้น ๒.๑๒ เท่า และกลายเป็นผู้สูบบุหรี่ทุกวัน ๑.๗๙ เท่าของนักเรียนที่ไม่เคยสูบบุหรี่ไฟฟ้า^{๑๒} นอกจากนั้นแล้ว ข้อมูลจากการประชุมวิชาการโรคหลอดเลือดสมองระดับนานาชาติ พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแคนซัส สหรัฐอเมริกา ยังพบว่า การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเสี่ยงต่อการเกิดโรคเส้นเลือดในสมองตีบสูงขึ้นร้อยละ ๗๑ โรคหัวใจวายเฉียบพลันสูงขึ้นร้อยละ ๕๙ เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ไม่ได้สูบบุหรี่ไฟฟ้า^{๑๓}

องค์การอนามัยโลก ได้รายงานการสำรวจในสหรัฐอเมริกาและบางประเทศในยุโรปว่า มีการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในกลุ่มเยาวชน ระหว่างปี ๒๕๕๔ - ๒๕๖๒ ในสหรัฐอเมริกามีอัตราการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑.๕ เป็นร้อยละ ๒๗.๕ และมีหลักฐานพบว่า เยาวชนที่ไม่เคยสูบบุหรี่เลยแต่มีการใช้บุหรี่ไฟฟ้า จะมีโอกาส ๒ เท่าที่จะเริ่มสูบบุหรี่ในภายหลัง ทั้งนี้ มีการคาดการณ์ว่า หากไม่มีการห้ามใช้บุหรี่ไฟฟ้าอย่างจริงจัง ในปี ๒๕๖๔ จะมีคนสูบบุหรี่ไฟฟ้าทั่วโลกสูงถึง ๕๕ ล้านคน ส่วนของประเทศไทย ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ได้ทำการสำรวจความคิดเห็นของกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาในมหาวิทยาลัยรัฐและเอกชนในกรุงเทพฯ ผลการสำรวจพบว่า นักศึกษาเกือบร้อยละ ๑๐๐ รู้จักบุหรี่ไฟฟ้า โดย ๑ ใน ๓ ยากลองสูบบุหรี่ไฟฟ้า และเกือบครึ่งหนึ่งมีทัศนคติที่ติดต่อบุหรี่ไฟฟ้าเมื่อเปรียบเทียบกับบุหรี่ธรรมดา กล่าวคือ คิดว่าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นอันตรายน้อยกว่าลดความเสี่ยงต่อมะเร็งปอด ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ธรรมดาได้ และเชื่อว่าไม่ทำให้ติดเพราะไม่มีนิโคติน

สถานการณ์ด้านการได้รับควันบุหรี่มือสองพบว่า ยังคงมีผู้ได้รับควันบุหรี่มือสองทั้งในบ้านและในที่สาธารณะ โดยพบว่า คนไทย ๑๘ ล้านคน ได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้าน 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 ๑๑.๕)

ทั้งนี้ ผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้เช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่ มีผลการวิจัยพบว่า ผู้หญิงที่มีสามีสูบบุหรี่ หรือ ผู้ที่ทำงานในที่ที่มีคนสูบบุหรี่ มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๔ และร้อยละ ๑๙ ตามลำดับ ผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองมีโอกาสที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นร้อยละ ๓๐ (เท่ากับผู้สูบบุหรี่วันละ ๑ - ๙ มวน) และเด็กทารกที่มีผู้ปกครองสูบบุหรี่มีโอกาสเกิดภาวะไหลตายเพิ่มขึ้น ๒ เท่า มีโอกาสเกิดหลอดลมอักเสบหรือปอดอักเสบเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ ๔๗ และมีโอกาสเป็นโรคหอบหืด (asthma) เพิ่มขึ้นร้อยละ ๓๙

^{๑๒} อ้างอิงจากข้อมูลของ ศ.นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, ๒๕๖๐.

^{๑๓} วารสารก้าวทันวิจัยกับ ศจย. ปีที่ ๑๒ ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๓ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ



การบริโภคยาสูบนอกจากก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของผู้สูบเองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อรายจ่ายของผู้สู่อีกด้วย โดยใน พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า ผู้สูบบุหรี่มีค่าใช้จ่ายในการซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบเฉลี่ย ๕๔๖ บาทต่อเดือน โดยผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครมีค่าใช้จ่ายต่อเดือนเพื่อซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบสูงถึง ๑,๐๕๙ บาท ส่วนผู้ที่อยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่ำที่สุด ๓๔๘ บาท และพบว่าผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในเขตเทศบาลมีค่าใช้จ่ายในการซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบเฉลี่ยสูงกว่านอกเขตเทศบาล ๗๓๒ บาท และ ๔๑๒ บาท ตามลำดับ ^{๑๔}

สรุปภาพรวมผลการดำเนินงานที่สำคัญด้านการควบคุมยาสูบตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๒ ดังนี้

๑. ยุทธศาสตร์ที่ ๑ สร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมยาสูบของประเทศ ในระยะที่ผ่านมา ได้มีการออกประกาศ/กฎ/ระเบียบ/อนุบัญญัติต่างๆ เพื่อการควบคุมยาสูบจำนวนมาก อาทิ

- ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการติดต่อระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ประกอบการหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๕๙
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบ และผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทบุหรี่ยี่ห้อ พ.ศ. ๒๕๖๑
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทยาเส้นหรือยาเส้นปรุง พ.ศ. ๒๕๖๒
- มีการแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ๖๖ จังหวัด โดยมีการประชุมกรรมการระดับจังหวัดเต็มคณะนัดแรก ๕๑ จังหวัด
- มีการอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัดและอำเภอ ทั้ง ๗๗ จังหวัด และสื่อสารให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบเกี่ยวกับกฎหมาย ประกาศกฎกระทรวง และระเบียบต่างๆ
- มีการพัฒนาและจัดอบรมหลักสูตรความรู้พื้นฐานด้านยาสูบให้แก่ภาคีเครือข่ายทั้งในระดับส่วนกลางและจังหวัด
- พัฒนางานวิจัย/งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศ รวมถึงสร้างกลไกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคีเครือข่ายต่างๆ ทั้งในและระหว่างประเทศ
- มีการรวบรวม และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านการควบคุมยาสูบสู่สาธารณะ

๒. ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ป้องกันมิให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบที่มุ่งเป้าไปยังเด็ก เยาวชน และนักสูบบุหรี่ใหม่

- พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ ได้กำหนดมาตรา ๓๐ - ๓๖ และมาตรา ๓๘ ซึ่งเป็นประเด็นห้ามการโฆษณา สื่อสารการตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการให้การอุปถัมภ์ โดยอุตสาหกรรมยาสูบ
- มีนโยบายในการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่ในสถานศึกษาทุกระดับ
- มีคู่มือการดำเนินงานโรงเรียนปลอดบุหรี่ทั้งระดับประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษา

^{๑๔} ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, รายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๑, ๒๕๖๑.

- มีเครือข่ายโรงเรียนปลอดบุหรี่จำนวน ๒๙ จังหวัด รวม ๒๒๐ โรงเรียน
 - มีเครือข่ายสถาบันอุดมศึกษาปลอดบุหรี่ จำนวน ๑๖๔ แห่งทั่วประเทศ
 - มีการพัฒนาศักยภาพแกนนำเยาวชนให้รู้เท่าทันอุตสาหกรรมยาสูบ รวมทั้งการสร้างและขยายเครือข่ายสภาเด็กและเยาวชนในระดับจังหวัด
 - มีการพัฒนาชุดความรู้ “กลยุทธ์ทางการตลาดของบริษัทบุหรี่” และเผยแพร่ต่อสาธารณะ
๓. ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ช่วยผู้เสพให้เลิกใช้ยาสูบ
- มีสายเลิกบุหรี่ ๑๖๐๐ และคลินิกฟ้าใส ซึ่งทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการหลักในการบำบัดรักษาการติดยาเสพติด ซึ่งในปัจจุบันมีคลินิกฟ้าใสจำนวน ๕๘๙ แห่งทั่วประเทศ
 - มียาบำบัดรักษาการติดยาเสพติดในบัญชียาหลักแห่งชาติเพียง ๑ ชนิด ได้แก่ Nortriptyline ซึ่งมีผลข้างเคียงต่อผู้ป่วย เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ปากแห้ง ตาแห้ง และมีข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจ
 - มีคู่มือ/แนวทางการให้บริการระบบบำบัดโรคเสพติดยาสูบในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ
 - มีคู่มือสำหรับ อสม. ในการช่วยบำบัดผู้เสพติดยาสูบในชุมชน และพัฒนาศักยภาพ อสม. ช่วยเลิกบุหรี่
 - มีระบบการส่งต่อผู้เลิกบุหรี่ในชุมชน โดย อสม. ผ่าน Application SMART อสม. เพื่อการร่วมบำบัดระหว่าง สถานบริการระดับชุมชนกับ สายเลิกบุหรี่ ๑๖๐๐
 - มีการบูรณาการการให้บริการเลิกบุหรี่ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานบริการสาธารณสุข ทำให้คลินิก NCD และคลินิกโรคเรื้อรังอื่นๆ มีการให้บริการเลิกยาสูบ
 - พัฒนาระบบรับและส่งต่อ/ร่วมบำบัดการให้บริการผู้เสพติดยาสูบระหว่างหน่วยบริการต่างๆ กับสายเลิกบุหรี่ ๑๖๐๐
๔. ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ควบคุมและเปิดเผยส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ ได้กำหนดมาตรา ๓๗ ซึ่งให้อำนาจในการออกกฎกระทรวงเรื่องการแจ้งและเปิดเผยส่วนประกอบและสารที่เกิดจากการเผาไหม้ของส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่กระทรวงสาธารณสุข
 - มีการเผยแพร่องค์ความรู้เกี่ยวกับสารอันตรายในผลิตภัณฑ์ยาสูบผ่านทางฉลากข้อความเกี่ยวกับพิษภัยและอันตรายจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ
๕. ยุทธศาสตร์ที่ ๕ ทำสิ่งแวดลอมให้ปลอดควันบุหรี่
- พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ ได้กำหนดหมวด ๕ การคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่
 - มีคำสั่งกรมทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่งที่ ๑๐๖๔/๒๕๖๐ เพื่อป้องกันภัยคุกคามทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง และภัยสุขภาพจากบุหรี่บริเวณพื้นที่ชายหาด



- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกำหนดประเภทหรือชื่อของสถานที่สาธารณะ สถานที่ทำงาน และยานพาหนะ ในส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่และยานพาหนะเป็นเขตปลอดบุหรี่ หรือเขตสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๖๑
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐
- มีการจัดทำคู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อเป็นแนวทางในการบังคับใช้กฎหมาย
- มีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพขั้นสูง สำหรับพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐
- มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการกระทำผิดตามกฎหมาย พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- สนับสนุนการดำเนินงานชุมชนปลอดบุหรี่ โดยเน้นการสร้างมาตรการชุมชนในการทำสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่

๖. ยุทธศาสตร์ที่ ๖ ใช้มาตรการทางภาษีและปราบปรามเพื่อควบคุมยาสูบ

- มีการปรับปรุงโครงสร้างภาษีและการจัดเก็บใน พ.ร.บ. ภาษีสรรพสามิต พ.ศ. ๒๕๖๐ ลงราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๐ โดยกำหนดให้บุหรี่ซิกาแรตราคาขายปลีกแนะนำไม่เกินซองละ ๖๐ บาท จะถูกเก็บภาษีตามมูลค่าร้อยละ ๒๐ ส่วนบุหรี่ซิกาแรตราคาขายปลีกแนะนำเกินซองละ ๖๐ บาท จะถูกเก็บภาษีตามมูลค่าร้อยละ ๔๐
- พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. ๒๕๖๐ มีการตัดคำว่า “พินธุ์ยาสูบพื้นเมือง” ซึ่งแต่เดิมได้รับการยกเว้นไม่ต้องขออนุญาต ปลุก จำหน่าย บ่ม หั่น รวมถึงการประกอบอุตสาหกรรมยาสูบตามพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. ๒๕๐๙ ออกเพื่อให้สินค้ายาสูบ ทั้งหมดเข้าสู่ระบบการขออนุญาตและจัดเก็บภาษี
- มีผลงานการป้องกันปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายตาม สรรพสามิตยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๑ จำนวน ๑๑,๒๖๒ คดี

จะเห็นได้ว่า การดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบของประเทศไทยในระลอกที่ผ่านมา มีความก้าวหน้าและประสบความสำเร็จอย่างชัดเจน เช่น การประกาศใช้ซองบุหรี่แบบเรียบ การพิมพ์ภาพและคำเตือนบนซองบุหรี่ การห้ามโฆษณาและการมีกฎหมายที่ครอบคลุม ซึ่งเกิดจากความเข้มแข็งขององค์กรต่างๆ ทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนและผลักดันงานควบคุมยาสูบของประเทศ แต่อย่างไรก็ตามยังคงมีความท้าทายในการทำงานเพื่อการควบคุมยาสูบของประเทศ เช่น โครงสร้างภาษีสรรพสามิตยังมีจุดอ่อน อุตสาหกรรมยาสูบมีกลยุทธ์ใหม่ๆ ทั้งการออกแบบผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ๆ และการใช้สื่อออนไลน์เข้ามามีส่วนสำคัญเพื่อให้เยาวชนก้าวเข้ามาเป็นนักสูบหน้าใหม่เพิ่มขึ้น ยารักษาการติดยาโคตินในบัญชียาหลักแห่งชาติยังได้รับการสนับสนุนค่อนข้างน้อย ยังคงมีผู้ได้รับควันบุหรี่มือสองทั้งในที่สาธารณะและที่บ้าน งานควบคุมยาสูบในระดับพื้นที่ยังคงต้องได้รับการพัฒนา เป็นต้น ดังนั้น การที่จะลดอัตราการบริโภคยาสูบให้เหลือร้อยละ ๑๕ ในปี ๒๕๖๘ หรือมีจำนวนผู้สูบบุหรี่ไม่เกิน ๙ ล้านคน ตามเป้าหมายการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Global NCD Target)



จึงเป็นเป้าหมายที่ค่อนข้างท้าทาย เนื่องจากในรอบ ๑๐ ปีที่ผ่านมา จำนวนคนสูบบุหรี่ในประเทศไทยลดลงได้เพียง ๒๐๐,๐๐๐ คน (พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๖๐) ดังนั้น จึงจำเป็นต้องเร่งหามาตรการที่เหมาะสมเพื่อลดอัตราการสูบบุหรี่ให้บรรลุตามเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด

ผลกระทบของสถานการณ์โควิด-๑๙ ที่ส่งผลต่อแผนงาน

๑. การดำเนินงานด้านการจัดอบรม/จัดประชุม ที่เป็นเวทีขนาดใหญ่ มีความจำเป็นต้องเลื่อนออกไปอย่างไม่มีกำหนด
๒. ภาศึเครือข่ายในพื้นที่ไม่สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานในลักษณะการรวมตัวกันของคนในชุมชน ด้วยข้อจำกัดของพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๘
๓. ภาศึระดับพื้นที่/ท้องถิ่น ต้องให้ความสำคัญและร่วมในขบวนการคัดกรองและเฝ้าระวังคนในชุมชน ไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส ดังนั้น การดำเนินโครงการจึงจำเป็นต้องชะลอลงชั่วคราว

จุดเน้นของแผน

๑. ด้านการพัฒนานโยบาย และการบังคับใช้กฎหมาย

- ๑.๑ สนับสนุนการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ และพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๗๐
- ๑.๒ สนับสนุนการผลักดันนโยบาย เช่น การผลักดันให้มีการเพิ่มยารักษาการติดนิโคตินเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติให้มากขึ้น การผลักดันให้มีการทบทวนมาตรการด้านภาษี การพัฒนาการควบคุมส่วนประกอบของบุหรี่ในประเด็นการห้ามบุหรี่ชูรส บุหรี่เมนทอล พัฒนากฎระเบียบเรื่องบุหรี่ปลอดไฟไหม้ การส่งเสริมการปลูกพืชทดแทนใบยาสูบ เป็นต้น ผ่านการสื่อสารสาธารณะ ทั้งสื่อหลักและการจัดเวทีเพื่อขับเคลื่อนนโยบาย
- ๑.๓ สื่อสารกฎหมายต่างๆ ให้ประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบ และเพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยเฉพาะประเด็นห้ามแบ่งขายมวนบุหรี่/ห้ามแสดงบุหรี่ ฌ จุดขาย/การไม่ขายบุหรี่ให้แก่เด็กและเยาวชน/การห้ามนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้า โดยการประสาน/สนับสนุนการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค และกระทรวงพาณิชย์
- ๑.๔ สนับสนุนและผลักดันให้กลไกการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัดมีความเข้มแข็ง

๒. ด้านวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร

- ๒.๑ พัฒนางานวิจัย/วิชาการ และการจัดการความรู้ที่มีผลต่อการขับเคลื่อนเชิงนโยบายตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ ๒



- ๒.๒ การจัดทำข้อมูลความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องของสังคมในประเด็นที่ขัดแย้งรุนแรง เช่น ประเด็นบุรีไฟฟ้า การขึ้นภาษียาสูบและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากมาตรการภาษี การเฝ้าระวังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ กับการควบคุมยาสูบ การปลูกพืชทดแทนใบยาสูบ
- ๒.๓ ศึกษาเจาะลึกถึงเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เช่น กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้ใช้แรงงานแต่ละบริบท เช่น เขตเมือง ชนบท ภูมิภาค ตลอดจนประเมินประสิทธิภาพมาตรการ/แนวทางป้องกันแก้ไขที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

๓. ด้านเครือข่ายการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ และการขยายสถานที่ปลอดบุหรี่

- ๓.๑ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการรณรงค์และมาตรการใหม่ๆ ในการป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ในกลุ่มเยาวชน (โดยเฉพาะกลุ่มอาชีวศึกษา) รวมถึงกลุ่มผู้สูบบุหรี่ เช่น กลุ่มผู้ใช้แรงงาน
- ๓.๒ ปกป้องการได้รับความคุ้มครองมือสองและมือสาม โดยทำให้เกิดพื้นที่ที่รูปธรรมปลอดบุหรี่ตามที่กฎหมายกำหนด และรณรงค์เพิ่มเติม เช่น รณรงค์บ้านปลอดบุหรี่
- ๓.๓ การขยายเครือข่ายนักรณรงค์ในระดับพื้นที่ ผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- ๓.๔ การสื่อสารรณรงค์ให้เกิดความตระหนักถึงพิษภัยของยาเส้น เพื่อลดการบริโภคยาเส้น
- ๓.๕ สื่อสารรณรงค์ประเด็นการสูบบุหรี่กับไวรัสโควิด-๑๙ เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงอันตรายของการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-๑๙ และรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องในด้านต่างๆ
- ๓.๖ เฝ้าระวังและเปิดโปงกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ

๔. ด้านบริการบำบัดรักษาการติดยาโคโคติน

- ๔.๑ เสริม/ขยายศักยภาพกลุ่มผู้ให้บริการบำบัดรักษาการติดยาโคโคตินในชุมชน เช่น บุคลากรสาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น
- ๔.๒ เพิ่มการเข้าถึงบริการบำบัดรักษาการติดยาโคโคติน โดยผลักดันให้มีบริการการติดยาโคโคตินในบัญชียาหลักแห่งชาติให้มากขึ้นเพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ และสอดคล้องกับการรณรงค์ให้มีการเลิกบุหรี่ในช่วงสถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด-๑๙ เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายและทำให้สุขภาพปอดแข็งแรง
- ๔.๓ สนับสนุนให้เกิดการจัดระบบบริหารจัดการระบบการบำบัดรักษาการติดยาโคโคตินให้มีประสิทธิภาพ รวมถึงผลักดันให้มีทำงานแบบเชื่อมร้อยบูรณาการระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่ให้บริการบำบัดรักษาการติดยาโคโคติน เพื่อให้เกิดระบบการรับและส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

- ๑. ลดความชุกของการเสพยาสูบของประชาชนไทย และป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่

วัตถุประสงค์รอง

๑. พัฒนารฐานข้อมูล พัฒนาความรู้และต้นแบบ รวมถึงการจัดการความรู้ที่จำเป็นต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ
๒. พัฒนาให้เกิดมาตรการ สิ่งแวดล้อม นโยบายและกฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ และสนับสนุนให้เกิดการบังคับใช้นโยบายและกฎหมายที่มีอยู่
๓. พัฒนาการสื่อสารเพื่อให้เกิดการรับรู้ สร้างความตระหนัก และปรับเปลี่ยนค่านิยมทางสังคมในประเด็นการไม่สูบบุหรี่ในประชาชนกลุ่มต่างๆ
๔. พัฒนารูปแบบและบริการบำบัดรักษาการติดนิโคตินที่มีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ ๗๕)

๑. มีกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบาย/กฎหมาย/ยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๒ ให้มีประสิทธิภาพ
๒. เกิดองค์ความรู้จากการวิจัยที่จำเป็นสำหรับการควบคุมยาสูบของประเทศไทย จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง โดยมีการสื่อสารงานวิจัยสำคัญในการควบคุมยาสูบต่อสาธารณะผ่านช่องทางต่างๆ อย่างน้อยปีละ ๓ ครั้ง และมีเอกสารทางวิชาการที่ใช้สำหรับการสนับสนุน/ขับเคลื่อน/ผลักดันนโยบาย
๓. เกิดกระแสสังคมของประชาชนในด้านการไม่สูบบุหรี่อย่างน้อย ๒ ประเด็น ซึ่งเป็นการประสานความร่วมมือจากสื่อมวลชนร่วมเผยแพร่ผ่านช่องทางต่างๆ
๔. มีการพัฒนาเนื้อหาการเรียนการสอนในประเด็นการควบคุมยาสูบ และสอดแทรกในหลักสูตรการเรียนการสอนในระดับอุดมศึกษา

ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง (น้ำหนักร้อยละ ๒๕)

๑. บูรณาการการทำงานกับแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (แผน ๒) และกลุ่มแผนงานลดปัญหาจากการพนัน (แผน ๓) เพื่อมุ่งพัฒนาให้เกิดคู่มือ “วัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยง” (Model) ทั้งการลดปัญหาการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการลดปัญหาจากการพนัน
๒. สื่อสารให้เครือข่ายเยาวชน เข้าถึงและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในประเด็นการลดการบริโภคยาสูบ อย่างน้อย ๑,๐๐๐ คน

แนวทางการดำเนินงาน

ประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การเคลื่อนสังคม และการพัฒนานโยบายให้เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

๑. เชื่อมโยงภาคีหลักที่เกี่ยวข้องในแต่ละประเด็นเพื่อสร้างเป้าหมายร่วมในด้านการควบคุมยาสูบ ตลอดจนการเชื่อมโยงการทำงานเพื่อเสริมพลังซึ่งกันและกัน ได้แก่ พลังนโยบาย พลังปัญญา และพลังสังคม เพื่อสร้างการมีสุขภาวะที่ดี
๒. พัฒนารฐานข้อมูลเชิงวิชาการและจัดการความรู้ เพื่อใช้ประโยชน์ในการผลักดันงานควบคุมยาสูบ ตลอดจนเพื่อการสนับสนุนงานรณรงค์ การขับเคลื่อนเชิงนโยบายและการติดตามประเมินผล
๓. พัฒนาและผลักดันนโยบายสาธารณะ และสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายโดยสร้างการมีส่วนร่วมของ ชุมชน สังคม ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม และประชาชน
๔. พัฒนารูปแบบ นวัตกรรม หรือรูปแบบการดำเนินงานใหม่ๆ ที่ช่วยลดอัตราการบริโภคยาสูบ รวมถึง รณรงค์สร้างกระแสสังคมเพื่อสร้างความตระหนักต่อปัญหาและสร้างการมีส่วนร่วมของสังคม ในการร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหายาสูบ ผ่านช่องทางการสื่อสาร และการทำงานของภาคีเครือข่ายต่างๆ
๕. ขยายการเข้าถึงบริการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดในและนอกระบบบริการสาธารณสุข ผลักดันให้มี ยารักษาการเสพติดยาเสพติดในบัญชียาหลักแห่งชาติให้มากขึ้น เพื่อการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ และพัฒนานวัตกรรมและใช้เทคโนโลยียุคดิจิทัลเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการบำบัดรักษา การติดยาเสพติด
๖. เชื่อมโยงการทำงานด้านการควบคุมยาสูบร่วมกับแผนอื่นๆ ใน สสส.



กลุ่มแผนงาน

แผนควบคุมการบริโภคยาสูบ ประกอบด้วย ๔ กลุ่มแผนงาน ซึ่งแต่ละกลุ่มแผนงานมีภารกิจโดยสังเขป ดังนี้

กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย

๑. พัฒนาองค์กรหลักของรัฐด้านการควบคุมยาสูบ รวมถึงสนับสนุน เสริมสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืน ให้แก่หน่วยจัดการหลักในภาครัฐ เช่น คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ (คผยช.) คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด (คผยจ.) กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กองกฎหมาย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยพัฒนาข้อเสนอเพื่อผลักดันนโยบายและการบังคับใช้กฎหมายด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ ตลอดจนร่วมผลักดันกฎหมายและมาตรการควบคุมยาสูบของประเทศตามกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก ในประเด็นต่างๆ อาทิ มาตรา ๕.๓ การป้องกันการแทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบโดยอุตสาหกรรมยาสูบ มาตรา ๖ มาตรการด้านราคาและด้านภาษี มาตรา ๙ การเปิดเผยส่วนประกอบ มาตรา ๑๑ การบรรจุหีบห่อ และภาพคำเตือน มาตรา ๑๓ การห้ามโฆษณา ส่งเสริมการขายยาสูบ และสนับสนุนโดยอุตสาหกรรมยาสูบ มาตรา ๑๔ การให้บริการเลิกบุหรี่และผลิตภัณฑ์ยาสูบ มาตรา ๑๕ การค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบ ผิดกฎหมาย
๒. พัฒนานโยบายและมาตรการใหม่ โดยลำดับความสำคัญจากข้อสรุปทางวิชาการ และเงื่อนไขทาง ยุทธศาสตร์ เช่น นโยบายที่เน้นการลดการบริโภคยาสูบ การป้องกันบุหรี่หนีภาษีและบุหรี่ปลอม

การปรับปรุงโครงสร้างภาษียาสูบและระบบการจัดเก็บภาษี การยกเลิกสิทธิประโยชน์ทางภาษียาสูบ การขยายการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ อีกทั้งการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย/มาตรการสำคัญ อาทิ การเพิ่มสารที่ทำให้บุหรี่ดับง่ายเพื่อลดปัญหาอัคคีภัย สนับสนุนให้ปลูกพืชทดแทนการปลูกใบยาสูบ

๓. สนับสนุนการผลักดันให้เกิดการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยมุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการบังคับใช้กฎหมาย
๔. เน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการมีบทบาทการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย โดยเปิดช่องทางการสื่อสารเพื่อรับเรื่องราวร้องเรียนให้ประชาชนแจ้งเหตุได้สะดวกมากขึ้น
๕. การสนับสนุนการดำเนินงานตามกรอบอนุสัญญาควบคุมการบริโภคยาสูบ และการพัฒนาศักยภาพคณะผู้แทนไทยในเวทีสากล

กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร

สนับสนุนให้ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ (ศจย.) ร่วมกับภาคีทางวิชาการต่างๆ พัฒนางานวิจัย จัดการความรู้ การศึกษาฝึกอบรม รวมถึง

๑. การสนับสนุนการวิจัย โดยการพัฒนางานวิชาการที่สำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ทั้งในเชิงนโยบาย และการศึกษาผลลัพธ์ รวมถึงผลกระทบจากการบริโภคยาสูบในมิติด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ เน้นการพัฒนางานวิชาการที่เป็นจุดคานงัดให้สร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบ เช่น งานวิจัยเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการสร้างภูมิคุ้มกันทางบวกให้แก่เด็กและเยาวชนซึ่งเป็นนักสูบหน้าใหม่ ภาษีสรรพสามิตโดยเฉพาะภาษียาเส้น การวิเคราะห์ทางเลือกผู้ปลูกยาสูบ แนวทางการปรับปรุงโควตาปลูก/รับซื้อใบยาสูบ เป็นต้น
๒. ส่งเคราะห์งานวิชาการ/งานวิจัยเพื่อผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบาย (Policy Advocacy) จากการถอดบทเรียนและจัดการองค์ความรู้ด้านการควบคุมยาสูบ และดำเนินการให้มีการสื่อสารผ่านสื่อสาธารณะอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะข้อเสนอที่สามารถผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับประเทศและนำไปสู่การรณรงค์กับภาคส่วนต่างๆ ในสังคม รวมทั้งสนับสนุนการจัดทำรายงานและการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับหน่วยงานสากลตามกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (WHO Framework Convention on Tobacco Control : FCTC)
๓. การพัฒนาระบบฐานข้อมูล องค์ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ รวมถึงการสื่อสารข้อมูลงานวิจัยต่อผู้กำหนดนโยบายและผู้ขับเคลื่อนทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่
๔. การพัฒนาเครือข่ายนักวิชาการด้านการควบคุมยาสูบ (Knowledge Generator) เชื่อมต่อกับผู้ใช้ข้อมูลความรู้ (Knowledge User) ในระดับต่างๆ เพื่อสนับสนุนงานการควบคุมยาสูบอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน
๕. การพัฒนาระบบการประเมินผลการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทยตามกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (WHO-FCTC)



กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่าย การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ และการขยายสถานที่ปลอดบุหรี่

๑. การจัดกิจกรรมพิเศษและสร้างกระแสสังคม เพื่อรณรงค์กระตุ้นให้เกิดการตื่นตัวและปลูกฝังค่านิยมการไม่สูบบุหรี่ การขยายพื้นที่รูปธรรมปลอดบุหรี่ การรณรงค์บ้านปลอดบุหรี่ การรักษาลิทธิของตนเองจากการได้รับอันตรายของควันบุหรี่มือสอง การสร้างจิตอาสาเพื่อลดการสูบบุหรี่ และการสนับสนุนนโยบายที่สำคัญ การเลิกบุหรี่ การสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและองค์กรต่างๆ ในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ตลอดจนจัดตั้งเครือข่ายเฝ้าระวังและเปิดโปงกลยุทธ์ต่างๆ ของบริษัทบุหรี่ให้สังคมรับรู้ และผลักดันให้เกิดการพัฒนาและแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
๒. พัฒนาและขยายรูปแบบการทำงานกับกลุ่มเยาวชนเพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่ รวมทั้งขยายการดำเนินงานในกลุ่มอาชีวศึกษา กลุ่มผู้ด้อยโอกาส ผู้ที่มีภูมิปัญญาในชนบท และพื้นที่ภาคใต้ซึ่งมีอัตราการสูบบุหรี่สูง
๓. พัฒนาและขยายเครือข่ายในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่มต่างๆ ทั้งที่ดำเนินการมาแล้วหรือภาคีใหม่ เช่น โรงพยาบาล สตรี สื่อมวลชน ผู้ใช้แรงงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มคนที่เลิกบุหรี่ได้ กลุ่มผู้นำทางสังคมที่ไม่สูบบุหรี่ และการพัฒนาช่องทางสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ใหม่ๆ ในกลุ่มเป้าหมายเยาวชน
๔. ขยายแนวร่วมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรรวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนงานด้านการรณรงค์และการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย เช่น เครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบจากบุหรี่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ สื่อมวลชน จังหวัดปลอดบุหรี่ เครือข่ายครุฑรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เครือข่ายเยาวชน เป็นต้น
๕. สนับสนุนการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัดให้มีประสิทธิภาพ เพื่อรณรงค์ลดการบริโภคและการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายในภาคประชาสังคม ตลอดจนการสนับสนุนภาคีเครือข่ายของสสส. กับแผนอื่นๆ ทั้งภาคีเชิงประเด็น ภาคีเชิงองค์กร และภาคีเชิงพื้นที่ เพื่อสอดแทรกการลดการบริโภคนยาสูบในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอื่นๆ
๖. การสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาและขยายผลนวัตกรรม ทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร ในการดำเนินงานเพื่อการควบคุมการบริโภคนยาสูบในหน่วยงานต่างๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน มหาวิทยาลัย เป็นต้น รวมถึงการสนับสนุนให้บุคลากรในหน่วยงานต่างๆ ที่ติดบุหรี่ให้เลิกบุหรี่เพื่อขยายเครือข่ายแนวร่วมการทำงานให้มากขึ้น
๗. การพัฒนาและขยายผลนวัตกรรมในการควบคุมการบริโภคนยาสูบในองค์กรที่มีนโยบายพัฒนาคุณภาพการจัดเขตปลอดบุหรี่ให้มีประสิทธิผล รวมทั้งการสนับสนุนบุคลากรที่ติดบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ เพื่อขยายเครือข่ายแนวร่วมให้มากขึ้น
๘. ส่งเสริมและสนับสนุนให้เครือข่ายภาคีการควบคุมการบริโภคนยาสูบเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม โดยจะสนับสนุนการทำงานของเครือข่ายทางด้านองค์ความรู้ที่ถอดบทเรียนจากการทำงานและสื่อพร้อมใช้ รวมทั้งการจัดกระบวนการในการพัฒนาคุณภาพและติดตาม เพื่อเสริมหนุนการดำเนินโครงการของเครือข่าย ได้แก่ เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายโรงพยาบาล เครือข่ายครู และเครือข่ายเยาวชน



กลุ่มแผนงานสนับสนุนบริการบำบัดรักษาการติดยาเสพติด

๑. การพัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่ระดับชาติ หรือสายด่วนเลิกบุหรี่แห่งชาติ (National Quitline) ให้เข้มแข็งขึ้น รวมทั้งพัฒนาให้เกิดคู่มือในการช่วยบำบัดรักษาการติดยาเสพติดในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย อาทิ กลุ่มผู้หญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กและเยาวชน เป็นต้น เพื่อรองรับผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ รวมถึงการพัฒนา รูปแบบบริการรับและส่งต่อผู้ติดยาเสพติดระหว่างศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติกับโรงพยาบาลนําร่องให้พร้อมสำหรับการขยายผลในระดับประเทศ
๒. สนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อการไม่สูบบุหรี่ อาทิ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ แพทย์แผนไทย เป็นต้น เพื่อขยาย การส่งเสริมและกระตุ้นให้บุคลากรสาธารณสุขเข้ามามีบทบาทในการผลักดันนโยบาย สนับสนุน ระบบบริการเลิกบุหรี่ รวมถึงการส่งต่ออย่างเป็นระบบ ตลอดจนการขยายและพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครในการให้คำแนะนำช่วยเลิกบุหรี่ และการสนับสนุนนวัตกรรมเลิกบุหรี่

แนวทางการบูรณาการ

สนับสนุนการทำงานเพื่อให้เกิดการบูรณาการงานร่วมกัน โดยเฉพาะแผนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงหลัก และปัจจัยเสี่ยงทางสังคม ดังนี้

- (๑) เชื่อมประเด็นการทำงานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทั้งสุรา ยาสูบ ยาเสพติด อุบัติเหตุทางถนน ภัยพิบัติ และการพนัน ผ่านเครือข่ายสถาบันอุดมศึกษา โดยเน้นการกำหนดเป้าหมาย/กรอบงานที่เหมาะสม ร่วมกัน ที่เน้นยกระดับสุขภาวะของกลุ่มเป้าหมายเป็นสำคัญ และพัฒนาให้เกิดวิธีการ รวมถึง การร่วมขับเคลื่อนให้เกิดต้นแบบสถาบันอุดมศึกษาหรือการขับเคลื่อนเชิงนโยบายสาธารณะ
- (๒) สร้างพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาคีหลักที่เคยสนับสนุนงานให้สถานประกอบการ ดำเนินการเรื่องสถานประกอบการปลอดเหล้า ปลอดบุหรี่ และมาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัย ทางถนน โดยเน้นให้เกิดการจัดทำฐานข้อมูลร่วมกัน ทั้งชุดความรู้ คู่มือ เครื่องมือสนับสนุน และรายชื่อ สถานประกอบการ เพื่อร่วมหาต้นแบบ
- (๓) ร่วมขับเคลื่อนให้เกิดสภาองค์กรผู้บริโภค โดยร่วมระดมเครือข่ายภาคีมาร่วมจัดตั้งสภาองค์กรผู้บริโภค
- (๔) เชื่อมภาคีเครือข่ายหลักที่ดำเนินการในกลุ่มเครือข่ายต่างๆ ได้แก่ ศูนย์เด็กเล็ก อสม. หมออนามัย และวัด ในการสนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และร่วมกำหนดแนวทางบูรณาการงานร่วมกัน
- (๕) บูรณาการการทำงานกับแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ (แผน ๕) เพื่อมุ่งส่งเสริมหน่วยบริการ ในชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงาน ให้มีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการลดการบริโภคยาสูบ ลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการจัดการความปลอดภัยทางถนน โดยสนับสนุนชุดความรู้ ข้อมูลทางวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญเชิงประเด็น หรือรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน



ภาคีที่เข้าร่วมการดำเนินงาน

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

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย	๔๔.๘
๒. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร	๖๐.๐
๓. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่าย การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ และการขยายสถานที่ปลอดบุหรี่	๖๓.๗
๔. กลุ่มแผนงานสนับสนุนบริการบำบัดรักษาการติดยาโคติน	๓๐.๐
๕. การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	๑.๕
รวม	๒๕๐.๐



แผนควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสิ่งเสพติด

๒

สถานการณ์และแนวโน้ม

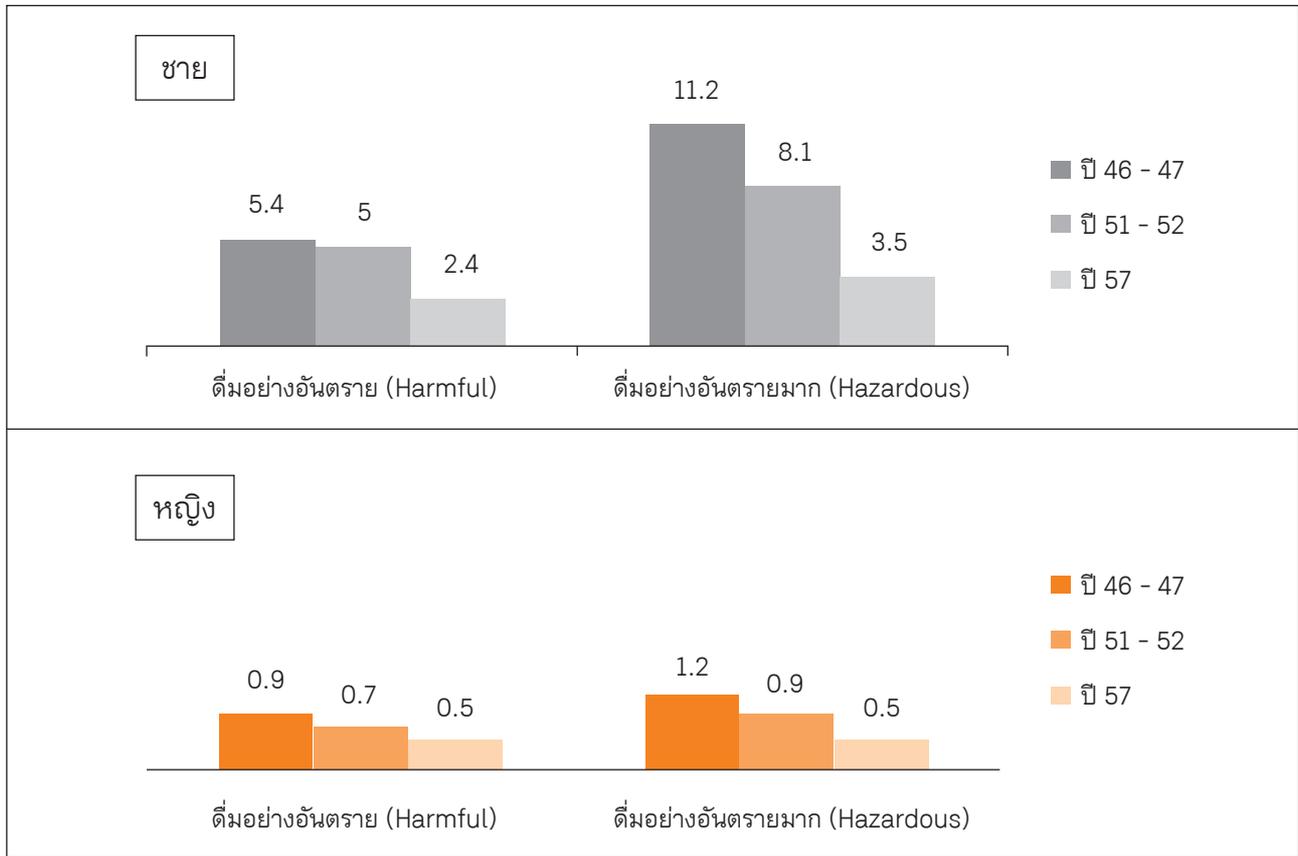
๑. ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๔ - ๒๕๖๐ จากข้อมูลสัดส่วนผู้ดื่มในปัจจุบัน (current drinker) ซึ่งหมายถึงผู้ที่ดื่มในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา จนถึงวันที่ทำการสำรวจ พบว่า ประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ค่อนข้างคงที่ โดยที่เคลื่อนไหวอยู่ในช่วงร้อยละ ๓๐.๐๐ ใน พ.ศ. ๒๕๕๐ และร้อยละ ๓๔.๐ ใน พ.ศ. ๒๕๕๘ และลดลงเหลือเพียง ร้อยละ ๒๘.๔๑ ใน พ.ศ. ๒๕๖๐ ซึ่งผู้ดื่มลดลงทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยเห็นการลดในเพศชายชัดเจนมากกว่า ทั้งนี้ การลดลงอย่างมากของผู้ดื่มในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ส่วนหนึ่งน่าจะมีสาเหตุจากการที่รัฐบาลประกาศไว้ทุกขั้วความอาลัยการสวรรคต พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร เป็นเวลา ๑ ปี ซึ่งคาบเกี่ยวช่วงปลายปี ๒๕๕๙ ถึงปลายปี ๒๕๖๐ โดยมีจำนวนผู้ดื่มแต่ละกลุ่มที่สำคัญ ดังนี้

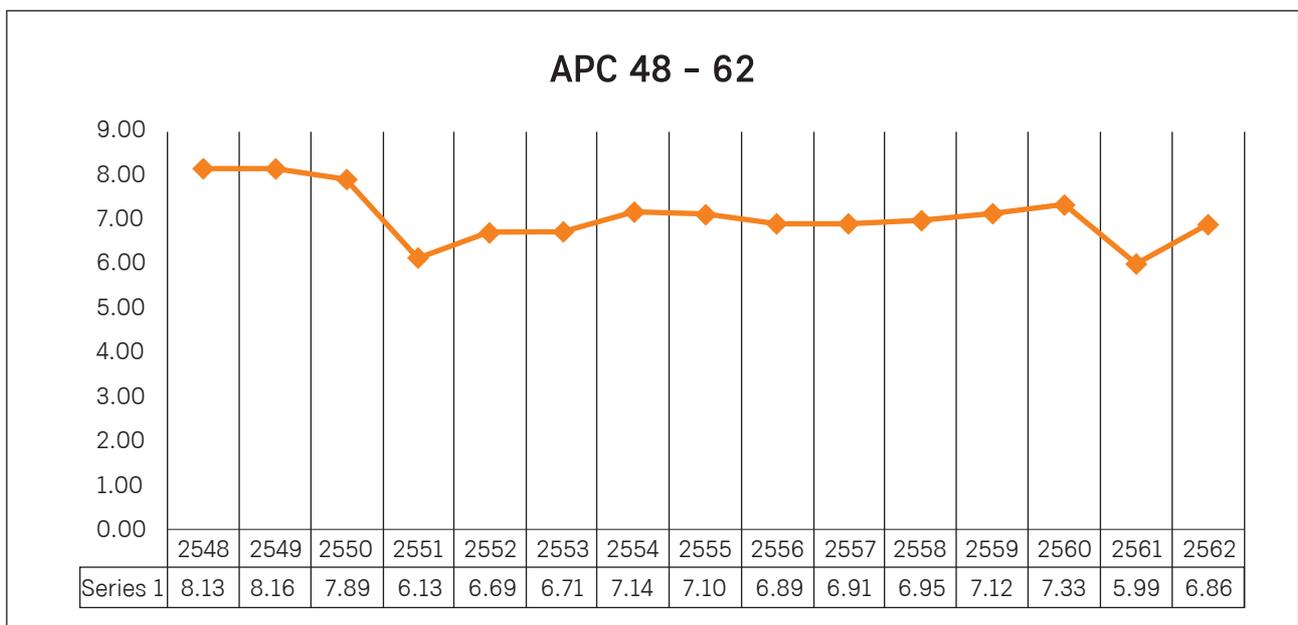
- ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน (ดื่มในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา) ๑๕.๘๙ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๒๘.๔๑ แบ่งเป็น เพศชาย ร้อยละ ๔๗.๔๖ และเพศหญิง ร้อยละ ๑๐.๖๒ ซึ่งใน พ.ศ. ๒๕๖๐ ถือเป็นปีแรกที่นักดื่มปัจจุบันในกลุ่มเพศชายลดลงมาต่ำกว่าร้อยละ ๕๐.๐๐
- ในกลุ่มนักดื่มปัจจุบัน ยังสามารถแบ่งเป็นกลุ่มนักดื่มประจำ (ดื่มทุกสัปดาห์) ๖.๙๘ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๔๘ ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มนักดื่มเป็นครั้งคราวที่มี ๘.๙๑ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๙๓ สะท้อนให้เห็นว่ามีความถี่ในการดื่มลดลง
- ผู้ไม่เคยดื่มเลย ๓๑.๙๘ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๕๗.๑๘
- ผู้ที่เคยดื่มแต่เลิกแล้ว (ไม่ได้ดื่มในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา) ๘.๐๖ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๔๑

๑.๑ สัดส่วนของการดื่มในระดับอันตรายลดลง

เมื่อพิจารณาข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย พบว่า สัดส่วนของผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย (Harmful) หมายถึง การดื่มสุราจนเกิดผลเสียตามต่อสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต รวมถึงผลเสียทางสังคมจากการดื่ม และการดื่มแบบมีความเสี่ยง / อันตรายมาก (Hazardous) หมายถึง ลักษณะการดื่มสุราที่เพิ่มความเสี่ยงต่อผลเสียหายตามมาทั้งต่อตัวผู้ดื่มเองหรือผู้อื่น พฤติกรรมการดื่มแบบเสี่ยงนี้ถือว่ามีความสำคัญในเชิงสาธารณสุข แม้ว่าขณะนี้ผู้ดื่มจะยังไม่เกิดความเจ็บป่วยใดๆ ก็ตาม ซึ่งทั้งสองแบบมีแนวโน้มลดลงมาโดยตลอดจากร้อยละ ๙.๑๐ ใน พ.ศ. ๒๕๔๗ เป็นร้อยละ ๗.๓๐ ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ และลดลงเหลือ ร้อยละ ๓.๔๐ ใน พ.ศ. ๒๕๕๗ โดยลดลงทั้งในเพศชาย และเพศหญิง ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมการดื่มอย่างหนักของประชากรไทยมีแนวโน้มที่ดีขึ้น คือ “มีการลดลง”



ภาพที่ ๑ เปรียบเทียบร้อยละของประชากรที่ดื่มสุราในระดับการดื่ม Harmful และ Hazardous จำแนกตามเพศ



ภาพที่ ๒ ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี ของประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ใน พ.ศ. ๒๕๔๙ - ๒๕๖๒

ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี ถือเป็นตัวชี้วัดสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สำคัญ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์อย่างชัดเจน

โดยที่ค่าเป้าหมายของปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี ที่ถูกกำหนดไว้เพื่อบรรลุใน พ.ศ. ๒๕๖๓ คือ ๗.๓๒ ลิตรต่อคนต่อปีหรือต่ำกว่า ซึ่งจะเห็นได้ว่าปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปีมีปริมาณสูงกว่า ๘ ลิตรต่อคน ต่อปีในช่วงก่อนที่จะมีการบังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ ลดลงอย่างชัดเจนมาอยู่ที่ ๖.๑๓ ใน พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลังจากนั้นค่อนข้างคงที่อยู่ระหว่าง ๖.๗๑ ถึง ๗.๓๓ ลิตรต่อคนต่อปี อย่างไรก็ตาม การลดลงอย่างมากใน พ.ศ. ๒๕๖๑ มาอยู่ที่ ๕.๙๙ ลิตรต่อคนต่อปี

๑.๒ ค่าใช้จ่ายในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๔ - ๒๕๖๐

ข้อมูลภาวะสังคมไทย โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า ค่าใช้จ่ายในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงจาก ๑๕๑,๖๐๗ ล้านบาท ใน พ.ศ. ๒๕๔๔ เป็น ๑๔๒,๒๓๐ ล้านบาท ใน พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยในช่วง ๓ ปีหลัง ประชากรไทยซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงอย่างต่อเนื่อง

จากการวิจัยการศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคมจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๔ ได้ประมาณการความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งหมดคิดเป็นมูลค่า ๙๐,๐๐๐ ล้านบาท ซึ่งความสูญเสียจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กว่าร้อยละ ๙๐.๐๐ เป็นความสูญเสียทางอ้อม (เสียชีวิตก่อนวัยอันควร การขาดงาน) แสดงให้เห็นว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้เกิดความสูญเสียต่อสังคมวงกว้าง

๑.๓ สรุปแนวโน้มพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากข้อมูลทั้ง ๔ ตัวชี้วัด คือ สัดส่วนนักดื่มในปัจจุบัน สัดส่วนการดื่มในระดับอันตราย ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อประชากรต่อปี และค่าใช้จ่ายในการบริโภค ทำให้เห็นว่าพฤติกรรมกรรมการดื่มในช่วง ๑๐ - ๑๕ ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มในทางคงที่หรือลดลง ทั้งนี้ในช่วงเวลาเดียวกันมูลค่าของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศต่อหัวประชากรของไทย จาก ๒,๔๖๘.๒ เหรียญสหรัฐ ใน พ.ศ. ๒๕๔๐ เพิ่มขึ้นเป็น ๗,๒๗๓.๖ เหรียญสหรัฐ ใน พ.ศ. ๒๕๕๙ คิดเป็น ๒.๙ เท่า ซึ่งจากรายงานขององค์การอนามัยโลกได้ชี้ว่า สัดส่วนของผู้ดื่มในปัจจุบันเพิ่มขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูงขึ้น ดังนั้นการที่แนวโน้มการดื่มในประเทศไทยค่อนข้างคงที่และมีแนวโน้มลดลง รวมถึงการที่มีสัดส่วนผู้ดื่มแบบอันตรายที่ลดลงชัดเจนต่างๆ ที่สัดส่วนดังกล่าว มักไม่เปลี่ยนแปลงตามระดับรายได้ของประเทศ บ่งชี้ว่าเป็นผลมาจากมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้ มาตรการเด่นของภาครัฐในช่วงเวลาดังกล่าว คือ การลดการเข้าถึงเชิงกายภาพซึ่งมีการออกมาตรการเพิ่มเติมออกมามากขึ้น โดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การห้ามขายในวันพระใหญ่ (พ.ศ. ๒๕๕๒) การห้ามขายและห้ามดื่มในโรงงาน หน่วยงานราชการ และรัฐวิสาหกิจ (พ.ศ. ๒๕๕๕) การห้ามดื่มบนถนน และบนยานพาหนะ (พ.ศ. ๒๕๕๕) การจำกัดเวลาขาย ห้ามดื่มตามสถานีขนส่งประเภทต่างๆ (พ.ศ. ๒๕๕๘) เป็นต้น นอกจากนี้มาตรการรณรงค์ระดับประเทศ เช่น งดเหล้าเข้าพรรษา งานบุญงานเทศกาลปลอดเหล้า การรณรงค์ “ให้เหล้าเท่ากับแข่ง” ที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยภาคประชาสังคม โดยมีการสนับสนุนจาก สสส. ก็เป็นอีกปัจจัยที่สำคัญเห็นได้จากข้อมูลการสำรวจนักดื่มประจำปีหลังเข้าพรรษา พบว่า นักดื่มร้อยละ ๕๐ - ๗๐ ร่วมงดเหล้าในช่วงเข้าพรรษา



๑.๔ สถานการณ์การตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์กับความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-๑๙

การตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ทำให้ผู้ตีพิมพ์มีปัญหาสุขภาพมากขึ้น เพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสทางเดินหายใจ รวมทั้งไวรัสโควิด-๑๙ และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหลังได้รับเชื้อ ทั้งนี้ เพราะผู้ตีพิมพ์อาจจะไม่ได้ดูแลป้องกันตัวเองเต็มที่ หรืออยู่ในอาคารมีน้มน้ำมากเกินไปภายใต้ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ ทำให้ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำสุขภาพ เช่น การล้างมือ สวมหน้ากากอนามัย หรือเว้นระยะห่างทางกายกับผู้อื่น รวมทั้งผู้ตีพิมพ์ก็อาจจะมีสุขภาพร่างกายที่อ่อนแอกว่าคนอื่นอยู่แล้ว จากผลของแอลกอฮอล์ที่ตีพิมพ์เข้าไป และมีโรคประจำตัว เช่น ตับแข็ง มะเร็ง โรคหัวใจ เอชไอวี/เอดส์ วัณโรค ขาดสารอาหาร และโรคของระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น ซึ่งทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันโรคบกพร่อง และร่างกายอ่อนแอ นอกจากนี้ ผู้ตีพิมพ์บางคนก็อาจจะมีปัญหาในด้านชีวิตความเป็นอยู่ เช่น ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่งแน่นอน ตกงาน ยากจน อยู่ในที่แออัด ไม่ถูกสุขลักษณะ หรือตั้งวงตีพิมพ์สุราร่วมกันหลายคน ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสนี้มากยิ่งขึ้น

๑.๕ สถานการณ์เมื่อมีการห้ามจำหน่ายแอลกอฮอล์ในช่วงการแพร่เชื้อไวรัสโควิด-๑๙

ตามที่รัฐบาลได้ดำเนินการต่างๆ เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดและการห้ามจำหน่ายแอลกอฮอล์เป็นหนึ่งในมาตรการที่ร่วมกับมาตรการอื่นๆ จนทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อลดลง นอกจากนั้นมาตรการเหล่านี้ไม่เพียงแต่จะควบคุมการแพร่เชื้อไวรัสโควิด-๑๙ ได้เท่านั้น แต่ยังทำให้เกิดผลดีต่อการควบคุมเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ในประเทศไทยได้อีกด้วย โดยมีข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อไปนี้

(๑) **นักตีพิมพ์สุราหยุดตีพิมพ์หรือตีพิมพ์น้อยลง** จากการสำรวจประชาชนใน ๑๕ จังหวัดทั่วประเทศ โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์โดยศูนย์วิจัยปัญหาสุรา หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ร่วมกับศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ จากกลุ่มตัวอย่าง ๑,๕๖๖ คน ที่เป็นตัวแทนของประชากรไทย เก็บข้อมูลในวันที่ ๑๘ - ๑๙ เมษายน ๒๕๖๓ พบว่า ในช่วง ๓๐ วันที่ผ่านมา นักตีพิมพ์สุราเกือบครึ่ง (ร้อยละ ๔๘.๕) ไม่ได้ตีพิมพ์เลย ร้อยละ ๓๓.๐ ตีพิมพ์น้อยลง ขณะที่ร้อยละ ๑๘.๒ ตีพิมพ์เท่าเดิม และมีเพียงร้อยละ ๐.๓ ที่ตีพิมพ์เพิ่มขึ้น เหตุผลหลักที่ทำให้นักตีพิมพ์เหล่านี้หยุดตีพิมพ์หรือตีพิมพ์น้อยลง คือ หาซื้อไม่ได้/ซื้อยาก กลัวเสี่ยงติดเชื้อรายได้น้อยลง/ไม่มีเงินซื้อ และต้องการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง

(๒) **ประชาชนไม่ได้รับความเดือดร้อนจากการประกาศห้ามขายเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์** ประชาชนตัวอย่างของการสำรวจประมาณร้อยละ ๙๐.๕ ระบุไม่ได้รับความเดือดร้อนใดๆ จากการประกาศห้ามขายเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ มีเพียงร้อยละ ๕.๙ เดือดร้อนจากการไม่ได้ดื่มสังสรรค์ ร้อยละ ๓.๖ เสียรายได้จากการขายหรือเสียรายได้จากการปิดร้านอาหาร/สถานบันเทิง และมีร้อยละ ๐.๓ หรือ ๕ ราย จากตัวอย่างทั้งหมดที่มีอาการถอนพิษสุรา

(๓) **ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของการติดเชื้อหากตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์** จากการสำรวจยังพบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๗๓.๖) ทราบว่าการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-๑๙ และร้อยละ ๗๗.๖ ทราบว่าการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์เป็นการทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกาย อาจทำให้ติดเชื้อได้ง่าย และอาจป่วยรุนแรง

(๔) **อุบัติเหตุทางถนนลดลง** โดยเห็นได้ชัดเจนที่สุดในช่วงเดือนเมษายน กล่าวคือ เมื่อเทียบเดือนเมษายน ปี ๒๕๖๒ กับเดือนเมษายน ปี ๒๕๖๓ จำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางท้องถนนลดลงจากประมาณ ๗๐,๐๐๐ ราย เหลือประมาณ ๓๐,๐๐๐ ราย ผู้เสียชีวิตลดลงจากประมาณ ๘๕๐ ราย เหลือประมาณ ๓๕๐ ราย และผู้ทุพพลภาพลดลงจากประมาณ ๓๐๐ ราย เหลือประมาณ ๙๐ ราย นอกจากนี้ จำนวนผู้บาดเจ็บและ



ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในช่วงสงกรานต์เจ็ดวันอันตรายยังลดลงจากปีที่แล้วอย่างเห็นได้ชัด โดยในช่วงระหว่างวันที่ ๑๐ - ๑๖ เมษายน ๒๕๖๓ มีการตาย ๑๓๒ ราย (ลดลงร้อยละ ๗๔.๔๗) ผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ๔,๐๖๒ ราย (ลดลงร้อยละ ๖๘.๒) ผู้บาดเจ็บรุนแรงจนต้องนอนโรงพยาบาล ๑,๖๐๙ ราย (ลดลงร้อยละ ๖๘.๐๓) ผู้ดื่มสุรา/เมาขับได้รับบาดเจ็บ ๑,๑๘๙ ราย (ลดลงร้อยละ ๘๕.๘๔) และผู้ดื่มอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี/เมาขับ ได้รับบาดเจ็บ ๙๒ ราย (ลดลงร้อยละ ๙๓.๗)

อย่างไรก็ตาม ในช่วงที่มีการประกาศมาตรการกึ่งล็อกดาวน์และการประกาศห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็มีผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นบ้าง ที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่

(๕) ผู้ติดสุรามีภาวะขาดสุรา มีผู้ติดสุราบางรายมีภาวะขาดสุรารุนแรงจนเสียชีวิต เนื่องจากหาซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้ ซึ่งปรากฏเป็นข่าวตามหน้าหนังสือพิมพ์วันละ ๑ - ๒ ราย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากไม่มีการตรวจอาการของผู้นั้น หรือชันสูตรศพอย่างละเอียด จึงมีอาจบอกได้แน่ชัดว่าอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรือการเสียชีวิตนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากภาวะขาดสุรา (ลงแดง) จริงหรือไม่

(๖) การเพิ่มขึ้นของการขายและกิจกรรมการตลาดออนไลน์ รวมทั้งการสั่งซื้อทางโทรศัพท์และส่งตรงถึงผู้ซื้อ การสำรวจตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ออนไลน์ในช่วงเดือนมกราคมถึงเมษายน พ.ศ. ๒๕๖๓ พบว่าการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ออนไลน์มีการนำเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ และการกักตัวมาใช้ทำการตลาดเพิ่มขึ้นมากกว่าสองเท่าตัว โดยเฉพาะตั้งแต่ช่วงปลายเดือนมีนาคมเป็นต้นมา มีการโฆษณาการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การจัดชุดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พร้อมอาหาร การลดราคา แจกแถม การขายที่มีบริการจัดส่งฟรีให้ถึงบ้าน การให้ร่วมโพสต์ภาพภาษาขณะที่ใช้ดื่ม พร้อมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีตราห้อยที่แหวกแนว การชวนกันดื่ม ปาร์ตี้ดื่มสังสรรค์ทางออนไลน์ แทนการไปที่สถานบันเทิงผ่านทางแอปพลิเคชันประชุมออนไลน์ รวมถึงการไลฟ์ในช่วงเวลากลางคืน เล่นดนตรีสด ดิเจเปิดเพลง เป็นต้น หลังจากที่มีคำสั่งประกาศห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วประเทศ แม้ว่าในช่วงเวลานี้จำนวนข้อความที่โพสต์ขายจะน้อยลงจากช่วงปกติแล้วก็ตาม ยังมีผู้ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้านขายของชำ ร้านค้าปลีก) สถานบันเทิง ยังคงมีการขายด้วยการให้ลูกค้าส่งรายการทางข้อความของเฟซบุ๊ก ไลน์ วิธีการจัดส่งโดยการนัดสถานที่ส่งของ (เฉพาะพื้นที่ใกล้เคียง) ส่งโดยใช้บริการขนส่งบริษัทเอกชนที่ให้บริการด้วยรถจักรยานยนต์ สำหรับพื้นที่ห่างไกลหรือต่างจังหวัดใช้บริษัทขนส่งเอกชนสำหรับส่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้มีการจัดทำ การส่งเสริมการตลาดแนวใหม่ด้วยการจำหน่ายคูปองที่ให้ส่วนลดสำหรับซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลังจากที่เปิดให้บริการได้ การเปิดให้สั่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Pre-order) พร้อมกับให้ของแถม หรือส่วนลด โดยจะทำการจัดส่งทันทีที่ได้รับอนุญาตให้ขายได้ เป็นต้น (ที่มา กนิษฐา ไทยกล้า. โครงการสำรวจติดตามการขายและกิจกรรมการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนโลกออนไลน์. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. เมษายน ๒๕๖๓)

(๗) ความรุนแรงในครอบครัว ความรุนแรงในสังคม ในช่วงการระบาดของไวรัสโควิด-๑๙ และการมีมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมทำให้คนในครอบครัวต้องใช้เวลาร่วมกันมากขึ้น มีโอกาสพบเพื่อนและครอบครัวน้อยลง มีการสนับสนุนทางสังคมน้อยลง จึงเป็นโอกาสให้ผู้กระทำและผู้ถูกกระทำเกิดความขัดแย้ง กระทั่งกระทบกระทั่งและใช้ความรุนแรงมากขึ้น สำหรับในประเทศไทย สถิติความรุนแรงในเดือนมีนาคม ๒๕๖๓ เพิ่มขึ้นจากเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ประมาณร้อยละ ๖ ยังไม่มีสถิติของเดือนเมษายน และจากบทสัมภาษณ์นายจะเด็จ เชาวน์วิไล ผู้อำนวยการมูลนิธิหญิงชายก้าวไกล กล่าวว่าความขัดแย้งในครัวเรือนไทยเกิดจากชายไทยไม่ยอมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรการเข้าสังคม ทำให้เป็นเหตุทะเลาะกันได้ง่าย อีกทั้งยังมีความเครียดและกดดันจากภาวะเศรษฐกิจ และการดื่มสุราในบ้าน ทำให้ครอบครัวที่ปกติไม่อยู่ในภาวะเปราะบางก็อาจเกิดความเสียหายได้เช่นกัน



๒. ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

ประเทศไทยและนานาประเทศทั่วโลก คำนึงถึงความสำคัญของปัญหาสารเสพติดอันจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอันดับต้นด้านสุขภาพและปัญหาสังคม สารเสพติดจะมีกลไกการออกฤทธิ์สำคัญที่สมอง เมื่อถูกนำเข้าสู่ร่างกายทำให้สมองและระบบความพึงพอใจเกิดการเปลี่ยนแปลงนำไปสู่ภาวะการติดสารเสพติดได้ในที่สุด สารเสพติดถูกกฎหมาย เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ เป็นสาเหตุก่อให้เกิดโรคทางกายและจิต รวมถึงอุบัติเหตุและความรุนแรง อีกทั้งยังเป็นสารตั้งต้นที่เยาวชนอาจใช้ก่อนจะนำไปสู่การเสพยาเสพติดชนิดอื่นที่มีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะสารเสพติดผิดกฎหมายตามที่ได้ถูกกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ เช่น เมทแอมเฟตามีน กัญชา พืชกระท่อม เฮโรอีน เป็นต้น พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้ปรับปรุงโดยการอนุญาตให้ใช้กัญชา และพืชกระท่อม ซึ่งเป็นยาเสพติดประเภทที่ห้าตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ ให้มาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และการศึกษาวิจัยได้ นโยบายดังกล่าวอาจทำให้เกิดผลกระทบทางสังคมด้านอื่นตามมา ทั้งทางด้านบวกและลบ เช่น อาจช่วยลดการติดยาหรือลดการมองว่าผู้ที่ใช้สารเป็นคนที่ขี้มด ในขณะที่เดียวกันนโยบายที่เปลี่ยนไปอาจทำให้เด็กและเยาวชนรวมถึงประชาชนทั่วไปมองไม่เห็นโทษที่ยังมีอยู่ของสาร และนำไปเสพเพื่อความรื่นเริงมากขึ้นเนื่องจากมองเห็นแต่ประโยชน์ของสาร การเฝ้าระวังและการทำวิจัยเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงวิชาการด้านสารเสพติดจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งในปัจจุบัน

สถานการณ์ด้าน “supply” หรือ อุปทานของปัญหาสารเสพติดภายในประเทศในปัจจุบัน ยังอยู่ในระดับที่ทำให้เกิดปัญหาเนื่องจากยังทำให้ประชาชนมีการเข้าถึงสารเสพติดได้โดยง่าย ส่วนสถานการณ์ในด้าน “demand” หรืออุปสงค์มีแบบแผนที่ปรับเปลี่ยนไป โดยผู้ใช้สารเสพติดในปัจจุบันหากถูกจับกุมจะได้รับการบำบัดรักษาก่อน หากไม่ได้กระทำความผิดทางอาญาอื่น และบางส่วนหากถูกจับกุมซ้ำ อาจจำเป็นต้องได้รับโทษ ทั้งนี้ จำนวนคดีและผู้ต้องหาที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดในช่วงหลังมีแนวโน้มลดลงทุกปี สอดคล้องกับมาตรการในปัจจุบันที่ต้องการให้ผู้ที่ใช้หรือติดสารเสพติดได้รับการบำบัดรักษามากกว่าการได้รับโทษทางอาญา โดยผู้ถูกจับกุมสามารถเข้าสู่ระบบบำบัดรักษาได้โดยสมัครใจ ทำให้จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจเพิ่มสูงขึ้นเป็นสัดส่วนสูงราวครึ่งหนึ่งของผู้รับการบำบัดทั้งหมด

รองลงมาในระดับใกล้เคียงกัน คือ ระบบบังคับบำบัด ส่วนผู้เข้าสู่ระบบต้องโทษ จะอยู่ในสัดส่วนที่น้อยที่สุด จากการสำรวจพบว่า กลุ่มผู้เสพยาใหม่มีสัดส่วนลดลงเหลือประมาณ ๓ ใน ๕ คน จากเดิมเมื่อ ๑๐ ปีที่ผ่านมา ที่มีอยู่ประมาณ ๔ ใน ๕ คน แต่พบว่ากลุ่มเด็กอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๘.๖ เป็นร้อยละ ๒๑.๔ โดยครึ่งหนึ่งกำลังเรียนอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มสารเสพติดที่ใช้เพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุนี้นี้คือ กัญชา พืชกระท่อม และเฮโรอีน นอกจากนี้ พบแนวโน้มของการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายมากกว่าหนึ่งชนิดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีการประมาณการจำนวนผู้ติดสารเสพติดในปีหนึ่งสูงถึงประมาณ ๗๐,๐๐๐ คน ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพอื่นที่ร้ายแรง เช่น การติดเชื้อ รวมถึงการใช้สารเกินขนาดถึงแม้ว่าจะมีความพยายามทุ่มเทในการดำเนินงานทั้งปราบปราม ป้องกัน และควบคุมปัญหาสารเสพติด ปัญหาสารเสพติดยังจัดเป็นปัญหาใหญ่ที่ยังคงรอรับการแก้ไข อุปสรรคสำคัญที่ทำให้ยังแก้ไขปัญหายาเสพติดไม่ได้ อาจเนื่องจากความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางแก้ไข เช่น ผู้ออกนโยบายอาจมีความคิดที่ว่าปัญหาสารเสพติดเป็นปัญหาที่ไม่ซับซ้อนที่สามารถจัดการให้หมดไปได้ด้วยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง ขณะเดียวกัน งานด้านสารเสพติดในปัจจุบันดำเนินการโดยหน่วยงานหลายสังกัด แต่ยังขาดความเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ หรือแนวคิดที่ว่างงานป้องกันและควบคุมปัญหาสารเสพติดควรต้องอยู่ในกรอบรับผิดชอบของราชการ ทำให้รัฐต้องเป็นผู้แก้ไขจัดการทุกอย่างไม่ว่าจะเป็นงานด้านการป้องกันโดยกระทรวงศึกษาธิการ งานด้านปราบปรามโดยกระทรวงยุติธรรม งานด้านการบริหารจัดการ





ในท้องถิ่นโดยกระทรวงมหาดไทย หรืองานบำบัดรักษาโดยกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประชาชน ชุมชน และประชาสังคมควรได้รับการสนับสนุนให้เข้าไปมีส่วนร่วมทำงานแก้ไขปัญหาสารเสพติดในทุกด้าน นอกจากนี้การวางนโยบายหรือมาตรการการแก้ไขปัญหามบางประการไม่ได้อิงกับหลักฐานทางวิชาการหรือข้อมูลเชิงประจักษ์ ระบบข้อมูลที่มีอยู่ไม่ได้ถูกนำไปใช้เป็นพื้นฐานในการกำหนดนโยบายหรือในการประเมินผลลัพธ์ของนโยบาย โดยอาจอิงแต่เพียงความเห็นส่วนบุคคลที่นำข้อมูลที่ไม่ครอบคลุมอย่างรอบด้านมานำเสนอ ผู้กำหนดนโยบายอาจไม่เห็นความสำคัญของการใช้หลักฐานทางวิชาการ ส่วนในภาคนักวิชาการเองก็ยังขาดความเข้มแข็งเพียงพอที่จะชี้แนะภาครัฐหรือประชาชนให้เดินไปในทิศทางเดียวกันโดยอิงข้อมูลวิชาการที่ได้มาตรฐาน ยังไม่มีหน่วยงานหรือองค์กรที่ดูแลและวางกรอบการพัฒนาทางวิจัย/วิชาการด้านสารเสพติดที่เป็นองค์รวม ทำให้การทำงานวิจัยเกิดความซ้ำซ้อน หรือขาดหายไปในบางประเด็น หรือไม่เกิดการจัดสรรงบประมาณวิจัยอย่างเหมาะสมในระดับประเทศ ส่วนในด้านนการบำบัดรักษา ยังมีบุคลากรด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการจัดการปัญหาจึงมีผู้ได้รับการบำบัดจำนวนมากได้รับการบำบัดจากผู้ที่ไม่ได้มีความเชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษาหรือบำบัดรักษา และชุมชนเองไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจากการขาดประสบการณ์และขาดที่ปรึกษาในการเริ่มงาน

อย่างไรก็ตาม ภาคประชาสังคมเองอาจมีการดำเนินการทำให้มีผลงานทั้งในเชิงงานวิจัยและงานบำบัดรักษา/ลดอันตรายแต่ยังขาดการส่งผ่านผลงานถึงภาครัฐ รวมไปถึงการดำเนินงานตามมาตรการหรือนโยบายส่วนใหญ่ยังขาดการประเมินผลลัพธ์และผลกระทบที่เป็นระบบ ทำให้ไม่เกิดการทบทวนผลงานและปรับเปลี่ยนกระบวนการ ดังเช่น งานการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันปัญหาการเสพยาเสพติดแก่เยาวชน ซึ่งมีตัวเลขกิจกรรมได้ตามเป้า ทั้งนี้ ประชาชนทั่วไปในสังคมมีทัศนคติเชิงลบต่อปัญหาสารเสพติดและอาจมองเป็นเรื่องไกลตัว โดยมองว่าเป็นหน้าที่ของภาครัฐ ทำให้ขาดกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหา และท้ายสุดคือผลกระทบจากต่างประเทศซึ่งนำเอาวัฒนธรรมต่างชาติเข้ามา เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตและค่านิยมทางสังคม มีผลกระทบต่อภูมิคุ้มกันและบรรทัดฐานทางสังคมต่อปัญหาสารเสพติดและพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ของเด็กและเยาวชนไทย

จากปัญหาข้างต้น ชี้ให้เห็นส่วนหนึ่งว่าการพัฒนานโยบายหรือมาตรการแบบมีส่วนร่วม โดยอาศัยข้อมูล/หลักฐานทางวิชาการจัดเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการวางนโยบายให้ถูกทิศทางและให้ผลที่ยั่งยืน อย่างไรก็ตาม งบประมาณด้านวิชาการงานที่เกี่ยวกับสารเสพติด ในรูปแบบการพัฒนาเป็นระบบลดลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้งานวิชาการด้านสารเสพติดเกิดการชะงักงัน ทั้งนี้ การแก้ไขปัญหายุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ สสส. จัดได้ว่าเป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพสูง และได้ใช้ในการดำเนินการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเอาชนะปัญหาสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วยยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา โดยอาศัยการทำงานสอดประสานกันระหว่างภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาควิชาการ

๒.๑ สถานการณ์ปัญหาสารเสพติดและพฤติกรรมเสพติดในเด็กและเยาวชน

จากผลการสำรวจครัวเรือนเพื่อประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดผิดกฎหมายในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๙ ประชากรไทยอายุระหว่าง ๑๒ - ๖๕ ปี โดยเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติดพบว่า ความชุกของการเคยใช้สารเสพติดผิดกฎหมายในช่วงชีวิตในเยาวชนอายุ ๑๒ - ๑๙ ปี สูงถึงราวร้อยละ ๖.๖ และในเยาวชนอายุ ๒๐ - ๒๔ ปี สูงถึงร้อยละ ๙.๗ ยังคงมีการใช้สารในปัจจุบัน (ใช้อย่างน้อย ๑ ครั้งในปีที่ผ่านมาของการสำรวจ) ประมาณร้อยละ ๒ และมีการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายใน ๓๐ วันที่ผ่านมาของเด็กและเยาวชนราวร้อยละ ๑ โดยกลุ่มอายุที่ยังคงมีการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายเป็นประจำ (ใช้อย่างน้อย ๒๐ วัน ในหนึ่งเดือน)

สูงที่สุดคือ กลุ่มเยาวชนอายุ ๒๐ - ๒๔ ปี ซึ่งมีการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายเป็นประจำร้อยละ ๐.๘ นอกจากนี้จากการสำรวจทางระบาดวิทยาด้านสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ใน พ.ศ. ๒๕๕๖ โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไป พบสารเสพติดที่ประชากรไทยใช้มากที่สุดในช่วงชีวิตคือ กัญชา โดยเมื่อแบ่งตามกลุ่มอายุจะพบว่าสัดส่วนการใช้สารเสพติดตลอดชีพไม่ว่าจะเป็นกัญชาหรือเมทแอมเฟตามีนได้สูงสุดในเยาวชนอายุ ๑๘ - ๒๔ ปี และผู้ใหญ่ตอนต้นอายุ ๒๕ - ๓๔ ปี โดยมีการใช้กัญชาในกลุ่มอายุดังกล่าวประมาณร้อยละ ๑๒ และพบการใช้เมทแอมเฟตามีนอยู่ที่ประมาณร้อยละ ๑๑ สำหรับกลุ่มอายุที่มีพฤติกรรมการติดสารเสพติดผิดกฎหมายตลอดชีพสูงที่สุด คือ ผู้ใหญ่ตอนต้นอายุ ๒๕ - ๓๔ ปี พบสูงถึงร้อยละ ๗.๖ รองลงมาคือ กลุ่มเยาวชนอายุ ๑๘ - ๒๔ ปี ตามลำดับ โดยข้อมูลจากสถานบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติด พบจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาที่เป็นเด็กและเยาวชนในสัดส่วนที่สูงเช่นกัน ดังเช่นใน พ.ศ. ๒๕๖๑ ที่ผ่านมา พบจำนวนเด็กและเยาวชนที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) ที่มีอายุระหว่าง ๑๕ - ๑๙ ปี และอายุ ๒๐ - ๒๔ ปี จำนวนสูงถึงร้อยละ ๑๒.๕ และ ๑๘.๐ ตามลำดับของผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาทั้งหมด

๒.๒ กรอบแนวคิดการทำงานด้านสารเสพติดและพฤติกรรมเสพติดในเด็กและเยาวชน

เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางในปัจจุบันว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสพติดอย่างต่อเนืองนั้น มีทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยในครอบครัว ปัจจัยในกลุ่มเพื่อน และปัจจัยในสิ่งแวดล้อมชุมชน สิ่งเสพติดทำให้เกิดความพึงพอใจ เนื่องจากทำให้สมองหลั่งสารโดปามีน (dopamine) ไปกระตุ้นวงจรความพึงพอใจ (reward system) ที่อยู่ในสมองเหนี่ยวนำให้เกิดพฤติกรรมของการเสพติดที่พึงพอใจซ้ำๆ จนวงจรการเสพติดมีความแข็งแรงมากขึ้น วงจรดังกล่าวจัดเป็นกลไกอัตโนมัติในสมองที่ผลักดันให้เกิดพฤติกรรมการเสพติดที่พึงพอใจซ้ำๆ เข้าสู่ภาวะการเสพติดที่ต้องใช้ความพยายามและใช้ระยะเวลาในการแก้ไขปรับเปลี่ยนให้เลิกพฤติกรรมการเสพติด ทั้งนี้ National Institute on Drug Abuse (NIDA) ของสหรัฐอเมริกา มีมุมมองว่าการเสพติด เป็นความเจ็บป่วยแบบเรื้อรังและมีการกลับเป็นซ้ำได้ (chronic relapsing disease) อย่างไรก็ดีตาม เป็นภาวะที่สามารถแก้ไขฟื้นฟูได้ในระยะยาวเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังทางกายอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น จุดเริ่มต้นของพฤติกรรมการเสพติดมักเริ่มในช่วงเด็กและวัยรุ่น หากไม่มีการปรับเปลี่ยนวิถีคิดและพฤติกรรมให้ลดหรือหยุดการเสพติดที่ทำให้เสพติดลงในช่วงเวลาดังกล่าว พฤติกรรมดังกล่าวจะสามารถพัฒนาต่อไปสู่ภาวะการติดและพึ่งพิงสารเสพติดได้มากที่สุด การป้องกันและแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการเสพติดตั้งแต่แรกในช่วงที่บุคคลยังอยู่ในวัยเด็กและเยาวชน จึงจัดเป็นแนวทางที่ควรจัดให้มีการดำเนินการและเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล

ในแผนปฏิบัติการป้องกัน ปรามปราม และบำบัดรักษายาเสพติด ปี ๒๕๖๒ ของสำนักงาน ป.ป.ส. ได้เสนอแผนงานด้านการป้องกันไว้ ๒ ยุทธศาสตร์สำคัญ คือ การป้องกันกลุ่มผู้มีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ซึ่งเน้นการส่งเสริมให้เกิดภูมิคุ้มกันในกลุ่มเด็กปฐมวัย ป้องกันเด็ก เยาวชน และกลุ่มผู้ใช้แรงงานที่มีความเสี่ยงของปัญหาและการสร้างสภาพแวดล้อมปลอดภัยเพื่อป้องกันยาเสพติดซึ่งเน้นการสร้างหรือปรับสภาพแวดล้อมโดยมุ่งระบบนิเวศทางสังคมของกลุ่มเด็กและเยาวชน เพื่อให้เกิดระบบที่สนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด โดยการบูรณาการผ่านแผนงาน โครงการ หน่วยงานในทุกระดับ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม แม้จะมีกรอบแนวคิด/ยุทธศาสตร์ที่ระบุทิศทางและเป้าหมายที่ชัดเจน แต่การขับเคลื่อนให้เกิดยุทธวิธีที่ได้ผลอย่างยั่งยืนนั้น จำเป็นจะต้องมีการศึกษามาตรการต่างๆ เพื่อยืนยันยืนยันความเป็นไปได้และผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมที่สามารถสะท้อนรายละเอียดเชิงปฏิบัติในบริบทของไทยได้อย่างชัดเจน และสามารถนำไปขยายผลได้ นอกจากนี้



สหประชาชาติ โดยสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime : UNODC) ได้ทบทวนงานวิจัยด้านการป้องกันปัญหาเสพติดในบริบทต่างๆ และจัดหมวดหมู่ไว้เพื่อให้ประเทศภาคีสมาชิกสามารถพิจารณานำไปปรับใช้ในประเทศของตนโดยจัดทำเป็น The UN International Standards on Drug Use Prevention พบว่า มีหลักฐานงานวิจัยจำนวนมากแสดงว่า “ยาเสพติดป้องกันได้” โดยมีการรายงานมาตรการต่างๆ ที่ใช้ต่อเด็กตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาที่ใช้ยาเสพติด เมื่อเป็นเด็กปฐมวัย เมื่อเป็นเด็กโตเข้าโรงเรียน และเป็นวัยรุ่น รวมถึงมาตรการที่ให้การสนับสนุนครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และสถานประกอบการ

มาตรการสำคัญที่ได้ผลดีและยั่งยืนในการป้องกันปัญหาเสพติดในทุกช่วงอายุตามข้อเสนอแนะของ UNODC นี้ คือ การใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย (Community-based multi-component initiatives) ซึ่งเป็นการดำเนินการในรูปแบบที่อยู่ในชุมชนนั่นเอง มาตรการนี้แม้จะถือเป็นมาตรการที่สำคัญและให้ผลดีอย่างยั่งยืน แต่การมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายนี้ ย่อมไม่สามารถเกิดขึ้นได้เองและอยู่ได้อย่างยั่งยืน การศึกษาตัวอย่างในระดับชุมชนทั้งในชนบทและในเมือง พบว่า การดำเนินการตามมาตรการนี้ต้องการผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่เข้มแข็ง มีทีมงานที่ดี มีความเข้าใจในสภาพปัญหาในพื้นที่อย่างแท้จริง มีการสื่อสารในชุมชนอย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอ มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างภาครัฐและชุมชน ทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด ปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งที่ทำลายความสามารถของหน่วยงานของรัฐว่าจะสามารถพัฒนาความเชื่อถือว่าไว้วางใจจากพื้นที่และชุมชนได้ดีเพียงใด อย่างไรก็ตาม รายงานต่างๆ แทบทั้งหมดเป็นรายงานการศึกษาในประเทศที่พัฒนาแล้ว จึงจำเป็นต้องมีการวิจัยในประเทศกำลังพัฒนาเพิ่มขึ้น เพื่อให้ได้ผลสรุปต่างๆ ที่สามารถนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบททางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมของไทย

บทบาทหน่วยงานของรัฐในประเทศไทยมีหน่วยงานของรัฐแทบทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของประเทศ โดยกระทรวงที่มีบทบาทสำคัญได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงยุติธรรม และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ วิธีการดำเนินงานโดยกลไกของรัฐมีการกำหนดกฎหมาย ระเบียบและคำสั่งต่างๆ ตั้งต้นจากระดับนโยบายที่จะมีการสั่งการลดหลั่นลงมาตามแนวการบริหารจัดการของแต่ละหน่วย จึงมักเป็นการดำเนินงานที่อาศัยกรอบงานของหน่วยงานตนเป็นหลัก และมีแนวทางการบริหารจัดการและความเข้าใจในงานป้องกันแก้ไขปัญหาก็แตกต่างกัน อีกทั้งอาจขาดโอกาสในการสร้างสัมพันธภาพข้ามหน่วยงานและอาจขาดเป้าหมายและวิธีการดำเนินงานที่สอดคล้องเชื่อมโยงกันอย่างต่อเนื่อง ทำให้บางครั้งเกิดการดำเนินงานที่ซ้ำซ้อนและไม่สามารถบูรณาการงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานได้ นอกจากนี้ ยังมีบทบาทของภาคประชาสังคมที่สามารถนำมาใช้ในการทำงานด้านยาเสพติดโดยเฉพาะในเด็กและเยาวชน โดยภาคประชาสังคมจะมีลักษณะเด่น คือ การไม่แสวงหากำไร และมีเป้าหมายที่ชัดเจน โดยมีความยืดหยุ่นในการดำเนินงานและไม่ติดกรอบของกฎระเบียบเหมือนหน่วยงานของรัฐ ทำให้สามารถทำงานร่วมกับครอบครัว ชุมชน และภาคส่วนต่างๆ ได้ง่าย ภาคประชาสังคมจึงสามารถเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงในการติดสารเสพติดได้ดีกว่า ได้รับความไว้วางใจง่ายกว่า จึงถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ช่วยเชื่อมช่องว่างระหว่างหน่วยงานของรัฐและประชาชนในการพัฒนางานป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยเฉพาะในระดับพื้นที่ชุมชน อย่างไรก็ตาม ภาคประชาสังคมที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐยังมีจำนวนน้อยในประเทศไทย โดยส่วนใหญ่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากเอกชนหรือองค์กรอิสระจากทั้งในและต่างประเทศ อาจทำให้ขาดการดำเนินงานที่ต่อเนื่องได้



จุดเน้นของแผน

๑. พัฒนาระบบนโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมายเพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- ๑.๑ สนับสนุนการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๗๐
- ๑.๒ เพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในการบังคับใช้กฎหมาย เพื่อเร่งอัตราการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาทิ การควบคุมและจำกัดการเข้าถึง การควบคุมพฤติกรรมการขับขี่หลังการดื่ม การควบคุมการโฆษณาส่งเสริมการขาย การขึ้นราคาผ่านระบบภาษี การเฝ้าระวังการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านออนไลน์ การเฝ้าระวังการเจรจาการค้าเสรี เช่น ข้อตกลงความเข้าใจและความคืบหน้าเพื่อหุ้นส่วนข้ามแปซิฟิก (Comprehensive and Progressive Agreement for Trans-Pacific Partnership : CPTPP) การศึกษาทบทวนและพัฒนามาตรฐานเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย และการตรวจเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย/เรื่องร้องเรียน รวมทั้งการประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและปราบปรามการกระทำผิดพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑
- ๑.๓ สนับสนุนให้เกิดการสร้างกลไกการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับจังหวัด เพื่อเป็นการจัดการปัญหาภายในพื้นที่ เช่น การสนับสนุนการออกนโยบายระดับชุมชน พื้นที่/จังหวัด และท้องถิ่น เพื่อเป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนให้เกิดผลเชิงระบบ รวมถึงการสนับสนุนให้ใช้สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัดมาเป็นข้อมูลสำคัญในการจัดทำแผนปฏิบัติการระดับจังหวัดต่อไป
- ๑.๔ เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินการตรวจเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายตามเรื่องร้องเรียน โดยการสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและภาคส่วนต่างๆ ตลอดจนการสร้างการมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเร่งอัตราการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๒. การพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- ๒.๑ สนับสนุนการจัดการข้อมูลทางวิชาการ เพื่อสร้างองค์ความรู้ในด้านผลกระทบจากมาตรการและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับปัญหาอันเกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๒.๒ พัฒนางานวิจัย งานวิชาการ รวมถึงองค์ความรู้ที่จำเป็นและมีผลต่อการดำเนินงานขับเคลื่อนเชิงนโยบาย (evidence-based policy) และการขับเคลื่อนของภาคีเครือข่ายรณรงค์ ด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปสื่อสารเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนค่านิยมของสังคม รวมทั้งสร้างความตระหนักในเรื่องการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-๑๙ อันมีผลมาจากการลดบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๒.๓ สนับสนุนการเผยแพร่องค์ความรู้ ให้เกิดการสื่อสารเชิงรุกเพื่อสร้างบรรทัดฐานสังคม สร้างความรู้เท่าทันทิศทางการตลาดธุรกิจแอลกอฮอล์ ชี้ให้เห็นว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสินค้าไม่ธรรมดา (de-normalization) รวมถึงมีการสร้างงานวิจัยในการตอบโต้ธุรกิจแอลกอฮอล์เรื่องการตลาดที่ขาดความรับผิดชอบ โดยเฉพาะตลาดออนไลน์



- ๒.๔ สนับสนุนให้เกิด “การพัฒนา รูปแบบและวิธีการประเมินผล” ที่มีประสิทธิภาพโดยเน้นการประเมินผลลัพธ์ในเชิงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของสังคมไทย เพื่อชี้ให้เห็นว่า เมื่อเกิดปัญหาเรื่องโควิด-๑๙ และมีการประกาศห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น สามารถสร้างผลกระทบในเชิงบวกและเชิงลบได้อย่างไร เช่น ประโยชน์จากการหยุดซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เศรษฐกิจในครัวเรือนที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร สามารถดึงประเด็นเรื่องการใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นมาใช้ในการขับเคลื่อน เพื่อยกระดับการรับรู้ถึงการ ลด ละ เลิก การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๒.๕ พัฒนาเชื่อมโยงความร่วมมือด้านข่าวสาร การพัฒนาบุคลากร และการชี้แนะนโยบายทั้งในประเทศและระดับสากลกับองค์กรวิชาการสากล เชื่อมการทำงานด้านยุทธศาสตร์โลกในการลดอันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนประสานสนับสนุนให้มีเวทีในระดับสากลทั้งด้านนโยบายวิชาการ รู้เท่าทันทิศทางตลาดธุรกิจแอลกอฮอล์

๓. การพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- ๓.๑ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนา รูปแบบกิจกรรมการรณรงค์และมาตรการใหม่ๆ โดยเฉพาะ “มาตรการชุมชน” ที่สามารถเข้าถึงและสอดคล้องเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน กลุ่มอาชีวศึกษา ผู้หญิง ผู้ชาย/ผู้ที่อยู่ในชนบท กลุ่มผู้มีเศรษฐกิจฐานะต่ำ กลุ่มผู้ใช้แรงงาน
- ๓.๒ สนับสนุนให้เกิด “การขยายเครือข่ายนักรณรงค์” อย่างต่อเนื่อง อาทิ เครือข่ายคนหัวใจหิน (คนงดเหล้าครบพรรษา) คนเลิกเหล้าตลอดชีวิต (คนหัวใจเพชร) เครือข่ายนายอำเภอนักรณรงค์ เพื่อเป็นผู้นำในการสื่อสารให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในการลด ละ เลิก พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสนับสนุนนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๓.๓ สนับสนุนการดำเนินงานของชุมชนด้วยรูปแบบ “ชุมชนเสริมภูมิคุ้มกัน สู้ภัยโควิด-๑๙” ด้วยการรณรงค์สื่อสารกับประชาชนให้ตระหนักและป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ โดยแกนนำคนเลิกเหล้าจะเฝ้าระวังภัยในพื้นที่ต่างจังหวัด เสริมกำลังหน่วยงานท้องถิ่น อบจ. อบต. รพ.สต. และ อสม. ในแต่ละพื้นที่ เน้นให้ชุมชนรู้เท่าทันสถานการณ์โควิด-๑๙ และเสริมภูมิคุ้มกัน รวมถึงสร้างความร่วมมือกับนายอำเภอ นักรณรงค์ ทำการลงติดตามผู้ดื่มแบบเสี่ยงสูงและติดสุรา เพื่อกระตุ้นให้พื้นที่ระดับอำเภอใช้ออกาสที่คนสนใจปัญหาสุขภาพในชุมชน ช่วยกันดูแลคนติดสุรา และยกระดับช่วยกันแก้ปัญหา ร่วมสร้างสังคมไม่ทิ้งกันบนฐานเศรษฐกิจชุมชน เน้นการดูแลตนเองและวิธีประหยัดค่าใช้จ่ายต่างๆ
- ๓.๔ สนับสนุนให้เกิดการติดตามเฝ้าระวังธุรกิจ การปรับตัวของธุรกิจ ความรับผิดชอบต่อสังคมของธุรกิจ/ผู้ประกอบการ โดยเฉพาะ “การตลาดออนไลน์” ซึ่งถือเป็นช่องทางการตลาดที่สำคัญของกลุ่มอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่จะทำให้เกิดกลุ่มผู้ดื่มมากยิ่งขึ้น ดังนั้น การดำเนินการเฝ้าระวังธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงมีเน้นการจับตาธุรกิจแอลกอฮอล์ที่ทำการตลาดโฆษณาออนไลน์และการจัดส่งแอลกอฮอล์แบบเดลิเวอรี่ให้มากยิ่งขึ้น
- ๓.๕ สนับสนุนให้เกิดมาตรการบางอย่างที่แข็งแกร่งขึ้น เช่น “การห้ามขายในช่วงวันและเวลาที่กำหนด” โดยใช้สถานการณ์โควิด-๑๙ เป็นตัวกระตุ้นและผ่านเครื่องมือการดำเนินงานคือ พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ๒๕๕๑ เป็นการจำกัดช่วงเวลาการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อไม่ให้เข้าถึงผู้ดื่มมากเกินไป เน้นการกำหนดวันและช่วงเวลาให้ส่งถึงผู้บริโภคที่ชัดเจนขึ้น โดยการทำข้อมูล



ทางวิชาการและทางสถิติ มาเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ให้เห็นว่าการห้ามขายในช่วงเวลา นำไปสู่ การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างไร เช่น มาตรการบางอย่างที่แข็งแกร่งในช่วงเทศกาลสงกรานต์ และช่วงสถานการณ์โควิด-๑๙ นั้น ทำให้สถิติบางอย่างดีขึ้นและบางอย่างลดลงอย่างไร

- ๓.๖ สนับสนุนให้หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องกับงานเทศกาล งานบุญประเพณี เป็นเจ้าภาพหลัก ในการขับเคลื่อนให้เกิดผลเชิงระบบ เพิ่มการทำงานแบบ New normal เพื่อ “พัฒนาโมเดล การจัดงานแบบ SMS (Small Meaning Safety)” คือ การจัดงานที่เล็ก มีความหมาย มีความปลอดภัย โดยเน้นการปรับกิจกรรมด้วยการร่วมพัฒนานโยบายสาธารณะและการสร้างการมีส่วนร่วมกับเจ้าภาพ เช่น เทศบาล อบต. และชุมชนเพื่อการพัฒนาแนวทางที่ยังคงสื่อสาร การสร้างค่านิยมที่เหมาะสมในงานบุญประเพณีประจำท้องถิ่น พัฒนานโยบายสาธารณะ ที่เหมาะสมกับการจัดงานที่ปลอดภัย ควบคู่กับการสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักรู้ต่อปัญหา ที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนการรู้เท่าทันธุรกิจแอลกอฮอล์ที่ปรับกลยุทธ์ การตลาดอยู่เสมอ
- ๓.๗ สนับสนุนให้มีทุนอุปถัมภ์ในเด็กและเยาวชนด้วยแนวทาง “งานเยาวชนงดเหล้า” คือ การส่งเสริมให้ เด็กและเยาวชน มีกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์เพื่อก่อให้เกิดการลด ละ เลิกที่จะดื่ม ด้วยแนวทาง การเสริมสร้างกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของเยาวชนผ่านกิจกรรมออนไลน์ และสนับสนุนให้ เยาวชนมีกิจกรรมช่วยเหลือสังคม เพื่อเป็นการส่งเสริมและพัฒนาการทำงานของเยาวชน ในระยะยาวต่อไป

๔. การพัฒนารูปแบบและระบบบริการเลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- ๔.๑ พัฒนางานวิชาการเพื่อสนับสนุนการเพิ่มการเข้าถึงบริการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ตลอดจน การนำเสนอต่อผู้กำหนดนโยบาย ขยายการเข้าถึงบริการช่วยเหลือการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้มากขึ้น
- ๔.๒ สนับสนุนองค์ความรู้และพัฒนาเครื่องมือการให้คำปรึกษา การคัดกรอง การรักษาผู้มีปัญหา จากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง
- ๔.๓ สนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วม ให้เกิดการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา โดยสนับสนุนให้ชุมชน วัด และบุคลากรสุขภาพในระดับพื้นที่ (รพ.สต./อสม.) เข้ามามีส่วนร่วมในการชวน/ช่วยให้เลิก การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๕. สนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

- ๕.๑ สนับสนุนการพัฒนางานวิชาการ งานวิจัย และต่อยอดองค์ความรู้ รวมทั้งเชื่อมโยงประสานภาคี นักวิจัย นักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหารขององค์กรทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมเพื่อ การผลักดันนโยบายการป้องกัน ดูแลและแก้ไขปัญหายาเสพติด (Policy-Driven Research) รวมไปถึงการจัดการข้อมูลให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายอย่างเท่าเทียมกัน
- ๕.๒ เชื่อมประสานเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและพัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ รวมไปถึง การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนให้มากยิ่งขึ้น โดยการพัฒนากลไกการมีส่วนร่วม ในระดับต่างๆ เช่น ในระดับพื้นที่ท้องถิ่น และเครือข่ายภาคประชาชนในการขับเคลื่อนงานป้องกัน ดูแล และแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง



- ๕.๓ สนับสนุนให้มีกลไกภาคประชาสังคมในการรณรงค์และสื่อสารสู่สาธารณะ สร้างกระแสสังคม เพื่อสร้างความตระหนักรู้ทันต่อปัญหาเสพติด และสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ตลอดจนการเพิ่มโอกาสของสังคมในการยอมรับผู้เสพยาเสพติด ดูแลให้กลับไปเสพซ้ำ โดยเน้นการพัฒนาแพลตฟอร์ม (Platform) ที่เข้าถึงประชาชนทั้งทางตรง และการสร้างการรับรู้ที่ต่อเนื่องโดยมุ่งเน้นไปที่ Social Media Platform เป็นหลักตามบริบทสังคมปัจจุบัน

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

๑. ลดอัตราการติดยาเสพติดและลดโอกาสของประชาชนไทย และป้องกันนักเสพหน้าใหม่

วัตถุประสงค์รอง

๑. พัฒนาระบบข้อมูล องค์ความรู้และการจัดการความรู้ที่จำเป็น เพื่อการควบคุมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๒. พัฒนาให้เกิดมาตรการ สิ่งแวดล้อม นโยบายและกฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสนับสนุนให้เกิดการบังคับใช้นโยบายและกฎหมายที่มีอยู่
๓. พัฒนาเครือข่ายการมีส่วนร่วมจากประชาชนและองค์กรต่างๆ ในการสื่อสารและสร้างการรับรู้ ความตระหนักในสังคมและในประชาชนกลุ่มต่างๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนค่านิยมในสังคม และการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๔. พัฒนารูปแบบและบริการเลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพ
๕. พัฒนาให้เกิดเครือข่าย องค์ความรู้ ฐานข้อมูล และการจัดการความรู้ที่จำเป็น เพื่อสนับสนุนการป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติด



เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เกิดนโยบายสาธารณะใหม่ที่ส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพของมาตรการการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาทิ แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๗๐ ตลอดจนนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมการสร้างวัฒนธรรมการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงาน/กิจกรรมต่างๆ
๒. เกิดองค์ความรู้จากการวิจัยที่จำเป็นสำหรับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยจำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง โดยมีการสื่อสารงานวิจัยสำคัญในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อสาธารณะผ่านช่องทางต่างๆ อย่างน้อยปีละ ๓ ครั้ง และมีเวทีระดับชาติทุกปี

๓. เกิดการรับรู้และตระหนักถึงประเด็นการลด ละ เลิก การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้นในประชากรไทย อย่างน้อย ๒ ประเด็น โดยมีจำนวนชิ้นข่าวที่ได้รับการเผยแพร่ต่อสื่อมวลชนผ่านสื่อหนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ และอินเทอร์เน็ต
๔. เกิดองค์ความรู้และการจัดการความรู้ด้านการป้องกัน บำบัด รักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้เสพสารเสพติด ที่จำเป็น เช่น การป้องกันและจัดการปัญหาสารเสพติดในระดับชุมชน ความรู้และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการใช้กัญชาเสรีในต่างประเทศ ทศนคติและการรับรู้ ของประชาชนและสังคมไทยต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์โดยมีการนำไปใช้ประโยชน์ในการสนับสนุน นโยบายสาธารณะ ตลอดจนการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องต่อสังคม

ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

๑. บูรณาการการทำงานกับแผนควบคุมยาสูบ (แผน ๑) และกลุ่มแผนงานลดปัญหาจากการพนัน (แผน ๓) เพื่อมุ่งพัฒนาให้เกิดคู่มือ “วัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยง” (Model) ทั้งการลดปัญหาการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการลดปัญหาจากการพนัน
๒. สื่อสารให้เครือข่ายเยาวชน เข้าถึงและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในประเด็นการลด การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างน้อย ๑,๐๐๐ คน



แนวทางการดำเนินงานและการบูรณาการ

ประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การขับเคลื่อนสังคมและการพัฒนานโยบายให้เชื่อมโยงและสนับสนุน กันอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

๑. เชื่อมโยงภาคีหลักที่เกี่ยวข้องในแต่ละประเด็นเพื่อสร้างเป้าหมายร่วมในด้านการควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์และการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด ตลอดจนการเชื่อมร้อยการทำงานเพื่อเสริมพลัง ซึ่งกันและกัน ได้แก่ พลังนโยบาย พลังปัญญา และพลังสังคม เพื่อสร้างการมีสุขภาวะที่ดี
๒. พัฒนาฐานข้อมูลเชิงวิชาการและจัดการความรู้เพื่อใช้ประโยชน์ในการผลักดันงานควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์และการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด ตลอดจนเพื่อการสนับสนุนงานรณรงค์ การขับเคลื่อน เชิงนโยบายและการติดตามและประเมินผล
๓. พัฒนาและผลักดันนโยบายสาธารณะและสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายโดยการสร้างการมีส่วนร่วม ของชุมชน สังคม ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม และ ประชาชน
๔. พัฒนาต้นแบบ นวัตกรรมหรือรูปแบบการดำเนินงานใหม่ๆ ที่ช่วยลดอัตราการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์และปัญหาจากการใช้ยาเสพติด รวมถึงรณรงค์สร้างกระแสสังคมเพื่อสร้างความตระหนัก ต่อปัญหาและสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ และยาเสพติด ผ่านช่องทางการสื่อสาร และการทำงานของภาคีเครือข่ายต่างๆ
๕. ขยายการเข้าถึงบริการช่วยเหลือการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งในและนอกระบบบริการสาธารณสุข
๖. เชื่อมโยงการทำงานด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดร่วมกับแผนอื่นๆ ใน สสส.

กลุ่มแผนงาน

แผนควบคุมเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ประกอบด้วย ๖ กลุ่มแผนงาน ซึ่งแต่ละกลุ่มแผนงาน มีภารกิจโดยสังเขป ดังนี้

กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมายเพื่อการควบคุมเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์

๑. สนับสนุนการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๗๐ โดยสนับสนุนให้เกิดการเชื่อมประสานภาคี ๓ พลัง ร่วมดำเนินการ เน้นการสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อสนับสนุนแนวปฏิบัติต่างๆ ตลอดจนการขยายการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ
๒. ดำเนินงานตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ ให้มีผลบังคับใช้และสนับสนุนการดำเนินการต่างๆ เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติ อาทิ การจัดประชุม คณะกรรมการนโยบายแอลกอฮอล์แห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ คณะกรรมการควบคุมเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์จังหวัด และคณะอนุกรรมการควบคุมเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์จังหวัด เน้นให้เจ้าพนักงานผู้รับผิดชอบ โดยเฉพาะระดับจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีบทบาทในการบังคับใช้กฎหมายเพื่อให้พระราชบัญญัติได้นำไปบังคับใช้ในพื้นที่ย่างจริงจัง การดำเนินการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกลไกการบังคับใช้กฎหมาย ศึกษาทบทวนและพัฒนามาตรฐานการเฝ้าระวังการกระทำ ความผิด รวมถึงพัฒนาระบบเฝ้าระวังการทำการตลาดและการขายเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ผ่านออนไลน์ ตลอดจนการสนับสนุนการเฝ้าระวังและบังคับใช้มาตรการตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติร่วมกับภาคประชาสังคม และขยายให้ประชาชนมีส่วนร่วมโดยเฉพาะอย่างยิ่งการบังคับใช้มาตรการกฎหมายห้ามขายเหล้าให้เด็กอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี และห้ามเด็กอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี ตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก
๓. สนับสนุนการพัฒนาโยบายสาธารณะ/มาตรการ รวมทั้งข้อเสนอในประเด็นต่างๆ ทั้งมาตรการด้านอุปสงค์ (Demand Side) ในการควบคุมปัญหาเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนการผลักดันนโยบายด้านอุปทาน (Supply Side) ร่วมกับมาตรการทางสังคมเพื่อควบคุมเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ อาทิ มาตรการภาพคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์เครื่องตี๋มแอลกอฮอล์การควบคุมการโฆษณา และการขายออนไลน์ มาตรการทางภาษี การห้ามจดทะเบียนตราสัญลักษณ์เครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ซ้ำกับผลิตภัณฑ์อื่น การจำกัดการออกใบอนุญาตในการผลิตและจำหน่ายเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ โดยเน้นการขยายการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
๔. สนับสนุนการผลักดันนโยบายในภาคปฏิบัติของพื้นที่หรือกิจกรรมห้ามตี๋มแอลกอฮอล์ เช่น สถานที่ท่องเที่ยวปลอดเหล้า บุญประเพณีปลอดเหล้า สวนสาธารณะปลอดเหล้า สถานที่ราชการปลอดเหล้า สถานศึกษาปลอดเหล้า รั้วน้องปลอดเหล้า เป็นต้น การสนับสนุนการดำเนินงานยุทธศาสตร์จังหวัดโดยคณะกรรมการควบคุมเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์จังหวัดร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด รวมถึงการสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการควบคุมเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ในท้องถิ่น โดยเฉพาะการประกาศเทศบัญญัติหรือนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์



กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร

สนับสนุนให้ศูนย์วิจัยปัญหาสุราทำหน้าที่

๑. พัฒนาองค์ความรู้และระบบข้อมูลที่เป็นต่อการดำเนินงานด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ความรู้ทางระบาดวิทยาของสถานการณ์ต่างๆ ความรู้เพื่อการสังเคราะห์นโยบาย ความรู้สำหรับการพัฒนานโยบายใหม่ที่สำคัญ ความรู้เพื่อสนับสนุนการสื่อสารเพื่อเปลี่ยนค่านิยมสังคม ความรู้เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติ เป็นต้น
๒. พัฒนาดันแบบการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งในเชิงโปรแกรม พื้นที่ และองค์กร
๓. พัฒนางานวิจัย/งานวิชาการที่มีผลต่อการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย การรณรงค์ และนำความรู้ที่ได้มาสื่อสารเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนค่านิยมของสังคม
๔. พัฒนารูปแบบและวิธีการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ
๕. การจัดประชุมวิชาการสุราระดับภูมิภาค/ชาติ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ให้กับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน
๖. พัฒนาเชื่อมโยงความร่วมมือด้านข่าวสาร การพัฒนาบุคลากร และการชี้แนะนโยบายทั้งในประเทศ และระดับสากลกับองค์กรวิชาการสากล เชื่อมการทำงานด้านยุทธศาสตร์โลกในการลดอันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนประสานสนับสนุนให้มีเวทีในระดับสากล ทั้งด้านนโยบาย วิชาการ รู้เท่าทันทิศทางการตลาดธุรกิจแอลกอฮอล์

กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

สนับสนุนให้สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้าเป็นศูนย์ประสานงานและขยายเครือข่ายการรณรงค์และประชาสัมพันธ์โดย

๑. เสริมความเข้มแข็งในการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคประชาชน ให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมสนับสนุนส่งเสริมให้การทำงานของคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัดมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายในมาตรการต่างๆ ที่ระบุในพระราชบัญญัติโดยเฉพาะมาตรการห้ามโฆษณาและการส่งเสริมการขาย การจำกัดอายุผู้ซื้อ พื้นที่ปลอดเหล้าตามกฎหมาย ให้มีผลบังคับใช้จริง ประสานกระทรวงการคลัง กระทรวงมหาดไทย กระทรวงยุติธรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพมหานคร และผู้กำหนดนโยบายต่างๆ ให้เกิดรูปธรรมที่ชัดเจนยิ่งขึ้นในทุกจังหวัด
๒. สนับสนุนการขยายและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเยาวชน ให้ครอบคลุมเยาวชนทุกระดับตั้งแต่ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา อุดมศึกษา นอกกระบวนการศึกษา และกลุ่มเสี่ยง อาทิ จัดกิจกรรมเยาวชนสร้างสรรค์สุขภาวะ รณรงค์สัมมาอาชีวะ (นำร่องเพิ่มพื้นที่ทางสังคมแก่อาชีวะบางแห่ง) ตลอดจนการค้นหาแนวทางทำงานเพื่อป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเยาวชน และเครือข่ายครอบครัวให้รู้ทันธุรกิจแอลกอฮอล์และเป็นแกนนำในการร่วมเฝ้าระวังทิศทางการตลาดธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พัฒนาแคมเปญรณรงค์และมาตรการเฉพาะกลุ่มเยาวชน เช่น การเชื่อมกับมาตรการกฎหมายห้ามขายให้เด็กอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี รวมถึงประสานแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว เพื่อขับเคลื่อนงานป้องกันปัญหาการดื่มในเด็กและเยาวชน



๓. การเฝ้าระวังกลยุทธ์ของธุรกิจแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะกลยุทธ์การตลาด “below the line” ที่ธุรกิจแอลกอฮอล์ใช้การสร้างการยอมรับในหมู่ประชาชน อาทิ ในด้านศิลปะวัฒนธรรม กีฬา แบริดในสินค้าอื่น สุขภาพ (ผลดี/ดีมีสติ) การแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม การแทรกในสื่อเฉพาะ ในสื่ออิเล็กทรอนิกส์ใหม่ๆ การให้เยาวชนร่วมขาย การตลาดระดับค้าเร่ ตลอดจนการพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังและตีแผ่กลยุทธ์ธุรกิจแอลกอฮอล์เพื่อให้สังคมรู้เท่าทัน และพัฒนาเครือข่ายชุมชนออนไลน์เพื่อสร้างกระแสผ่านระบบอินเทอร์เน็ต สร้างประเด็นและโอกาสอย่างต่อเนื่อง
๔. ขยายและพัฒนาเครือข่ายอื่นๆ ได้แก่ เครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบที่หลากหลาย และมีระบบการสนับสนุนช่วยเหลือจนสามารถพึ่งพาตนเองได้ เครือข่ายชุมชน ลด ละ เลิกเหล้า ยุติความรุนแรงในครอบครัวให้เป็นกรณีตัวอย่างที่เกิดจากการรวมกลุ่มคนในชุมชนอย่างเข้มแข็ง โดยครอบคลุมชุมชนเมือง ชนบท และชุมชนในนิคมอุตสาหกรรม เครือข่ายนักกฎหมาย เพื่อสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมาย เครือข่ายสื่อท้องถิ่นและเครือข่ายสื่อพื้นบ้าน สมาคมด้านสื่อและการตลาด ให้เป็นพันธมิตรในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลให้เข้าถึงพื้นที่ เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพ เพื่อสร้างความชัดเจนด้านผลเสียที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มผู้มีเศรษฐกิจกลุ่มผู้ด้อยโอกาส กลุ่มแรงงานนอกระบบ ประชากรกลุ่มเฉพาะ เพื่อรองรับสภาวะผันผวนทางเศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายต่างๆ ให้เป็นแกนนำในการรณรงค์ให้รัฐและสังคมเข้าใจว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำลายสุขภาพ ครอบครัว และสังคม ไม่ใช่สินค้าธรรมดา ต้องมีมาตรการควบคุมปัญหาจากการบริโภคอย่างเท่าทันธุรกิจแอลกอฮอล์
๕. เชื่อมประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กลไก จุดจัดการ เพื่อให้เข้าสู่กลุ่มผู้ใช้แรงงาน อาทิ สหภาพแรงงาน รัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม พัฒนาให้เกิดต้นแบบการทำงานในกลุ่มย่านแรงงาน กลุ่มนิคมอุตสาหกรรม ตลอดจนการเชื่อมประสานการทำงานร่วมกับเครือข่ายแรงงานของสำนัก ๘ และกลุ่มแรงงานนอกระบบของสำนัก ๙
๖. ใช้โอกาสในการรณรงค์ตามเทศกาลต่างๆ อาทิ เข้าพรรษา ทอดกฐิน ปีใหม่ สงกรานต์ ตลอดจนงานบุญ ประเพณีในระดับท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะวาระเข้าพรรษาที่รัฐบาลได้กำหนดให้เป็นวันงดดื่มสุราแห่งชาติให้เป็นวาระสำคัญของชาติในด้านการรณรงค์เพื่อการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่จะมีการนำเสนอข้อมูลสำคัญอื่นๆ แก่สาธารณชนไทย โดยเน้นการพัฒนาชุมชนต้นแบบเลิกเหล้าที่จะทำให้เพิ่มโอกาสของการงดเหล้าได้ครบพรรษา และที่จะทำให้เพิ่มโอกาสของการเลิกดื่มเหล้าได้ตลอดชีวิต
๗. เน้นรณรงค์เพื่อสกัดนักดื่มหน้าใหม่ และกลุ่มเป้าหมายที่มีแนวโน้มการดื่มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มผู้หญิง กลุ่มผู้ดื่มประจำ กลุ่มผู้ดื่มหนัก กลุ่มเยาวชนและให้ความสำคัญเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่ดื่มที่บ้านตนเองหรือบ้านเพื่อน และขยายการรณรงค์มุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายผู้ที่ไม่ดื่มให้มีส่วนร่วมในการชักชวนผู้ดื่มให้ลด ละ เลิกและเชื่อมกับกลไกมาตรการบำบัดดูแลผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้ดื่มสามารถเลิกเหล้าได้ตลอดชีวิตและการใช้ต้นทุนทางวัฒนธรรม ประเพณีและศาสนาที่มีอยู่ในการพัฒนาหรือยกระดับกิจกรรมรณรงค์ในประเด็นใหม่ๆ เพื่อสร้างกระแสให้ประชาชนเปลี่ยนพฤติกรรม



๘. สนับสนุนให้เกิดการเริ่มต้นวางแผนและหรือดำเนินการพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานในประเด็นดังต่อไปนี้ (๑) ต้นแบบชุมชนสู่เหล่า งดเหล่าเข้าพรรษา สูงดเหล่าครบพรรษา สูงดเหล่าออกพรรษา โดยเน้นพัฒนาต้นแบบชุมชนนำร่องบางพื้นที่ที่สามารถวัดผลลัพธ์ได้ รูปแบบ/วิธีการที่จะทำให้เกิดการเลิกดื่มเหล้าได้ตลอดชีวิต (๒) ต้นแบบการดำเนินงานจังหวัดยุทธศาสตร์แอลกอฮอล์ ควบคู่ไปกับการดำเนินงานจังหวัดควบคุมปัจจัยเสี่ยง

กลุ่มแผนงานด้านทุนอุปถัมภ์

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
๒. ปรับบทบาทของแผนงานจากผู้สนับสนุนทุนเป็นผู้สนับสนุนกระบวนการยกระดับงานให้เกิดแรงกระตุ้นมากขึ้น โดยมีบทบาทเป็นที่ปรึกษาในการออกแบบวางแผนการณรงค์ การออกแบบสนับสนุนให้เกิดกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อให้เกิดกิจกรรมนำไปสู่ความยั่งยืนและสนับสนุนการขยายแนวคิดการจัดงานประเพณีปลอดเหล้าผ่านการจัดให้พื้นที่ต้นแบบเป็นแหล่งเรียนรู้ เปิดโอกาสให้พื้นที่อื่นๆ มาศึกษาดูงาน การพัฒนาศักยภาพภาคี และสร้างแรงกระตุ้นเชิงบวก การเชื่อมงานกับระดับนโยบาย อาทิ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา การทำงานในพื้นที่ร่วมกับองค์กรของรัฐ อาทิ จังหวัด เทศบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นๆ เพื่อให้เกิดพื้นที่ต้นแบบ การเน้นพลังของเยาวชนในการสื่อสารด้านแรงบันดาลใจการทำงานรณรงค์ และเน้นการดึงภาคธุรกิจร่วมให้ทุนอุปถัมภ์ทดแทนธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กว้างขวางขึ้น และการสร้างแบรนด์ปลอดเหล้าเพื่อเชื่อมโยงและต่อยอดกิจกรรมปลอดเหล้าให้เป็นที่ยุ้จักอย่างกว้างขวาง
๓. สนับสนุนทุนอุปถัมภ์กิจกรรมนิสิตนักศึกษาในสถาบันการศึกษา โดยมียุทธศาสตร์การสร้างความเข้าใจ และให้รู้เท่าทันรูปแบบการแอบแฝงของธุรกิจเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และไม่รับทุนธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลักดันให้เกิดเครือข่ายสถาบันการศึกษาขับเคลื่อนกิจกรรมปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดทั้งปี การเฝ้าระวังและสร้างสภาพแวดล้อมรอบสถาบันการศึกษาให้ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยทำงานเชื่อมโยงกับชุมชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่และการดึงภาคธุรกิจร่วมทุนอุปถัมภ์ทดแทนธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กว้างขวางขึ้นโดยจะเชื่อมประสานแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว เพื่อเสริมพลังขับเคลื่อนงานกิจกรรมปลอดเหล้าเข้าสู่กลุ่มเป้าหมายเด็ก เยาวชน นิสิตนักศึกษา
๔. ประสานภาคีเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญเพื่อหนุนเสริมการผลักดันนโยบายทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น
๕. พัฒนาระบบการสนับสนุน งานวิชาการ งานประเมินผลเน้นการประเมินผลลัพธ์จากการจัดงานปลอดเหล้า การศึกษา วิจัยและเฝ้าระวังสถานการณ์ของธุรกิจแอลกอฮอล์และจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง
๖. ผลิตสื่อและการกระจายสื่อสนับสนุนการวางแผนการดำเนินการผลิตสื่อเพื่อเป็นต้นแบบในการรณรงค์ โดยร่วมกับสมาคมวิชาชีพและหน่วยงานต่างๆ รวมถึงการจัดให้มีศูนย์กระจายสื่อตามภูมิภาคต่างๆ รวมทั้งพัฒนาแนวทางการสื่อสารกิจกรรมปลอดเหล้าให้เป็นระบบและต่อเนื่อง



กลุ่มแผนงานด้านพัฒนารูปแบบการเลิกเครื่องดีเซลแอลกอฮอล์

๑. พัฒนาระบบบริการเลิกการบริโภคเครื่องดีเซลแอลกอฮอล์ให้มีความเข้มแข็ง และสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการชวน/ช่วยให้เลิกการบริโภคเครื่องดีเซลแอลกอฮอล์
๒. ขยายการเข้าถึงบริการช่วยเลิกการบริโภคเครื่องดีเซลแอลกอฮอล์ให้มากขึ้น
๓. สนับสนุนองค์ความรู้และพัฒนาเครื่องมือการให้คำปรึกษา การคัดกรอง การรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดีเซลแอลกอฮอล์แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มแผนงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด

๑. สนับสนุนการพัฒนางานวิชาการ/วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ เชื่อมโยงประสานภาคีนักวิจัย/วิชาการ ผู้บริหาร/กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติงานขององค์กรทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้องกับงานป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้เสพสารเสพติดในระบบสาธารณสุข ระบบยุติธรรม และชุมชน เพื่อร่วมกำหนดโจทย์วิจัย พัฒนางานวิจัยสร้างองค์ความรู้ใหม่ และจัดการความรู้ที่มีอยู่แล้วให้พร้อมใช้งานได้ ซึ่งเป็นองค์ความรู้และงานวิจัยที่จำเป็นและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ ที่หน่วยงานสามารถนำความรู้ไปต่อยอดได้
๒. พัฒนาระบบข้อมูล ระบบการจัดการองค์ความรู้ที่มีความทันสมัยอยู่ตลอดเวลา รวมถึงพัฒนาระบบบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน สังคม ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน
๓. สนับสนุนให้มีกลไกภาคประชาสังคมในการรณรงค์ และสื่อสารสู่สาธารณะสร้างกระแสสังคมเพื่อสร้างความตระหนักรู้ทันต่อปัญหาเสพติด และสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด โดยมุ่งเน้นการทำงานในกลุ่มเยาวชนเพื่อการป้องกันนักเสพติดรุ่นใหม่

แนวทางการบูรณาการ

แผนให้ความสำคัญกับแนวทางการบูรณาการตามกรอบนโยบายการจัดทำแผนหลักของ สสส. และตามทิศทางที่คณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๑ ให้นั้นเรื่องการขับเคลื่อนงานภายใต้มิติของสุขภาวะแบบองค์รวม และเน้นเรื่องคุณภาพเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์กับประชาชนมากที่สุด โดยผ่านวิธีการดำเนินงานทางวิชาการ การขับเคลื่อนสังคมและการพัฒนานโยบายให้เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างมีประสิทธิภาพ ในด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดีเซลแอลกอฮอล์ แผนฯ จึงได้กำหนดแนวทางการบูรณาการทำงานร่วมกัน ดังนี้

- (๑) มุ่งเน้นบูรณาการการทำงานระหว่างภาคีเครือข่ายภายในแผนฯ เพื่อหนุนเสริมการทำงานร่วมกัน และบูรณาการการทำงานร่วมกับแผนควบคุมยาสูบ ภายในสำนัก ๑ โดยจัดประชุมภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเป็นระยะ เพื่อร่วมกันกำหนดยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด กลุ่มเป้าหมาย และมีการจัดทำข้อมูล Mapping พื้นที่ดำเนินงานของแต่ละภาคีเพื่อใช้ประกอบการคัดเลือกพื้นที่และเชื่อมการทำงานร่วมกัน รวมทั้งวางแผนการสื่อสารสังคม ในด้านที่เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดีเซลแอลกอฮอล์ โดยมีเป้าหมายร่วมอยู่ที่การส่งเสริมและรณรงค์ให้ประชาชนในกลุ่มเป้าหมาย มีการ ลด ละ เลิก พฤติกรรมเสี่ยง และการรู้เท่าทันสื่อ



- (๒) ร่วมกับแผนต่างๆ (ควบคุมยาสูบ ความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม สุขภาวะชุมชน สุขภาวะเด็กเยาวชนและครอบครัว สุขภาวะในองค์กร กิจกรรมทางกาย และระบบบริการสุขภาพ) ในการร่วมกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยมุ่งเป้าให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับผลลัพธ์ที่ระดับประชาชน ด้วยการส่งเสริมให้ประชาชนมีการลดพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- (๓) ร่วมกับแผนต่างๆ (ความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ สุขภาวะในองค์กร แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ และแผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรม) พัฒนานวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อการสื่อสารที่ส่งเสริมพฤติกรรมลด ละ เลิก การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- (๔) จัดการความรู้และถอดบทเรียนการส่งเสริมพฤติกรรมลด ละ เลิก การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในสถาบันการศึกษา ชุมชน และองค์กรต่างๆ เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยแผนฯ จะนำองค์ความรู้และบทเรียนความสำเร็จที่เกิดขึ้นไปใช้ขยายผลโดยประสานการทำงานร่วมกับแผนสุขภาวะเด็กและเยาวชน (สำนัก ๔) แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร (สำนัก ๘) แผนสุขภาวะชุมชน (สำนัก ๓) แผนควบคุมยาสูบ (สำนัก ๑) แผนส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะ (ศูนย์เรียนรู้เพื่อสุขภาวะ) และแผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรม (สำนัก ๖)
- (๕) พัฒนางานสื่อสารด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ (ศูนย์เรียนรู้เพื่อสุขภาวะและสำนักสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม) ด้วยการสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับด้านการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และก่อให้เกิดความตื่นตัว/รู้เท่าทันต่อสถานการณ์พิษภัยของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนค่านิยม ทัศนคติ และพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายเพื่อลด ละ เลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผ่านช่องทางการสื่อสารในรูปแบบต่างๆ โดยเฉพาะช่องทางออนไลน์ เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในยุคปัจจุบัน และขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้กว้างขวางขึ้น



ภาคีที่เข้าร่วมการดำเนินงาน

๑. ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

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

๒. ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด

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

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมายเพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	๑๘
๒. กลุ่มแผนการพัฒนาวិชาการและระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	๖๐
๓. กลุ่มแผนการพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	๑๖๐
๔. กลุ่มแผนการพัฒนารูปแบบและระบบบริการเลิกสุรา	๑๐
๕. กลุ่มแผนสนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด	๑๐
๖. การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	๒
รวม	๒๖๐



แผนการจัดการความปลอดภัย และปัจจัยเสี่ยงทางสังคม

๓

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

สถานการณ์และแนวโน้ม

ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

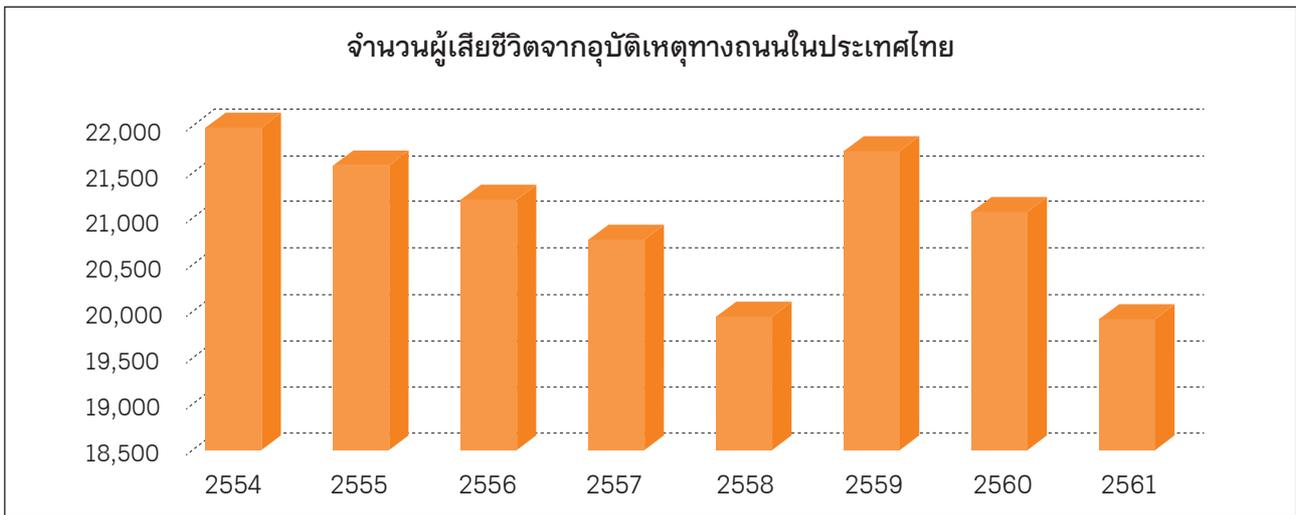
ข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยมีหลายหน่วยงานและหลายฐานข้อมูล ซึ่งการจัดเก็บขึ้นกับนิยามและการนำไปใช้ประโยชน์ของแต่ละหน่วยงาน คณะอนุกรรมการด้านการบริหารจัดการข้อมูลและการติดตามประเมินผล (อนุ ศปถ.เสาที ๖) ภายใต้ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) โดยกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้บูรณาการข้อมูลการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ใน พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๒ จาก ๓ ฐานข้อมูลสำคัญของประเทศ ได้แก่ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด และฐานข้อมูลมรณบัตรและหนังสือรับรองการตาย เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลหลักในการรายงานของประเทศไทย และถือว่าเป็นข้อมูลที่ใกล้เคียงกับข้อมูลที่องค์การอนามัยโลกได้รายงานไว้ใน Global Status Report on Road Safety ใน พ.ศ. ๒๕๕๖ พ.ศ. ๒๕๕๘ และ พ.ศ. ๒๕๕๙ จากการคาดประมาณโดยสูตรคำนวณ และหากพิจารณาข้อมูลของสำนักงานตำรวจแห่งชาติที่มีการจัดเก็บมานาน ข้อมูล ๓ ฐาน และข้อมูลจากรายงานขององค์การอนามัยโลก ต่างมีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกัน คือ “จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง” ดังนี้

ข้อมูลการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจากข้อมูล ๓ ฐาน^{๑๔} ชี้ว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยลดลง และมีความใกล้เคียงกับการคาดประมาณขององค์การอนามัยโลก โดยพบว่า ในแต่ละปีจะมีประชากรกว่า ๒๑,๐๐๐ คนตายจากอุบัติเหตุทางถนน หรือคิดเป็นวันละ ๖๐ คนโดยเฉลี่ย เมื่อจำแนกรายปี จะเห็นว่าการเสียชีวิตลดลงเกือบทุกปี คือ ๒๑,๙๔๖ คน ๒๐,๗๙๐ คน ๒๑,๗๔๕ คน ๒๑,๐๔๗ คน และ

^{๑๔} ระบบการบูรณาการข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนน ๓ ฐาน ได้แก่ ข้อมูลจากมรณบัตรและหนังสือรับรองการตาย ข้อมูลจากระบบ POLIS เป็นระบบบันทึกข้อมูลคดี และข้อมูลจากระบบ e-Claim เป็นระบบบันทึกข้อมูลสำหรับเบิกจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน



๑๙,๙๓๑ คน ใน พ.ศ. ๒๕๕๔ พ.ศ. ๒๕๕๗ พ.ศ. ๒๕๕๙ พ.ศ. ๒๕๖๐ และ พ.ศ. ๒๕๖๑ ตามลำดับ (ภาพที่ ๑) และล่าสุด ปี ๒๕๖๒ เท่ากับ ๑๙,๙๐๔ คน คิดเป็นเสียชีวิต ๒๙.๙ คนต่อแสนประชากร และเมื่อพิจารณาข้อมูลจากบริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด พบว่า อุบัติเหตุทางถนนทำให้เกิดผู้พิการรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี โดยใน พ.ศ. ๒๕๕๗ มีผู้พิการจำนวน ๙๑๐ ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เป็น ๗๓๘ ราย ๑,๒๑๒ ราย และ ๑,๕๑๕ ราย ใน พ.ศ. ๒๕๕๘ พ.ศ. ๒๕๕๙ และ พ.ศ. ๒๕๖๐ ตามลำดับ^{๑๑} ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงสัดส่วนผู้เสียชีวิตตามประเภทยานพาหนะ พบว่า ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ร้อยละ ๘๕.๐ เป็นผู้เปราะบางบนถนน (Vulnerable Road User: VRU) โดยจำแนกเป็น ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ร้อยละ ๗๔.๐ คนเดินเท้า ร้อยละ ๘.๐ และคนขี่จักรยาน ร้อยละ ๓.๐ สะท้อนให้เห็นว่าสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยยังอยู่ระดับสูงและต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง โดยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ก็ยังคงเป็นกลุ่มวัยรุ่น กลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ กลุ่มผู้ชาย และกลุ่มแรงงาน



ภาพที่ ๑ แสดงแนวโน้มจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย

ความสูญเสียที่เกิดขึ้นโดยมากเกิดในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่ใช้รถจักรยานยนต์ สะท้อนจากจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ปี ๒๕๖๑ ที่พบว่า ช่วงอายุระหว่าง ๑๐ - ๒๔ ปี เป็นกลุ่มที่มีการเสียชีวิตมากที่สุด เป็นจำนวนยอดทั้งสิ้น ๕,๑๓๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๗ ในจำนวนนี้เกือบทั้งหมด คือ ร้อยละ ๗๐.๖ เป็นการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นในกลุ่มรถจักรยานยนต์ เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ จะพบว่า มีปัจจัยร่วมระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ยานพาหนะ และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง มากไปกว่านั้น ยังสัมพันธ์กับการเข้าถึงระบบขนส่งสาธารณะที่ไม่ตอบโจทย์ความจำเป็นในการเดินทาง ยังผลให้ทางเลือกในการเดินทางมีอย่างจำกัด เช่น รถรับส่งนักเรียนที่ไม่สะดวก ทำให้นักเรียนต้องเดินทางโดยใช้จักรยานยนต์ เป็นต้น

อุบัติเหตุทางถนน (road traffic injuries) เป็นปัจจัยสำคัญที่นำมาสู่ผลกระทบและความสูญเสียเป็นวงกว้างทั่วโลก องค์การอนามัยโลก ได้รายงานไว้ว่า ในแต่ละปีมีประชากรทั่วโลกกว่า ๑.๓๕ ล้านคนที่ต้องเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งยังเป็นสาเหตุการตายอันดับ ๑ ของกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุระหว่าง ๕ - ๒๙ ปี ทั้งนี้ อุบัติเหตุทางถนนเกินกว่าครึ่งหนึ่งเกิดในกลุ่มผู้เปราะบางบนถนน (Vulnerable Road Users : VRU) ได้แก่ คนเดินเท้า ผู้ใช้จักรยาน และจักรยานยนต์

^{๑๑} บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด. ออนไลน์. รายงานสถิติการใช้สิทธิ พ.ร.บ. ทั้งประเทศ, สืบค้นได้จาก <http://rvpreport.rvpservice.com/viewrsc.aspx?report=0475 & session=16>



ข้อมูลสถานการณ์ข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า อุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงอยู่ในระดับที่ต้องเฝ้าระวัง เพราะยังส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิต ทั้งนี้รายงานการศึกษาที่ผ่านมา^{๙๑} บ่งชี้ว่า อุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุลำดับต้นๆ ของการสูญเสียปีสุขภาวะซึ่งปรับด้วยความพิการ (Disability-Adjusted Life Year : DALYs) ของประชากรไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเพศชาย ที่อุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุอันดับ ๑ ของการสูญเสียปีสุขภาวะซึ่งปรับด้วยความพิการ คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๑ จากความสูญเสียทั้งหมดมากกว่านั้นยังพบว่า การสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควร (Years of Life Lost due to premature mortality : YLLs) ในเพศชายก็มีสาเหตุอันดับที่ ๑ จากอุบัติเหตุทางถนน คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๔ นอกจากนี้มีรายงานการศึกษา^{๙๒} ที่ชี้ว่า อุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยมักเกิดขึ้นกับประชากรในกลุ่มวัยที่มีผลผลิตทางเศรษฐกิจสูง คือ ช่วงอายุระหว่าง ๑๕ - ๔๙ ปี

นอกจากจะสร้างความสูญเสียที่ยังผลให้เกิดการบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิตแล้ว ยังกล่าวได้ว่า อุบัติเหตุทางถนนทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจด้วย โดยจากรายงานการสำรวจมูลค่าความสูญเสียจากการเสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัสและความพิการจากอุบัติเหตุทางถนน^{๙๓} พบว่า การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมีมูลค่ากว่า ๑๐ ล้านบาทต่อคน ในขณะที่การบาดเจ็บสาหัสมีมูลค่าสูงถึงประมาณ ๓ ล้านบาทต่อราย เมื่อใช้มูลค่าความสูญเสียข้างต้นคำนวณร่วมกับจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๒๑,๐๙๗ คน จะพบว่า ในปีดังกล่าว ประเทศไทยมีมูลค่าความสูญเสียจากการเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุทางถนนคิดเป็นจำนวนทั้งสิ้น ๒๑๐,๙๗๐ ล้านบาท นับเป็นความสูญเสียที่มีมูลค่ามหาศาล

สรุปได้ว่า อุบัติเหตุทางถนนยังเป็นปัญหาของสังคมไทย ที่นำมาซึ่งการบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิต และยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอีกด้วย ดังนั้นจุดมุ่งหมายสำคัญของการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยเพื่อนำไปสู่การลดการบาดเจ็บและเสียชีวิต จึงควรเน้นขับเคลื่อนในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ กลุ่มเด็กและเยาวชน เป็นสำคัญ

เมื่อพิจารณาถึงข้อมูลจำนวนรถยนต์เพื่อสะท้อนขนาดของปัญหาอุบัติเหตุในประเทศไทย พบว่า จากการรายงานจำนวนรถจดทะเบียนสะสมตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์ กรมการขนส่งทางบก^{๙๔} ระบุว่า ปี ๒๕๖๒ ประเทศไทยมีจำนวนรถยนต์สะสมกว่า ๔๐ ล้านคัน ในจำนวนนี้เกินกว่าครึ่งหนึ่งเป็นรถจักรยานยนต์กว่า ๒๑ ล้านคัน คิดเป็นร้อยละ ๕๔.๐ ของรถยนต์ทุกประเภท (ในจำนวนนี้มีได้รวม รถจักรยานยนต์สาธารณะ ๑๘๑,๖๒๕ คัน) ขณะที่เมื่อเทียบกับใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์ทุกประเภท มีจำนวนรวมกันเพียง ๑๓ ล้านใบเท่านั้น^{๙๕} เมื่อคิดสัดส่วนรถจักรยานยนต์จดทะเบียนสะสม ต่อใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์ พบว่ามีสัดส่วนเป็น ๕ : ๓ เท่ากับว่า มีผู้ใช้รถจักรยานยนต์จำนวนมากที่ไม่มีใบขับขี่

แม้ข้อมูลจะชัดเจนว่า “รถจักรยานยนต์ เป็นยานพาหนะหลักที่ประชากรไทยใช้ในการเดินทาง” ทั้งนี้เพราะเงื่อนไขสำคัญของการเลือกใช้รถจักรยานยนต์เพื่อเดินทาง คือ ความสะดวกรวดเร็ว การประหยัดค่าใช้จ่าย ไม่สามารถเข้าถึงบริการขนส่งมวลชนสาธารณะ และใช้เพื่อการพักผ่อน^{๙๖} หากพิจารณาถึงการสวมหมวกนิรภัย

^{๙๑} สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๗. มูลนิธิเพื่อพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ., หน้า ๑.

^{๙๒} Institute for Health Metrics and Evaluation. Thailand. Retrieved from <http://www.healthdata.org/thailand>

^{๙๓} ณัชชา โอเจริญ. ๒๕๕๙. อุบัติเหตุทางถนน...ความเสียหายร้ายแรงต่อเศรษฐกิจไทย, สืบค้นได้จาก https://tdri.or.th/2017/08/econ_traffic_accidents/ เป็นการศึกษาจากพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทในจังหวัดสระบุรี เพื่อสะท้อนความเป็นพื้นที่ตัวแทนของทั้งประเทศได้ ด้วยวิธีการประเมินความสูญเสียทางเศรษฐกิจด้วยวิธีการทางเศรษฐศาสตร์

^{๙๔} ข้อมูลด้านทะเบียนรถ. กรมการขนส่งทางบก. สืบค้นวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๒. เข้าถึงได้จาก <https://web.dlt.go.th/statistics/>.

^{๙๕} ข้อมูลด้านใบอนุญาตขับขี่รถและผู้ประจำรถ. กรมการขนส่งทางบก. สืบค้นวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๒. เข้าถึงได้จาก <https://web.dlt.go.th/statistics/>.

^{๙๖} มูลนิธิไทยโรดส์และเครือข่าย ร่วมกับ Road Safety Watch ได้สำรวจสาเหตุในการเลือกใช้รถจักรยานยนต์ เมื่อปี ๒๕๕๓ จากกลุ่มตัวอย่าง ๗๐,๐๐๐ ราย

พบว่า ๑๐ ปี ที่ผ่านมา อัตราการสวมหมวกนิรภัยของคนไทยเฉลี่ยอยู่ที่ ร้อยละ ๔๔ และข้อมูลสำรวจล่าสุด พ.ศ. ๒๕๖๒ พบผู้ขับขี่และผู้โดยสาร สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ ๔๕ เมื่อจำแนกตามกลุ่มช่วงวัย พบว่า วัยผู้ใหญ่ สวมหมวกนิรภัยมากที่สุด คือร้อยละ ๔๘ รองลงมาคือ วัยรุ่น และวัยเด็ก (เฉพาะผู้โดยสาร) คิดเป็นร้อยละ ๒๐ และ ร้อยละ ๘ ตามลำดับ ซึ่งจากการคำนวณสัดส่วนผู้เสียชีวิตในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ (Attributable Fraction among the whole Population : AF_p) โดยใช้ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance : IS) ย้อนหลังปี ๒๕๔๙ - ๒๕๕๘ จะพบว่า ถ้าผู้ใช้รถจักรยานยนต์ทุกคนสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่ จะช่วยลด การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลงได้ร้อยละ ๔๗.๖ หรือเฉลี่ยปีละ ๗,๗๙๓ ราย คำนวณจากจำนวนผู้เสียชีวิต ในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์โดยเฉลี่ย ในระบบรายงานข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนน ๓ ฐาน

นอกจากนี้ จากการรายงานการรวบรวมข้อมูลการสอบสวนอุบัติเหตุเชิงลึกกรณีบาดเจ็บ เสียชีวิตในกลุ่ม ผู้ใช้รถจักรยานยนต์^{๓๓} ยังมีข้อค้นพบสำคัญ ที่ชี้ว่า สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่ คือ ขาดการรับรู้หรือ คาดการณ์ความเสี่ยง มากถึงร้อยละ ๕๒.๓ รองลงมาคือ ความผิดพลาดในการตัดสินใจ และควบคุมรถผิดพลาด คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๘ และร้อยละ ๑๘.๘ ตามลำดับ โดยพบว่าเกือบทั้งหมดคือร้อยละ ๘๔.๙ เรียนรู้การขับขี่ กับคนในครอบครัวหรือเพื่อน รวมถึงการเรียนรู้ด้วยตัวเอง มีเพียงร้อยละ ๑.๔ เท่านั้นที่ผ่านการฝึกอบรมทักษะ จากโรงเรียนสอนขับขี่

ข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข^{๓๔} รายงานว่า อุบัติเหตุทางถนนของกลุ่มผู้ขับขี่จักรยานยนต์ที่บาดเจ็บและ เสียชีวิต ๒๕ ร้อยละ ๔๑.๕ มีการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย มีโดยพบในกลุ่มอายุ ๑๕ - ๑๙ ปีมากที่สุด นอกจากนี้ ข้อมูลการตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือด กรณีบาดเจ็บรุนแรง เสียชีวิต^{๓๕} ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒ ยังพบว่า ในเยาวชนอายุต่ำกว่า ๒๐ ปีบริบูรณ์ มีแอลกอฮอล์เกินกว่ากฎหมายกำหนดมากถึง ๕๗๐ ราย สะท้อนว่า ต้องเน้นย้ำมาตรการในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ร่วมกับประเด็นเสี่ยงอื่นด้วย อาทิ การดื่มแล้วขับ

นอกจากนี้ ยังมีรายงานการศึกษา^{๓๖} ที่เผยให้เห็นความเสี่ยงทางสังคม (social risk) ที่ปัจเจกต้องแบกรับ เมื่อต้องใช้รถจักรยานยนต์โดยมากมักเป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การสวมหมวก นิรภัยแล้วจะแปลกแยกจากสังคม โดยเฉพาะเด็กและเยาวชน ที่พบว่า สวมหมวกนิรภัยไปสถานศึกษา จะถูกเพื่อนล้อว่า “ขี้ลาด” “ป๊อด” และ “ทำตัวเวอร์” ส่งผลให้เด็กและเยาวชนเลือกไม่สวมหมวกนิรภัย เพื่อรักษาสัมพันธ์ภาพในกลุ่มเพื่อน สะท้อนให้เห็นว่า อุบัติเหตุทางถนนเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อน ไม่สามารถ ลดได้โดยการอบรม ณรงค์ประชาสัมพันธ์ และการทำงานของหน่วยหลักหน่วยงานเดียว และส่วนหนึ่งเกิดจาก ความต้องการเดินทาง ที่ไม่สามารถเข้าถึงระบบขนส่งมวลชนสาธารณะที่สะดวกสบายได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเดินทางไปโรงเรียน ทำให้นักเรียนต้องขึ้นรถจักรยานยนต์มาโรงเรียนโดยไม่มีใบอนุญาตขับขี่ รายงาน การสำรวจการเดินทางไป-กลับของนักเรียนในกรุงเทพมหานคร^{๓๗} พบว่า มีนักเรียนเลือกใช้รถจักรยานยนต์ มากถึง ๔๕,๐๗๙ คน รองลงมา คือ ใช้วิธีการเดิน ใช้รถโดยสารสาธารณะ และใช้รถรับส่งนักเรียน แฉงนับได้ ๓๗,๙๕๔ คน ๑๘,๘๔๐ คน และ ๑๓,๓๕๓ คน ตามลำดับ ทั้งนี้ เมื่อคำนวณเฉพาะการเดินทางด้วย

^{๓๓} โครงการ Motorcycle Accident Investigation : Micro Study Analysis. รายงานโดย ศูนย์วิจัยอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย สถาบันเทคโนโลยี แห่งเอเชีย กำลังเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบสวนอุบัติเหตุเชิงลึก (in depth accident investigation) ปัจจุบันรวบรวมได้กว่า ๘๐๐ เหตุการณ์

^{๓๔} สถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน จากระบบข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance-IS Online) ปี ๒๐๑๔ - ๒๐๑๘

^{๓๕} โครงการขับขี่ปลอดภัย มั่นใจไร้แอลกอฮอล์โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างวันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๑ - ๑๔ ธันวาคม ๒๕๖๒

^{๓๖} ธนะพงศ์ จินวงษ์ และคณะ. ๒๕๖๓. โครงการพัฒนาดัชนีแบบความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความปลอดภัยทางถนนและการลดความเสี่ยงทางสังคม วัฒนธรรมเพื่อป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน. สนับสนุนโดย สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ.

^{๓๗} รายงานการสำรวจการเดินทางไป-กลับ ของนักเรียน ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



รถจักรยานยนต์ จะพบสัดส่วน ร้อยละ ๓๔.๐ เมื่อคำนวณกลับไปเปรียบเทียบกับการเดินทางของนักเรียนทั่วประเทศภายใต้สังกัดของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) จำนวนทั้งสิ้น ๖ ล้านคน จะมีนักเรียนเดินทางด้วยรถจักรยานยนต์มากถึง ๒ ล้านคน โดยประมาณ

แม้สถานการณ์ปัญหา ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบ ที่กล่าวไว้ในข้างต้นจะมีความรุนแรงและมีแนวโน้มคงที่ แต่มาตรการและระบบบริหารจัดการในประเทศไทยยังมีข้อจำกัดหลายประการ นับแต่การประกาศให้ปี ๒๕๕๔ - ๒๕๖๓ เป็นทศวรรษเพื่อความปลอดภัยบนท้องถนน^{๒๘} ที่มุ่งเป้าลดจำนวนผู้เสียชีวิตให้ลดลงครึ่งหนึ่ง (ไม่เกิน ๑๐ ต่อแสนประชากร) โดยใช้แนวทางจัดการความปลอดภัย ๕ เสาหลัก ได้แก่ การบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน, การจัดการเชิงกายภาพ, มาตรฐานความปลอดภัยยานพาหนะ, การปรับพฤติกรรมผู้ใช้รถใช้ถนน และการตอบสนองหลังเกิดเหตุ โดยรัฐบาลได้จัดทำแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน และแผนแม่บทศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนที่สอดคล้องกับมาตรการ ๕ เสาหลักข้างต้น หากแต่ยังไม่สามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลงได้ตามเป้าหมาย

ในด้านโครงสร้างการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนในประเทศไทย รัฐบาลได้ประกาศระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. ๒๕๕๔^{๒๙} โดยกำหนดให้มีการจัดทำแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนให้หน่วยงานของรัฐนำไปปฏิบัติ เน้นบูรณาการระหว่างหน่วยงานตั้งแต่ระดับส่วนกลางลงไปยังระดับท้องถิ่น ทั้งนี้ โครงสร้างการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน แบ่งออกเป็น ๓ ระดับคือ ระดับนโยบาย ระดับอำนวยการ และระดับปฏิบัติการ คือ มีคณะกรรมการนโยบายการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนแห่งชาติ (คณะกรรมการ นปถ.) มีศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนส่วนกลาง (ศปถ.) ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัด (ศปถ.จังหวัด) ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) และ ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ศปถ.อปท.)

จากการติดตามการขับเคลื่อนการบริหารจัดการภายใต้โครงสร้าง ศปถ. พบว่า ช่องว่าง และข้อจำกัดสำคัญของการใช้โครงสร้าง ศปถ. จังหวัด อำเภอ และ อปท. เป็นจุดจัดการ คือ การมุ่งเน้นดำเนินงานในช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ มากไปกว่านั้นมาตรการที่ใช้ส่วนใหญ่ยังเป็นลักษณะการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ยังผลให้แผนงานดำเนินเป็นช่วง ขาดความต่อเนื่อง ไม่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงในระดับผลลัพธ์ และขาดความยั่งยืน ประกอบกับการกำหนดมาตรการ นโยบายและข้อสั่งการต่างๆ จากส่วนกลาง ยังขาดแนวปฏิบัติ ระบบกำกับติดตาม และกระบวนการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่อีกด้วย ขณะที่ตัวชี้วัดที่เป็นเป้าหมายระยะยาวจากส่วนกลาง เช่น ลดจำนวนการตายจากอุบัติเหตุทางถนนให้ต่ำกว่า ๒๐ ต่อแสนประชากร กลไกไม่สามารถขับเคลื่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจากรายงานศึกษา^{๓๐} ชี้ว่า การกำหนดเป้าหมายระยะยาวดังกล่าวเพื่อกำกับการทำงาน ยังสร้างกระบวนการรายงานข้อมูลที่บิดเบือนให้ต่ำกว่าตัวชี้วัดจากส่วนกลาง

อีกทั้งกลไกอำนวยการ และปฏิบัติการในระดับพื้นที่ยังมีจุดอ่อนที่ต้องพิจารณา จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของคณะทำงานด้านความปลอดภัยทางถนนในพื้นที่นำร่อง^{๓๑} พบว่า โดยมากคณะทำงานมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกการขับเคลื่อนตามองค์ประกอบ

^{๒๘} มติกระทรวงมหาดไทย ลงวันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๕๓ กำหนดให้ระหว่างปี ๒๕๕๔ - ๒๕๖๓ เป็นทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน สอดรับตามแนวทางการดำเนินงานของมติที่ประชุมใหญ่องค์การสหประชาชาติ

^{๒๙} ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. ๒๕๕๔

^{๓๐} พัทยา มหอม, ๒๕๖๑. อุบัติเหตุทางถนน วัฒนธรรมราชการ กับงานประเพณี. ใน สิทธิโชค ชาวไร่ และบงกช เจริญรัตน์ (บรรณาธิการ), งานวิจัยวัฒนธรรมกับความเสียหายสุขภาพ: อุบัติเหตุ ยาเสพติด. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

^{๓๑} สโรษพันธุ์ สุภาวรรณ, ๒๕๖๒. การมีส่วนร่วมในกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนของคณะทำงานระดับอำเภอ ในพื้นที่ ๔ จังหวัดนำร่อง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน.



ทั้ง ๔ ด้านพบว่า มีส่วนร่วมในกลไกการจัดการระบบข้อมูลมากที่สุด รองลงมาคือ กลไกโครงสร้างคณะทำงาน กลไกแผนปฏิบัติงาน และกลไกการกำกับติดตามประเมินผลตามลำดับ สะท้อนให้เห็นอย่างประจักษ์ว่า การบูรณาการผ่านโครงสร้าง สปถ. จังหวัด อำเภอ และท้องถิ่น ยังขาดทิศทางการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ ที่เน้นผลการปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพประสิทธิผล สะท้อนว่า คณะทำงานในระดับอำนาจการและปฏิบัติการในพื้นที่ ยังต้องการพัฒนาศักยภาพ การออกแบบแผนงานมาตรการที่สอดคล้องกับปัญหาและติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

ข้อค้นพบจาก “รายงานการทบทวนสถานการณ์ประเทศไทย โดยใช้กรอบเป้าหมายโลกโดยความสมัครใจด้านปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความปลอดภัยทางถนนและกลไกการจัดบริการ” ขององค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าประเทศไทยควรต้องพิจารณาดำเนินการในประเด็นดังต่อไปนี้ เพื่อให้สามารถประสบความสำเร็จในการสร้างความปลอดภัยทางถนน ได้แก่ ๑) สร้างภาวะผู้นำที่เข้มแข็งและเจตจำนงทางการเมืองที่แน่วแน่ ๒) จัดตั้งองค์กรนำด้านความปลอดภัยทางถนน ๓) ประเด็นที่ควรมุ่งเน้นในการดำเนินงาน ๔) กำหนดตัวชี้วัดระยะกลางเพื่อช่วยให้บรรลุเป้าหมาย ๕) กำหนดกรอบการสร้างความสัมพันธ์ที่มีประสิทธิผล

นอกจากนี้แล้วยังมีข้อมูลที่น่าสนใจเพิ่มเติม เช่น การบังคับใช้กฎหมายความเร็ว การจ่ายค่าปรับจราจร สถานการณ์การระบาดของโควิด-๑๙ ที่กระทบการงานด้านความปลอดภัยทางถนน ดังนี้

ข้อมูลสถิติของสำนักงานตำรวจแห่งชาติสืบปีที่ผ่านมา ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ การขับรถเร็วเกินอัตราที่กฎหมายกำหนด จัดเป็นมูลเหตุสันนิษฐานหลักในอันดับต้นๆ ของคดีอุบัติเหตุจราจรในประเทศไทย มีจำนวนรวมมากกว่าแสนคดี คิดเป็นเฉลี่ยร้อยละ ๑๔ ของคดีอุบัติเหตุจราจรทั้งหมด แต่หากพิจารณาเฉพาะอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นบนทางหลวง สถิติของกรมทางหลวงระบุว่า ๒ ใน ๓ ของการเสียชีวิตเกิดจากอุบัติเหตุที่มีมูลเหตุสันนิษฐานจากการใช้ความเร็ว ข้อค้นพบจากตัวเลขสถิติที่บ่งชี้ว่าการเพิ่มจำนวนการตรวจจับความเร็วยังไม่ส่งผลให้อุบัติเหตุจากความเร็วลดลง สอดคล้องกับผลสำรวจทัศนคติและความคิดเห็นของผู้ใช้รถใช้ถนนทั่วประเทศมากกว่า ๒ พันรายในปี ๒๕๕๘ โดยมูลนิธิไทยโรดส์ ซึ่งพบว่า ผู้ขับขี่ส่วนใหญ่ร้อยละ ๖๒ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี่เมื่อถูกตรวจจับความเร็วเพียงช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น และอีกร้อยละ ๒๐ ระบุว่าไม่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใดๆ บ่งชี้ว่ามาตรการทางกฎหมายในปัจจุบัน ยังควบคุมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับรถเร็วของผู้ขับขี่ได้ไม่มากนัก ดังนั้น การบังคับใช้กฎหมายความเร็วบนท้องถนนทั่วประเทศกว่า ๒ แสนกิโลเมตรภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคล เครื่องมือ และงบประมาณ จึงจำเป็นต้องอาศัยเทคนิคการบังคับใช้กฎหมายความเร็วอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective Speed Enforcement) ที่มุ่งเน้นให้เกิดอิทธิพลที่จะยับยั้งพฤติกรรมการขับรถเร็วของผู้ขับขี่โดยทั่วไป (General Deterrence) โดยพยายามทำให้ผู้ขับขี่เกิดความตระหนักหรือรับรู้ถึงความเสี่ยงที่มีโอกาสถูกตรวจจับและได้รับการลงโทษ (Subjective Risk of Apprehension) มีเพิ่มมากขึ้นในทุกเวลาและสถานที่ เมื่อใดก็ตามที่ขับรถเร็ว

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ เปิดเผยจำนวนใบสั่งผู้กระทำความผิดกฎหมายจราจร และจำนวนผู้ชำระค่าปรับใบสั่งกฎหมายจราจร โดยเปรียบเทียบระหว่างปี ๒๕๖๐ และ ๒๕๖๑ พบว่า ปี ๒๕๖๐ มีการออกใบสั่งจำนวน ๘,๔๔๑,๑๑๓ ใบสั่ง (จำนวนผู้ชำระค่าปรับ ๑,๔๒๒,๗๘๘ ใบ ประมาณ ๑๗%) และในปี ๒๕๖๑ มีการออกใบสั่งจำนวน ๑๑,๗๓๔,๔๑๕ ใบ (จำนวนผู้ชำระค่าปรับ ๒,๐๘๗,๔๗๙ ใบ ประมาณ ๑๘%) และยังพบว่ามีคนไทยที่มีใบสั่งซ้อนสูงสุด ๑๔๔ ใบใน ๑ ปี ซึ่งรถคันดังกล่าวเป็นรถขนส่งของภาคเอกชน จากข้อมูลพบว่า จำนวนผู้ชำระค่าปรับจราจรยังไม่เพิ่มขึ้นแม้จะมีการออกใบสั่งเพิ่มสูงขึ้น สะท้อนถึงช่องว่างเรื่องการบังคับใช้กฎหมายอย่างชัดเจน



สถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด-๑๙ กับสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน ส่งผลต่อแบบแผนการจราจรในภาพรวม เป็นผลมาจากมาตรการควบคุมสถานการณ์การระบาดของไวรัสของรัฐบาล ด้วยการประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการฉุกเฉิน โดยมีการประกาศมาตรการเคอร์ฟิว ที่ห้ามมิให้เดินทางในช่วงเวลา ๒๒.๐๐ - ๐๔.๐๐ น. รวมถึงการประกาศปิดเมืองในบางจังหวัด และรัฐบาลยังประกาศให้งดกิจกรรมช่วงสงกรานต์ พ.ศ. ๒๕๖๓ เพื่อควบคุมสถานการณ์อีกด้วย การกำหนดมาตรการควบคุมป้องกันต่างๆ ของรัฐส่งผลต่อการลดลงของการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ดังนี้

เมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันกับปีที่ผ่านมา ในช่วงเดือนมีนาคม - เมษายน ๒๕๖๓ พบผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลงร้อยละ ๕๕ (ปี ๒๕๖๓ เท่ากับ ๕๒,๑๗๗ คน และปี ๒๕๖๒ เท่ากับ ๙๔,๕๙๗) ผู้ขับขี่ที่ดื่มแล้วขับ บาดเจ็บและเสียชีวิต ลดลงร้อยละ ๕๗ (ลดลงจากปีที่ผ่านมา ๘,๙๕๓ คน) ซึ่งหากแยกตามกลุ่มอายุพบว่า อายุ ๑๕ - ๑๙ ปี บาดเจ็บและเสียชีวิตลดลงร้อยละ ๖๗ (ลดลง ๑,๓๑๓ คน) อายุ ๒๐ - ๒๔ ปี ลดลงร้อยละ ๖๖ (ลดลง ๑,๘๒๓ คน) และอายุ ๒๕ - ๒๙ ปี ลดลงร้อยละ ๕๘ (ลดลง ๑,๑๘๖ คน) และหากพิจารณาเฉพาะเดือนเมษายน ๒๕๖๓ เดือนเดียว พบว่าผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตลดลง ร้อยละ ๖๐ จากปีที่ผ่านมา และเฉพาะในช่วงเคอร์ฟิว ๒๒.๐๐ - ๐๔.๐๐ น. จำนวนผู้ขับขี่ที่ดื่มแล้วขับบาดเจ็บและเสียชีวิตลดลงร้อยละ ๖๖ และในช่วงเวลา ๒๔.๐๐ น. ลดลงมากถึงร้อยละ ๙๒ (ข้อมูลจากระบบรายงานข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข ๑,๐๖๒ โรงพยาบาล) และหากพิจารณาเฉพาะช่วงเวลา ๗ วันอันตราย ในปี ๒๕๖๓ (ซึ่งถือเป็นช่วงของเทศกาลสงกรานต์ แต่ในปี ๒๕๖๓ ประเทศไทยไม่มีการจัดงานสงกรานต์เนื่องจากโควิด-๑๙) พบว่าผู้เสียชีวิตลดลงร้อยละ ๕๗ ผู้บาดเจ็บลดลงร้อยละ ๖๓ และจำนวนครั้งของการเกิดอุบัติเหตุลดลง ร้อยละ ๖๑ เมื่อเทียบกับปี ๒๕๖๒ (ข้อมูลจาก ศปถ.)

เมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันกับปีที่ผ่านมา ในช่วงเดือนมกราคม - มีนาคม ๒๕๖๓ จำนวนผู้เสียชีวิตลดลง ๕๙๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๗๘ (ปี ๒๕๖๓ เสียชีวิต ๔,๙๒๔ คน และปี ๒๕๖๒ เสียชีวิต ๕,๕๑๙ คน) และจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทั้งสาหัสและเล็กน้อยลดลง ๙๔,๖๒๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๔๕ (ปี ๒๕๖๒ บาดเจ็บ ๓๗๑,๗๖๗ คน) ซึ่งสามารถลดมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจได้กว่า ๑.๗ หมื่นล้านบาท (ปี ๒๕๖๒ มีมูลค่าความสูญเสียประมาณ ๗.๗ หมื่นล้านบาท และปี ๒๕๖๓ มูลค่าความสูญเสียประมาณ ๕.๙ หมื่นล้านบาท) โดยเฉพาะในเดือนมีนาคมเดือนเดียว ที่เริ่มมีการประกาศ พ.ร.ก.ฉุกเฉิน ทำให้มีปริมาณการเดินทางลดลง การห้ามออกนอกเคหสถานในช่วงเวลา ๒๒.๐๐ - ๐๔.๐๐ น. และมีการตั้งด่านความมั่นคง ส่งผลให้จำนวนผู้เสียชีวิตลดลง ๒๐๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๘๕ เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา (ปี ๒๕๖๒ เสียชีวิต ๑,๘๕๓ คน) และผู้บาดเจ็บลดลง ๖๔,๘๘๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๐.๑๐ (ปี ๒๕๖๒ บาดเจ็บ ๑๒๙,๔๙๘ คน)

ซึ่งนอกจากนี้การดำเนินมาตรการ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ โดยการให้ประชาชนอยู่บ้านเพื่อหยุดการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-๑๙ ทำให้ธุรกิจส่งอาหารและสินค้าผ่านแอปพลิเคชันต่างๆ เช่น Grab, Line man, Foodpanda เติบโตแบบก้าวกระโดด ปัจจุบันมีผู้ประกอบการอาชีพดังกล่าวสูงถึง ๓๘๖,๐๐๒ คน (รวบรวมข้อมูลจากจำนวนสมาชิกในเพจเฟซบุ๊ก กลุ่มไลน์ Biker delivery) เนื่องจากธุรกิจดังกล่าวมีการแข่งขันสูง ความเร็วในการส่งของจึงถูกนำมาเป็นจุดขายของบริการในขณะเดียวกันหากส่งของได้รวดเร็วทันใจจะเพิ่มโอกาสในการที่ลูกค้าจะกดให้ทิปในแอปพลิเคชัน ซึ่งจะเป็นการเพิ่มรายได้ ในทางตรงกันข้ามถ้ามาส่งของช้า มีโอกาสที่จะถูกกดยกเลิกบริการ ทำให้เสียรายได้ เสียประวัติคะแนน และอาจต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่ลูกค้าสั่ง

เมื่อการให้บริการต้องแข่งกับความเร็วสิ่งที่ตามมา คือ พฤติกรรมเสี่ยงของพนักงานส่งของ ได้แก่ ขับเร็ว ย้อนศร โดยเฉพาะเมื่อต้องดูแผนที่ระหว่างขับขี่ หรือที่เรียกว่า “Distracted Driving” ทำให้ไม่มีสมาธิ



ในการขับขี่ อีกส่วนหนึ่งคือ เมื่อประชาชนเดินทางออกจากบ้านน้อยลง ทำให้ถนนโล่ง ดังนั้นผู้ขับขี่จึงใช้ความเร็วเพิ่มขึ้น ที่น่าตกใจคือ จากการสัมภาษณ์ผู้แทนกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพใช้รถจักรยานยนต์พบว่า การให้ความหมายต่อความเสี่ยงในการขับขี่รถจักรยานยนต์ขึ้นกับรถยนต์เป็นหลัก กล่าวคือ ความอันตรายจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อต้องใช้ถนนร่วมกับรถยนต์ ดังนั้นเมื่อรถยนต์ลดลงเท่ากับความเสี่ยงลดลงด้วย รถจักรยานยนต์จึงสามารถใช้ความเร็วได้โดยไม่ถือว่าเป็นเรื่องเสี่ยงหรืออันตรายแต่อย่างใด สาเหตุเหล่านี้ถือเป็นสิ่งที่จะต้องเฝ้าระวังและสื่อสารให้เข้าใจถึงพฤติกรรมการใช้บริการที่ต้องการความรวดเร็ว ซึ่งส่งผลให้ต้องมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-๑๙ ได้ส่งผลกระทบต่อทุกภาคส่วนไม่เว้นแม้แต่พฤติกรรมเมาแล้วขับของคนไทย จากข้อมูลของผู้ถูกคุมประพฤติในเดือนเมษายน ปี ๒๕๖๒ มีจำนวน ๑๗,๕๘๔ คน ลดลงเหลือเพียง ๕๕๐ คน ในปี ๒๕๖๓ ของเดือนเดียวกัน คิดเป็นลดลงร้อยละ ๙๖.๘ ทั้งนี้เนื่องจากมาตรการเข้มงวดของรัฐ ไม่ว่าจะเป็นการประกาศเคอร์ฟิว การห้ามจำหน่ายสุรา รวมถึงการปิดผับบาร์ ซึ่งส่งผลโดยตรงทำให้มีผู้ที่มีพฤติกรรมเมาแล้วขับลดลง ในขณะที่เปรียบเทียบสถิติของเดือนมีนาคม ๒๕๖๒ กับเดือนมีนาคม ๒๕๖๓ ซึ่งยังไม่ได้ออกมาตรการเข้มงวดดังกล่าว พบว่า มีผู้ถูกคุมประพฤติใกล้เคียง คือ ๒,๕๒๔ คน และ ๒,๖๒๑ คน ตามลำดับ

ในส่วนของการเดินทางด้วยรถโดยสารสาธารณะมาตรการสำคัญที่ออกมารับมือการระบาดของไวรัสโควิด-๑๙ ด้านกระทรวงคมนาคม และกรมการขนส่งทางบก ออกระเบียบการใช้มาตรการการรักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) ในส่วนของจุดจอดรถโดยสาร มีการจัดพื้นที่โดยให้เว้นที่นั่ง การทำความสะอาดบริเวณสถานีขนส่ง การวัดอุณหภูมิก่อนเดินทางขึ้นรถของผู้โดยสาร เป็นต้น ในส่วนของรถโดยสารแต่ละประเภท ทั้งรถตู้ รถทัวร์โดยสารขนาดใหญ่ และรถเมล์ ให้มีการเว้นระยะที่นั่งผู้โดยสารเช่นกัน รวมถึงมีการทำประวัติผู้โดยสาร และให้ผู้โดยสารทุกคนสวมหน้ากากอนามัยตลอดการเดินทาง แต่อย่างไรก็ดี ยังพบการติดเชื้อของผู้โดยสาร โดยเฉพาะในกลุ่มรถตู้ รถเมล์โดยสาร สาเหตุสำคัญที่กลุ่มรถโดยสารสาธารณะจะเป็นจุดแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-๑๙ เพราะเป็นระบบปิดโดยเฉพาะในกลุ่มรถตู้ ที่มีพื้นที่แคบ ระบบแอร์ไม่มีการกรองเชื้อโรคและที่สำคัญมีการเคลื่อนตัวของกลุ่มผู้โดยสารตลอดวัน^{๙๐} อย่างไรก็ตาม จากการประกาศของ พ.ร.ก. ฉุกเฉิน และการให้ประชาชนส่วนใหญ่ ทำงานที่บ้าน ลดการเดินทางระหว่างจังหวัดทำให้ผู้โดยสารลดลงมากกว่าครึ่ง ส่งผลให้การระบาดของไวรัสโควิด-๑๙ ในกลุ่มรถโดยสารสาธารณะลดลงเช่นกัน

ประเด็นที่ต้องติดตามในกรณีที่มีการปลดล็อกมาตรการเข้มงวด เมื่อประชาชนต้องเดินทางไปทำงาน เช่น เวลาปกติและเชื้อไวรัสโควิด-๑๙ เริ่มลดการระบาด มาตรการ social distancing ในกลุ่มรถโดยสารสาธารณะยังมีความจำเป็นอยู่หรือไม่ เพราะจำนวนผู้โดยสารรถโดยสารสาธารณะกับจำนวนที่นั่งที่ต้องเว้นระยะและการจำกัดพื้นที่ขึ้นบนรถ (กลุ่มรถเมล์) ไม่เพียงพอต่อความต้องการ อีกทั้งก่อนการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-๑๙ ผู้ประกอบการรถโดยสารสาธารณะทั้งที่อยู่ภายใต้การกำกับของ ขสมก. บขส. หรือ รถร่วมบริการภาคเอกชน ประสบปัญหาขาดทุน^{๙๑} ทั้งจากสาเหตุของต้นทุนค่าโดยสารไม่เหมาะสมกับการบริหารในสภาวะปัจจุบัน สภาพเส้นทางที่ไม่เชื่อมโยงสอดคล้องกัน หรือเส้นทางทับซ้อนกันจนต้องแย่งกันผู้โดยสาร สะท้อนให้เห็นว่ารถโดยสารสาธารณะปัจจุบันของไทยไม่สามารถตอบโจทย์การให้บริการพื้นฐานได้ ประกอบกับการระบาดของไวรัส การมีมาตรการ social distancing เป็นการบีบให้ประชาชนต้องเลือกการเดินทางโดยวิธีอื่น เช่น รถยนต์ หรือ รถจักรยานยนต์ส่วนบุคคล ที่จะเพิ่มขึ้น และในห้วงของการเปิดเทอม กลุ่มเยาวชน-นักเรียน เดินทางไปด้วย รถรับ-ส่งนักเรียน รถโรงเรียน และรถโดยสารสาธารณะ ช่วงเวลา

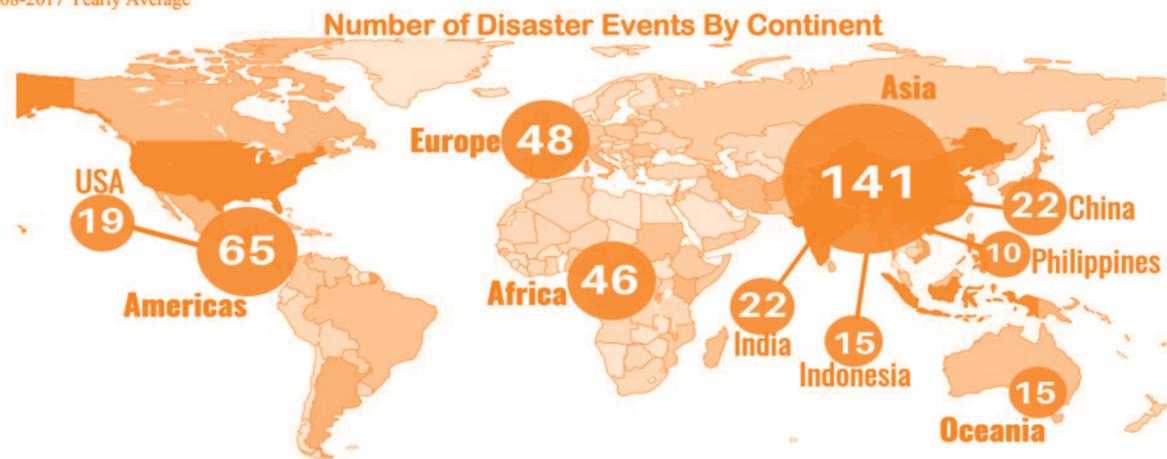
^{๙๐} <https://news.thaipbs.or.th/content/288679>

^{๙๑} <https://prachatai.com/journal/2010/04/28675>

การเดินทางโดยปกติ บนรถแต่ละคันจะมีการบรรทุกเด็กนักเรียนจำนวนมากกว่าจำนวนที่นั่งบนรถและการระบาดของไวรัสโควิด-๑๙ ยังคงมีอยู่ในระดับที่สามารถควบคุมได้ แต่จะมีผู้ปกครองจำนวนหนึ่งที่ห่วงลูกหลาน กังวลกับการติดเชืบบนรถโดยสารสาธารณะ แต่ไม่กังวลเรื่องความปลอดภัยในการเดินทางซื้อรถจักรยานยนต์ให้บุตรหลานเดินทาง หรือซื้อรถส่วนบุคคลเพื่อเดินทางไปรับ-ส่ง และหลังมาตรการผ่อนปรนของรัฐข้อกังวลอีกเรื่องหนึ่ง คือ ปัญหาการตีมาแล้วขับที่กำลังจะกลับมาเพิ่มขึ้นเนื่องจากการขายเครื่องตีแอลกอฮอล์ ที่กล่าวมาถือเป็นโจทย์ท้าทายที่ต้องวางแผนการทำงานต่อไป

ด้านการจัดการภัยพิบัติ

กว่าทศวรรษที่ผ่านมา ภาพรวมของการเกิดภัยพิบัติทั่วโลกมีแนวโน้มว่าทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยจากสถิติผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดจากภัยพิบัติ ในระหว่างปี ค.ศ. ๒๐๐๘ - ๒๐๑๗ พบว่า มีมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจสูงถึง ๑.๖๕ ล้านล้านเหรียญสหรัฐ มีผู้ได้รับบาดเจ็บ ๑.๙ พันล้านคน และมีผู้เสียชีวิต ๖ แสนคน (UNDRR, 2018) เมื่อเทียบกับสถิติผลกระทบจากภัยพิบัติที่เกิดขึ้นในปี ๒๐๑๘ (ดังภาพที่ ๑) จะเห็นได้ว่าจำนวนครั้งของการเกิดภัยพิบัติและจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นจากปี ๒๐๑๗ (CRED, 2019)



ภาพที่ ๑ ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดจากภัยพิบัติที่เกิดขึ้นในปี ค.ศ. ๒๐๑๘ ที่มา : CRED (2019)

ข้อมูลจากผลการศึกษาของหน่วยงานการจัดการภัยพิบัติในระดับสากลของสำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) พบว่า การลงทุนเพื่อตอบสนองต่อภัยพิบัติมีสัดส่วนสูงกว่าการลงทุนเพื่อการป้องกันประมาณ ๑ ต่อ ๕ เท่า นับตั้งแต่ปี ๑๙๙๑ มีรายงานว่าประเทศต่างๆ ที่มีการลงทุนเพื่อตอบสนองในทางการแก้ไขปัญหาภัยพิบัติเป็นมูลค่า ๗๐ พันล้านดอลลาร์สหรัฐ (ประมาณ ๒.๔๕ ล้านล้านบาท) ในขณะที่การลงทุนเพื่อการป้องกันคิดเป็นมูลค่าเพียง ๑๓.๕ พันล้านดอลลาร์สหรัฐ (ประมาณ ๔๗๒.๕ แสนล้านบาท) ประกอบกับสถานการณ์ภัยพิบัติมีความรุนแรงขึ้นทั่วทุกภูมิภาค ทางหน่วยงานนานาชาติที่ทำงานด้านภัยพิบัติเห็นความสำคัญของการดำเนินการลดความเสี่ยงภัยมากกว่าการรับมือกับภัย รวมทั้งปัญหาจากการจัดการภัยพิบัติที่หน่วยงานต่างเน้นวิธีปฏิบัติของตนเองโดยขาดการประสานสมทบซึ่งกันและกัน ให้พัฒนามาเป็น การกำหนดกรอบการ



ทำงานร่วมกัน ที่เรียกว่ากรอบการดำเนินงานเซนไดเพื่อการลดความเสี่ยงภัยพิบัติ พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๗๓ (Sendai Framework for Disaster Risk Reduction : SFDRR) ที่รับรองโดยรัฐบาลของประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติ มีระยะเวลาดำเนินการ ๑๕ ปี โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงใหม่ พร้อมทั้งลดความเสี่ยงที่มีอยู่เดิมตามมาตรการทางเศรษฐกิจ โครงสร้างกฎหมาย สุขภาพ วัฒนธรรม การศึกษา สภาพแวดล้อม และมาตรการของกลไกเชิงสถาบันและมีข้อเสนอแนะให้มีการใช้แนวทางการลดความเสี่ยงในกระบวนการกำหนดแผนการพัฒนาของหน่วยงานทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติโดยกำหนดให้เป็นแนวนโยบายที่จะต้องผลักดันให้นำไปสู่การปฏิบัติ แนวความคิดดังกล่าวนี้จึงกลายมาเป็นรากฐานความคิดสำคัญของการจัดการภัยพิบัติในปัจจุบัน (ที่มา : มูลนิธิ Thai WP, ๒๕๖๒)

สำหรับสถานการณ์การเกิดภัยพิบัติในประเทศไทยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา พบว่า อุทกภัยและภัยแล้งยังคงเป็นภัยพิบัติที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุดและสร้างความเสียหายต่อประเทศชาติมากที่สุด โดยจากรายงานสถิติการเกิดภัยพิบัติและตัวเลขความเสียหาย ของศูนย์อำนวยการบริหารศาสนาสาธารณกุศล และบรรเทาสาธารณภัย พบว่า ตั้งแต่ปี ๒๕๕๒ - ๒๕๖๑ อุทกภัยส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตจำนวน ๑,๗๒๗ คน มีผู้ได้รับผลกระทบมากกว่า ๕๕ ล้านคน และมีมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจกว่า ๕๐,๐๐๐ ล้านบาท และภัยแล้งที่เกิดขึ้นในระหว่างปี ๒๕๕๑ - ๒๕๖๐ ส่งผลให้มีผู้ได้รับผลกระทบมากกว่า ๑๐๐ ล้านคน สร้างความเสียหายต่อพื้นที่การเกษตรกว่า ๑๔ ล้านไร่ และมีมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจกว่า ๖,๐๐๐ ล้านบาท

สถานการณ์น้ำท่วมที่จังหวัดอุบลราชธานี ปี ๒๕๖๒ ถือว่าอยู่ในระดับรุนแรง มีความยาวนาน และเป็นวงกว้างมากที่สุดในรอบ ๔๐ ปี นับจากปีน้ำท่วมใหญ่ที่สุดของประเทศไทยในปี ๒๕๒๑ รวมมูลค่าความเสียหายเบื้องต้นคาดว่าประมาณ ๑,๐๐๐ ล้านบาท (คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ๒๕๖๓) อย่างไรก็ตาม ได้มีข้อเสนอแนวทางในการแก้ปัญหา และเตรียมการรับมือดังนี้ ๑) ควรมีการจัดการทั้งลำน้ำสาขาอย่างเป็นระบบ หากมีการบูรณาการทั้งลำน้ำก่อนเข้า และออกจากเมืองอุบลราชธานีจะช่วยแก้ปัญหา น้ำท่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ๒) สร้างกลไกมาตรการแจ้งเตือนให้เข้าถึงประชาชนทุกพื้นที่ และสื่อสารด้วยข้อมูลที่ประชาชนสามารถเข้าใจได้ทันที ๓) หน่วยงานภาครัฐควรมีการเตรียมความพร้อมในการรับมือ ๔) และสร้างองค์ความรู้ส่งต่อชุมชนเพื่อให้ชุมชนรู้จักการคิดวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ๕) ผลักดันให้เกิดการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น และชุมชนสามารถจัดการตนเองได้ ๖) หน่วยงานภาครัฐต้องมีเอกภาพในการจัดการ และควรมีเจ้าภาพหลักในการดำเนินงาน ๗) มีศูนย์กลางของข้อมูลที่ประชาชน และหน่วยงานสามารถเข้าถึงได้อีกทั้งข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ และ ๘) ควรมีการจัดการงบประมาณเพื่อกลไกที่ยั่งยืน (ที่มา : เวทีสาธารณะ ถอดบทเรียนอุทกภัยจังหวัดอุบลราชธานี ๒๕๖๒ “ทางเลือก ทางรอด บทเรียนอุทกภัยจังหวัดอุบลราชธานี ๒๕๖๒”, กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓) และจากการคาดการณ์ในปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕ ประเทศไทย อาจเผชิญกับเหตุการณ์อุทกภัยใหญ่ในลุ่มแม่น้ำเจ้าพระยา จึงควรที่จะมีการวางแผนรับมือไว้ล่วงหน้าอย่างมีประสิทธิภาพ (เสรี ศุภราทิตย์, ๒๕๖๒)

สถานการณ์ภัยแล้ง ภาพรวมสถานการณ์ฝนของประเทศไทยมีค่าน้อยกว่าเกณฑ์ปกติ ทำให้ปริมาณน้ำที่ใช้ได้ในเขื่อนและอ่างเก็บน้ำขนาดใหญ่มีระดับน้ำน้อยในขั้นวิกฤต (น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๓๐ ของความจุ) จำนวน ๑๘ แห่ง ใน ๑๕ จังหวัดจาก ๔ ภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ จ.เชียงใหม่ จ.ลำปาง จ.ตาก จ.อุตรดิตถ์ จ.อุทัยธานี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จ.อุดรธานี จ.ชัยภูมิ จ.ขอนแก่น จ.นครราชสีมา และ จ.บุรีรัมย์ ภาคกลาง ได้แก่ จ.สุพรรณบุรี จ.ลพบุรี ภาคตะวันออก ได้แก่ จ.ฉะเชิงเทรา จ.ชลบุรี และ จ.ระยอง ทั้งนี้สาเหตุของการเกิดภัยแล้ง คือ ปรากฏการณ์เอลนีโญ อากาศร้อนจัด ปริมาณฝนน้อย แล้งนาน ฝนน้อยทั่วโลก ณ เดือน



กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ มีการประกาศพื้นที่ประสบภัยแล้งแล้ว จำนวน ๒๒ จังหวัด ๑๓๓ อำเภอ ๖๙๖ ตำบล ๓ เทศบาล ๕,๙๕๒ หมู่บ้าน ครอบคลุม ๔ ภูมิภาค ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคตะวันออก ของประเทศ (ที่มา : กรมชลประทาน, กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓)

ปัญหาอัคคีภัยนับเป็นภัยที่มีความรุนแรงและเกิดขึ้นบ่อยครั้ง ในแต่ละปีจะมีสถิติการเกิดอัคคีภัยทั่วประเทศมากกว่าหนึ่งพันครั้ง โดยในปี ๒๕๖๒ เกิดอัคคีภัย จำนวน ๔,๔๘๓ ครั้ง เช่นเพลิงไหม้หญ้าและขยะ ๓,๐๘๕ ครั้ง, ไฟฟ้าลัดวงจร ๖๓๘ ครั้ง, เพลิงไหม้อาคาร/สิ่งของภายในอาคาร ๓๒๖ ครั้ง เพลิงสงบก่อนรถดับเพลิงถึงที่เกิดเหตุ ๒๕๖ ครั้ง เป็นต้น เฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีประชากรกว่า ๕,๗๐๐,๐๐๐ คน และอาคารบ้านเรือนหนาแน่นถึงกว่า ๒,๘๐๐,๐๐๐ หลัง รวมทั้งเขตที่อยู่อาศัยชุมชนหนาแน่นที่กระจายไปในหลายเขต ทำให้กรุงเทพมหานครมีความเสี่ยงสูงกว่าพื้นที่อื่นๆ ซึ่งชุมชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัยสูง ได้แก่ ชุมชนแออัด ชุมชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัยปานกลาง ได้แก่ ชุมชนที่มีที่อยู่อาศัยเป็นตึกแถว อาคาร และอาคารสูง และชุมชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัยน้อย ได้แก่ ชุมชนที่ปลูกสร้างบ้านในเนื้อที่ส่วนตัวเป็นหลัก ซึ่งอัคคีภัยที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความสูญเสียในชีวิตและทรัพย์สินจำนวนมาก อัคคีภัยถือเป็นภัยที่สามารถป้องกันและควบคุมไม่ให้ความรุนแรงได้ หากมีความรู้ความเข้าใจ (ที่มา : ฝ่ายการสื่อสารและสารสนเทศ สำนักงานอำนวยการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย สำนักป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กรุงเทพมหานคร)

จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้น ชี้ให้เห็นว่า ภัยพิบัติทางสิ่งแวดล้อมได้กลายเป็นภัยคุกคามและเป็นความเสี่ยงต่อการดำรงชีวิตอย่างปกติสุขของผู้คนในสังคม มีผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สิน รวมถึงชี้ให้เห็นว่าการป้องกันภัยพิบัติที่ผ่านมา ยังไม่สามารถช่วยลดทอนความสูญเสียให้น้อยลงได้มากนัก ไทยเริ่มนำแนวคิดในการจัดการภัยพิบัติโดยอาศัยชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Disaster Risk Management : CBDRM) คือ ๑) สร้างความตระหนักว่าชุมชนกำลังเผชิญกับอะไร ๒) ให้เข้าใจว่าผลกระทบจากภัยสามารถคาดการณ์ได้ ๓) เกิดการควบคุมบริหารจัดการโดยองค์กรชุมชน ๔) ให้ชุมชนมีแผนเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติสำหรับชุมชน มาใช้ในการป้องกันแก้ไขปัญหาภัยพิบัติ รวมทั้งสอดคล้องกับกรอบการดำเนินงานเซนไดเพื่อลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๗๓ (Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015 - 2030)

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

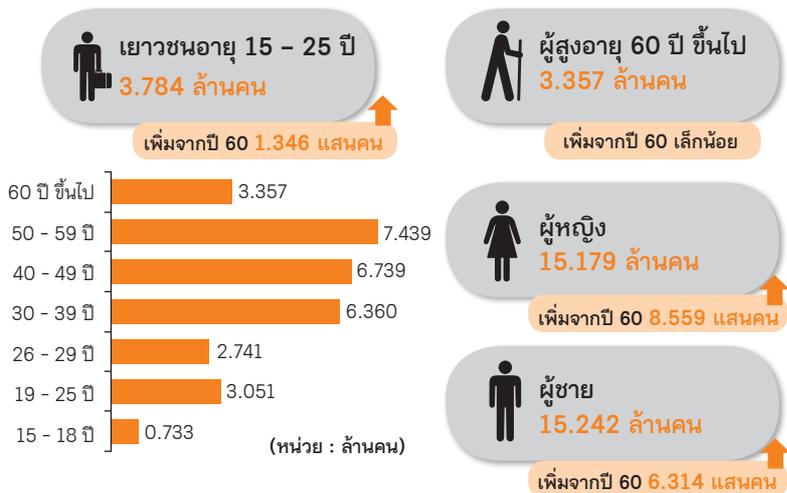
การดำเนินงานด้านการลดปัญหาจากการพนัน มีความสอดคล้องกับกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนและด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) ด้านการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิตและการสร้างเสริมให้คนมีสุขภาวะที่ดี การสร้างสภาพแวดล้อมและนวัตกรรมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในสังคมสูงวัย กล่าวคือ แม้คนส่วนใหญ่จะเล่นการพนันเป็นครั้งคราวเพื่อความบันเทิง ความตื่นเต้น หรือต้องการเสี่ยงโชคเล็กๆ น้อยๆ แต่มีคนส่วนหนึ่งที่เล่นการพนันแบบเสพติดหรือยับยั้งใจไม่ได้ คือ เล่นมาก เล่นบ่อย เล่นต่อเนื่อง เลิกไม่ได้ จนก่อให้เกิดปัญหาต่อการดำเนินชีวิตและตามมาด้วยผลกระทบ เช่น ปัญหาสุขภาพจิตและสุขภาพกาย ปัญหาหนี้สิน ปัญหาครอบครัว การใช้ความรุนแรง อาชญากรรม ฯลฯ งานวิจัยทางการแพทย์พบว่า คนที่ติดการพนันจนเป็นปัญหาอาจเกิดจากปัจจัยทางพันธุกรรม การเลี้ยงดู สภาพแวดล้อม ประสบการณ์ในชีวิต รวมถึงปัญหาทางด้านจิตวิทยา และอาการติดพนันมีลักษณะคล้ายคนเสพติดสารเสพติดอื่นๆ ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกจัดให้โรคติดการพนัน (Pathological Gambling) เป็นโรคทางจิตเวช กลุ่มความผิดปกติเกี่ยวกับจิต พฤติกรรม หรือพัฒนาการทางระบบประสาท (Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders) เช่นเดียวกับโรคติดเกม



ประเภทของการพนัน แบ่งออกเป็น ๓ กลุ่มใหญ่ ได้แก่ ๑) เกมพนัน (Gaming) การเล่นเกมที่ใช้ อุปกรณ์ ส่วนใหญ่เป็นการเล่นเกมพนันในบ่อนหรือกาสิโน และการเล่นเกมพนันด้วยเครื่องเล่นหรือสล็อตแมชชีน ๒) การเดิมพัน (Betting) การเล่นเกมพนันทายผล มีทั้งการทายผลการแข่งขันกีฬาและการทายผลเหตุการณ์ ๓) สลาก/ลอตเตอรี่ (Lottery) การเล่นเกมพนันเสี่ยงโชค ส่วนใหญ่เป็นการเสี่ยงโชคโดยออกผลรางวัลเป็นตัวเลข ซึ่งสมาคมสลากกินแบ่งโลก (World Lottery Association : WLA) ได้จัดแบ่งการพนันสลาก/ลอตเตอรี่ ออกเป็น ๕ ประเภท ได้แก่ สลากแบบดั้งเดิม (สลากใบที่ออกในลักษณะเดียวกับสลากกินแบ่งรัฐบาล) สลากลอตโต้ สลากรู้ผลทันที สลากตัวเลข และสลากกีฬา (Toto) สำหรับการพนันออนไลน์ เป็นการเล่นเกมพนัน ผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ต ทั้งเกมพนัน การเดิมพัน และสลาก/ลอตเตอรี่

ด้านสถานการณ์ พฤติกรรม และผลกระทบการพนันในประเทศไทย ประจำปี ๒๕๖๒ (ที่มา : ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน; ๒๕๖๒) โดยการสำรวจข้อมูลกับประชาชนทั่วไปที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ใน ๗๗ จังหวัด ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๒ รวม ๔๔,๐๕๐ ตัวอย่าง พบว่า คนไทยร้อยละ ๗๖.๓ หรือประมาณ ๔๐.๖๔ ล้านคน เคยเล่นเกมพนัน ประมาณครึ่งหนึ่งเริ่มเล่นเกมพนันครั้งแรกเมื่ออายุไม่เกิน ๒๐ ปี อายุต่ำสุดของการเริ่มเล่นเกมพนันครั้งแรกอยู่ที่ ๗ ปี คนเริ่มต้นเล่นการพนันตอนอายุมากเริ่มต้นเล่นเกมพนันครั้งแรกตอนอายุ ๖๒ ปี สองประเภทการพนันที่ชักจูงใจคนเริ่มเล่นเกมพนันครั้งแรกมากที่สุดคือ สลากกินแบ่งรัฐบาลและหวยใต้ดิน ถัดมาคือ พนันไพ่ ไฮโล พนันฟุตบอล น้ำเต้าปูปลา โกงเงิน และอื่นๆ ในส่วนของการเล่นเกมพนันผ่านช่องทางออนไลน์ พบว่าคนไทยร้อยละ ๗.๔ หรือประมาณ ๓.๑๙ ล้านคน ระบุว่าเคยเล่นเกมพนันผ่านช่องทางออนไลน์

ปี ๒๕๖๒ คนไทยเล่นการพนันร้อยละ ๕๗ หรือประมาณ ๓๐.๔๒ ล้านคน เมื่อเทียบกับผลสำรวจปี ๒๕๖๐ พบว่าเพิ่มขึ้นประมาณ ๑.๔๙ ล้านคน เป็นผู้ที่เล่นเกมพนันครั้งแรกในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา หรือเรียกว่า “นักพนันหน้าใหม่” ๗ แสนกว่าคน แม้พบว่านักพนันส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยทำงาน แต่ก็น่ากังวลใจที่มีเด็กอายุ ๑๕ - ๑๘ ปี เล่นการพนันประมาณ ๗.๓๓ แสนคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๒๐.๙ ของกลุ่มเด็ก โดยมีวงเงินพนันหมื่นเวียนรวมประมาณ ๑๐,๒๐๐ ล้านบาท และเยาวชนอายุ ๑๙ - ๒๕ ปี เล่นการพนันประมาณ ๓.๐๕ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๔๖.๓ ของกลุ่มเยาวชน โดยมีวงเงินพนันหมื่นเวียนรวมประมาณ ๕๘,๘๗๘ ล้านบาท ขณะที่กลุ่มผู้สูงวัยอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เล่นการพนันประมาณ ๓.๓๕ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๔๒.๒ ของกลุ่มผู้สูงวัย โดยมีวงเงินพนันหมื่นเวียนรวมประมาณ ๕๗,๑๓๑ ล้านบาท (ภาพที่ ๒)



ภาพที่ ๒ ประมาณการจำนวนคนที่เล่นการพนัน ปี 2562 จำแนกตามช่วงอายุและเพศ

การพนันยอदनียม ๕ อันดับแรกยังคงเป็นเช่นเดียวกับผลสำรวจที่ผ่านมา ได้แก่ สลากกินแบ่งรัฐบาล หวยใต้ดิน ไพ่ พนันทายผลฟุตบอล และไฮโล/ไปป์/น้ำเต้าปูปลา แต่เมื่อดูจากวงเงินที่หมุนเวียนในตลาดพนัน กลับพบว่า พนันทายผลฟุตบอลมาเป็นอันดับ ๑ มีวงเงินพนันหมุนเวียนมากถึง ๑๖๐,๕๔๒ ล้านบาท ตามมาด้วยหวยใต้ดิน ๑๕๓,๑๕๘ ล้านบาท และสลากกินแบ่งรัฐบาล ๑๕๐,๔๘๖ ล้านบาท

ด้านผลกระทบ พบว่า ร้อยละ ๙.๘ ของผู้ที่เล่นพนันในปี ๒๕๖๒ ระบุว่าได้รับผลกระทบเชิงลบจากการพนัน ได้แก่ ขาดเงินใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน มีปัญหาความเครียด เป็นหนี้ มีปากเสียงทะเลาะกับคนในครอบครัว สุขภาพเสื่อมโทรม เสียเวลาทำงานหรือการเรียน และอื่นๆ โดยประมาณ ๑.๐๖๘ ล้านคนมีหนี้สินที่เกิดจากการพนัน รวมกันประมาณ ๑๑,๔๖๘ ล้านบาท หรือเฉลี่ยที่คนละ ๑๐,๗๓๘ บาท

ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด-๑๙ การพนันที่ได้ชื่อว่าเป็นธุรกิจที่ไม่เคยมีเวลาหยุดพักไม่ว่าจะสถานการณ์ใด จึงยังพบข่าวการตั้งวงพนันในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคอย่างไม่เกรงกลัวต่อการติดเชื้อหรือจะเป็นผู้แพร่เชื้อและรับเชื้อโควิด-๑๙ อย่างไรก็ดีตามแม่ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโรคโควิด-๑๙ หรือ ศบค. จะแถลงเรื่องห้ามเล่นการพนันทุกชนิด เพราะมีโอกาสเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของเชื้อโรค เมื่อต้องไปอยู่รวมกันเป็นหมู่่มาก ทว่าจากการเฝ้าระวังของเจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าพนักงานท้องถิ่น และเครือข่ายรณรงค์หยุดพนันกลับยังพบการตรวจจับวงพนันและการลักลอบเล่นพนันอย่างต่อเนื่อง

จากการรวบรวมข้อมูลเว็บไซต์ข่าวออนไลน์ตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม - ๑๕ เมษายน ๒๕๖๓ พบการจับกุมบ่อนพนันกว่า ๒๒ ครั้ง จับนักพนันได้ ๘๑๔ ราย ส่วนบ่อนพนันยอदनียมอันดับ ๑ ได้แก่ บ่อนไฮโล จำนวน ๑๙ บ่อ อันดับ ๒ ได้แก่ บ่อนโก๋ชน ๒ บ่อ บ่อนทางภาคใต้ ร้อยละ ๔๒.๘๕ ภาคกลางร้อยละ ๓๘.๐๙ ภาคเหนือ ร้อยละ ๙.๒๕ ภาคอีสานร้อยละ ๙.๒๕

จากมาตรการ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” ส่งผลให้ธุรกิจพนันออนไลน์อาศัยช่วงเวลาที่ประชาชนมีเวลาว่าง โพสต์หรือแชร์เพื่อเชิญชวนให้เล่นพนันออนไลน์ ส่งผลให้คนที่ติดการพนันหันไปลองเล่นพนันออนไลน์มากขึ้น มีเพียงคนบางกลุ่มที่อาจจะไม่คุ้นชินกับสื่อออนไลน์ การพนันออนไลน์จึงไม่ใช่รูปแบบการเล่นพนันที่จะเข้ามาทดแทนได้ แต่ก็ยังพบว่ามีเกมแอบลักลอบไปเล่นพนันนอกบ้านอยู่ในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่เป็นช่วงปิดเทอมนานกว่าปกติเพราะสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโรค เด็กและเยาวชนอาจเผลอเข้าไปลองเล่นพนันออนไลน์ได้เพราะขาดความรู้เท่าทัน ทั้งนี้จากการสำรวจพฤติกรรมของเด็กและเยาวชนกับการใช้สื่อออนไลน์ในช่วง “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” และการเฝ้าระวังเกี่ยวกับกลยุทธ์ทางการตลาดและการโฆษณาของธุรกิจพนันออนไลน์ ระหว่างวันที่ ๑ มีนาคม - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๓ พบว่า ๓ อันดับของช่องทางที่มีการพบเห็นโฆษณาพนันออนไลน์มากที่สุด ได้แก่ เฟซบุ๊ก ร้อยละ ๗๖.๕๓ เว็บไซต์หรือแอป ดูหนัง/ฟังเพลง/เล่นเกม ร้อยละ ๗๐.๖๔ และไลน์ร้อยละ ๓๒.๕๐ ตามลำดับ เมื่อเห็นโฆษณาการพนันออนไลน์แล้ว มีเด็กและเยาวชนเข้าไปเล่นพนัน ร้อยละ ๑๓.๒๔ ผลจากการเข้าไปเล่นพนันในช่วงโควิด-๑๙ (มีนาคม - พฤษภาคม) ส่วนใหญ่คือร้อยละ ๘๒.๑๘ เสียมากกว่าได้ โดยจำนวนเงินที่เสีย สูงสุด ๑๐๐,๐๐๐ บาท เสียน้อยที่สุด ๗,๐๐๐ บาท นอกจากนี้ยังพบจำนวนเว็บไซต์การพนันเพิ่มขึ้นจำนวน ๒๐๐ เว็บไซต์ ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-๑๙ อีกด้วย

ด้านกฎหมายควบคุมเรื่องการพนันโดยภาพรวม คือ พ.ร.บ.การพนัน พ.ศ. ๒๔๗๘ อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย ยกเว้นการพนันสลากที่ขึ้นอยู่กัสำนักงานกิงแบ่งรัฐบาล ภายใต้ พ.ร.บ.สำนักงานกิงแบ่งรัฐบาล (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒



จุดเน้นของแผน

ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

๑) ด้านการพัฒนานโยบาย และสร้างเป้าหมายร่วม

- ๑.๑ สนับสนุนการขับเคลื่อนงานของกลไกจัดการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) เน้นขับเคลื่อนกลไกจัดการส่วนกลาง โดยยกระดับการทำงาน ศปถ. ให้มีการจัดการที่เข้มข้น และกลไกจัดการในระดับพื้นที่ ศปถ.จังหวัด ศปถ.อำเภอ ศปถ.อปท. มุ่งเน้นการขับเคลื่อน ตำบลขับขี่ปลอดภัย และบูรณาการร่วมกับกลไกที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ เช่น พชอ., D-RTI ของกรมควบคุมโรค, งาน COVID-19 เป็นต้น
- ๑.๒ ผลักดันนโยบาย มาตรการ และสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายในประเด็นสำคัญ ได้แก่ มาตรการจัดการความเสี่ยงในกลุ่มรถจักรยานยนต์ปลอดภัย อาทิ การสวมหมวกนิรภัย และ ความเสี่ยงหลักอื่นๆ อย่างเป็นระบบ เช่น การขับเร็ว ดื่มแล้วขับ การใช้อุปกรณ์นิรภัย เป็นต้น โดยดำเนินการควบคู่กับ พ.ร.บ.จราจรทางบกฯ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงร่วมพัฒนากลไก จัดการด้านการบังคับใช้กฎหมายและการพัฒนาอนุกรรมการบังคับใช้กฎหมายจังหวัดใน ศปถ. จังหวัด ให้สามารถจัดการข้อมูลและนำมาวางแผนแก้ไขตามปัญหาและความเสี่ยงของพื้นที่ เน้นการบังคับใช้กฎหมายเชิงบวก โดยใช้แนวคิดการปลูกฝังพฤติกรรมความปลอดภัย ร่วมกับการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง
- ๑.๓ สนับสนุนภาคการเมืองในการขับเคลื่อนกลไกและกฎหมายความปลอดภัยทางถนนของไทย เช่น สมาชิกวุฒิสภา และสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร เป็นต้น

๒) ด้านเครือข่ายภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

- ๒.๑ ส่งเสริมวินัยจราจร การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย ควบคุมและบูรณาการไปกับการทำงาน เรื่อง “COVID-19” เพื่อให้ผู้ใช้รถใช้ถนนและผู้เกี่ยวข้องรับรู้ถึงความเสี่ยงและปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงหลัก โดยเฉพาะกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์และการสวมหมวกนิรภัย ควบคู่กับพฤติกรรมเสี่ยง อื่นๆ (ความเร็ว, ดื่มแล้วขับ) และมุ่งส่งเสริมให้ประชาชนมี “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)” โดยเน้นใช้ข้อมูลความสูญเสีย ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้สูญเสีย นำสู่ การสร้างให้เกิด “จิตสำนึก” ร่วมรับผิดชอบต่อการจัดการความปลอดภัยทางถนน
- ๒.๒ สื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความตระหนักเน้นช่องทางออนไลน์ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ในประเด็นเสี่ยง (ความเร็ว, ดื่มแล้วขับ) และกลุ่มเสี่ยง (ผู้ใช้รถจักรยานยนต์, กลุ่มวัยรุ่น, กลุ่มแรงงาน, กลุ่มผู้มีเศรษฐกิจฐานต่ำ) และส่งเสริมการสร้างมาตรการองค์กรและมาตรการ ชุมชนเพื่อความปลอดภัยทางถนน เน้นรถจักรยานยนต์และการสวมหมวกนิรภัย ตลอดจน การสื่อสารสาธารณะให้เข้าใจบทบาท สสส. ต่องานด้านความปลอดภัยทางถนนของประเทศ
- ๒.๓ ส่งเสริมการขยายเครือข่ายภาคประชาชนและการรณรงค์ สร้าง Influencer ด้านความปลอดภัย ทางถนน เช่น เครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบจากอุบัติเหตุทางถนน เครือข่ายเด็กและเยาวชน เครือข่าย สื่อออนไลน์ เครือข่ายพ่อแม่ผู้ปกครอง เป็นต้น เพื่อเร่งสร้างความตระหนักให้กับสังคม เน้นที่ ความสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนนที่ส่งผลกระทบต่อดำรงชีวิต ผลกระทบต่อครอบครัว



เศรษฐกิจของประเทศ ภาวะด้านสาธารณสุข และความสูญเสียด้านต่างๆ รวมถึงการเฝ้าระวังข่าวปลอมที่เกิดขึ้นเพื่อนำเสนอข้อเท็จจริงต่อสังคม

- ๒.๔ ส่งเสริมการวิเคราะห์อุบัติเหตุทางถนนเชิงลึก เพื่อเชื่อมโยงสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและรากของปัญหา ที่นำไปสู่ผู้เกี่ยวข้องและเจ้าภาพระดับต่างๆ ร่วมรับผิดชอบ

๓) ด้านโครงสร้างและการบูรณาการระดับพื้นที่

- ๓.๑ สนับสนุนให้จังหวัดมีนโยบายด้านความปลอดภัยทางถนนอย่างเข้มข้น โดยเฉพาะการมีนโยบายลงไปถึงระดับพื้นที่และมีการขับเคลื่อน ศปถ.จังหวัด ศปถ.อำเภอ ให้ดำเนินการตลอดทั้งปี และมีการติดตามและตั้งเป้าหมายการทำงาน เช่น ลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุของจังหวัด, เพิ่มอัตราการสวมหมวกนิรภัย เป็นต้น
- ๓.๒ สนับสนุนเสริมความเข้มแข็งให้กลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ/พื้นที่ (ศปถ.อำเภอ, ศปถ.อปท.) และบูรณาการงานในระดับอำเภอร่วมกันระหว่าง กลไก ศปถ.อำเภอ การดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) เพื่อมุ่งแก้ไขปัญหาหลักของพื้นที่โดยเน้นเรื่องรถจักรยานยนต์ การสวมหมวกนิรภัย การขับรถเร็ว และงาน COVID-19
- ๓.๓ เชื่อมประสานกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาชน ท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนให้ระดับอำเภอ ท้องถิ่น และพื้นที่ สร้างมาตรการลดอุบัติเหตุทางถนนของท้องถิ่น/พื้นที่-ชุมชน ที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาที่เกิดจาก “รถจักรยานยนต์” และ “ปัญหาหลักของพื้นที่” และบูรณาการงานในระดับพื้นที่ร่วมกับงาน COVID-19

๔) ด้านการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้อุบัติเหตุจราจร

- ๔.๑ พัฒนางานวิชาการ งานวิจัย ชุมความรู้ และข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยมุ่งเน้นการจัดการปัญหาที่เกิดจากรถจักรยานยนต์ เช่น การสวมหมวกนิรภัย, ใบขับขี่, เส้นทางปลอดภัยสำหรับรถจักรยานยนต์ และระบบความปลอดภัยรถจักรยานยนต์ เป็นต้น เพื่อสนับสนุนหน่วยงานหลักในเชิงนโยบายและหน่วยปฏิบัติการในระดับพื้นที่ รวมถึงสนับสนุนงานวิชาการและการจัดการความรู้ที่จำเป็นตามสถานการณ์ เช่น แนวทางการบูรณาการงานด้านความปลอดภัยทางถนนร่วมกับ COVID-19 และทางเลือกวิถีชีวิตใหม่ด้านความปลอดภัยทางถนน เป็นต้น
- ๔.๒ พัฒนาชุดความรู้ คู่มือ แนวทาง และพัฒนาศักยภาพบุคลากร ให้สามารถขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ศปถ.จังหวัด, ศปถ.อำเภอ, แขวงทางหลวง, แขวงทางหลวงชนบท) รวมถึงจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้กับส่วนกลางเพื่อขับเคลื่อนกลไก ศปถ. ให้มีประสิทธิภาพ
- ๔.๓ พัฒนาและขยายเครือข่ายนักวิชาการ ร่วมกับหน่วยงานและกองทุนด้านความปลอดภัยทางถนน เช่น สกสว. วช. กปถ. เป็นต้น โดยมุ่งให้เกิดเครือข่ายระดับมหาวิทยาลัยภูมิภาคและเครือข่ายวิชาการ พี่เลี้ยง และกระบวนการระดับต่างๆ เพื่อพัฒนาเป็นนักขับเคลื่อนนโยบาย นักวิชาการสนับสนุนงาน และสื่อสารเชิงวิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนนในระดับภูมิภาคและพื้นที่



ด้านการจัดการภัยพิบัติ

- ๑) เสริมศักยภาพภาคีเครือข่ายให้พัฒนากลไกการป้องกันและแก้ไขปัญหาย่างเป็นรูปธรรม ที่เน้นการจัดการเชิงระบบในระดับอำเภอ/จังหวัด ที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างภาคประชาสังคม ท้องถิ่น และหน่วยงานภาครัฐ ตลอดจนการเชื่อมประสานการบูรณาการทำงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อมุ่งป้องกันแก้ไขภัยน้ำท่วม เป็นสำคัญ
- ๒) สนับสนุนให้เกิดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการจัดการภัยพิบัติโดยเน้นการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชนให้สามารถจัดการตนเองได้

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

- ๑) พัฒนาองค์ความรู้เพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์และผลกระทบจากการพนันทั้งในเชิงพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงการพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหาย โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน
- ๒) ขยายเครือข่ายและการมีส่วนร่วม โดยมุ่งสร้างและพัฒนาศักยภาพแกนนำนครนรงค์ในกลุ่มเยาวชนและชุมชน
- ๓) สื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจต่อปัญหาการพนัน รวมถึงการพัฒนาชุดการเรียนรู้เพื่อสร้างการรู้เท่าทันการพนันโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

๑. ลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย

วัตถุประสงค์รอง

๒. สนับสนุนเป้าหมายการลดแนวโน้มการเกิดและการสูญเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประชาชนไทยของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน
๓. พัฒนาโครงสร้างการทำงานและการบูรณาการการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่
๔. สนับสนุนการวิจัยและการจัดการความรู้ด้านอุบัติเหตุทางถนนที่จำเป็น
๕. รณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนนและขยายภาคีเครือข่ายร่วมสร้างความปลอดภัยทางถนนในทุกภาคส่วน
๖. สร้างความเข้มแข็งของท้องถิ่น ภาคประชาสังคม ในการเชื่อมประสานภาครัฐจัดการป้องกันและเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ
๗. พัฒนาองค์ความรู้ พัฒนาเครือข่ายการทำงานเพื่อสร้างความตระหนักต่อปัญหาจากการพนัน สร้างภูมิคุ้มกันในกลุ่มเด็กและเยาวชน รวมทั้งสนับสนุนนโยบายสาธารณะที่มีทิศทางไม่เพิ่มพื้นที่การพนัน



เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ ๗๕)

ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

๑. เกิดนโยบายสาธารณะใหม่ มาตรการ แนวปฏิบัติที่ส่งผลต่อการลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ผ่านกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในระดับต่างๆ อย่างน้อย ๑ เรื่อง
๒. เกิดกระแสสังคมเรื่องความปลอดภัยจากอุบัติเหตุทางถนน ที่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ หรือพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มแล้วขับ ไม่สวมหมวกนิรภัย อย่างน้อย ๒ ประเด็น ซึ่งเป็นการประสานความร่วมมือจากสื่อมวลชนร่วมเผยแพร่ผ่านช่องทางต่างๆ
๓. เกิดกลไกการจัดการอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่อำเภอเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อย่างน้อย ร้อยละ ๒๐ ของพื้นที่อำเภอเสี่ยง (ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค และ ศปถ. ระบุพื้นที่อำเภอเสี่ยง ๒๘๓ อำเภอ)
๔. เกิดองค์ความรู้และการจัดการความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนนที่จำเป็น ชุดความรู้ สรุบทเรียน และคู่มือ อย่างน้อย ๕ เรื่อง โดยมีการนำองค์ความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการสนับสนุนนโยบาย มาตรการ หรือสนับสนุนการปฏิบัติงานในระดับหน่วยงานและพื้นที่

ด้านการจัดการภัยพิบัติ

๕. เกิดกระแสสังคมเรื่องการป้องกันและเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติโดยเน้นให้กลุ่มเป้าหมายสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อการป้องกันและเตรียมความพร้อมเมื่อเกิดภัยได้ อย่างน้อย ๑ ประเด็น ซึ่งเป็นการประสานความร่วมมือจากสื่อมวลชนร่วมเผยแพร่ผ่านช่องทางต่างๆ

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

๖. เกิดกระแสสังคมเรื่องปัญหาที่เกิดจากการพนัน โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายเด็กและเยาวชน อย่างน้อย ๑ ประเด็น ซึ่งเป็นการประสานความร่วมมือจากสื่อมวลชนร่วมเผยแพร่ผ่านช่องทางต่างๆ

ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดกลางประจำปี (น้ำหนักร้อยละ ๒๕)

๗. บูรณาการการทำงานกับแผนควบคุมยาสูบ (แผน ๑) และแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด (แผน ๒) ร่วมกับกลุ่มแผนงานลดปัญหาจากการพนัน (แผน ๓) เพื่อมุ่งพัฒนาให้เกิดคู่มือ “วัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยง” (Model) ทั้งการลดปัญหาการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการลดปัญหาจากการพนัน
๘. สื่อสารให้กลุ่มเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและระดับประถมศึกษาตอนต้น เข้าถึงและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในประเด็นความปลอดภัยจากอุบัติเหตุทางถนน และการลดปัญหาจากการพนัน อย่างน้อย ๕๐ แห่ง



แนวทางการดำเนินงาน

ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

ประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การเคลื่อนสังคมและการพัฒนานโยบาย ให้เชื่อมโยงและสนับสนุนกัน อย่างมีประสิทธิภาพ โดยในด้านความปลอดภัยทางถนน มีการพัฒนาสมรรถนะขององค์กรและบุคลากรที่จำเป็น และการบูรณาการยุทธศาสตร์ทั้งด้านการบังคับใช้กฎหมาย (enforcement) การให้ข้อมูลความรู้ (education) วิศวกรรมจราจร (engineering) การจัดระบบบริการฉุกเฉิน (EMS) และการประเมินผล (evaluation) ในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ทั้งในนโยบายระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ โดยนำไปสู่การสนับสนุนตาม กรอบยุทธศาสตร์ตามแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๓ ทั้ง ๕ ประการ ได้แก่ ๑) การบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน ๒) ถนนและการสัญจรอย่างปลอดภัย ๓) ยานพาหนะปลอดภัย ๔) ผู้ใช้รถใช้ถนนอย่างปลอดภัย และ ๕) การตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนน และแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔

ด้านการจัดการภัยพิบัติ

เชื่อมโยงการทำงานระหว่างภาคประชาสังคม ท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐ เพื่อสร้างกลไกความร่วมมือที่ มุ่งเน้นสู่การลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น โดยให้ความสำคัญสูงต่อการดำเนินงานในช่วงก่อนเกิดภัย ทั้งด้าน การป้องกันและลดผลกระทบ (Prevention and Mitigation) ด้านการเตรียมความพร้อม (Preparedness) และรองรับการทำงานในช่วงระหว่างเกิดภัยและหลังเกิดภัย รวมถึงมุ่งสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกัน และเตรียมความพร้อมในการรับมือภัยพิบัติ

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

ขับเคลื่อนดำเนินงานตามยุทธศาสตร์หลัก “สามสามพลัง” ประกอบด้วย พลังปัญญา พลังนโยบาย และ พลังสังคม เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนงานให้เข้มแข็งมากยิ่งขึ้น พัฒนาให้เกิดระบบฐานข้อมูลสถิติด้านการควบคุม ปัญหาการพนันระดับชาติมุ่งเน้นสร้างความตระหนักต่อสังคมด้านผลกระทบจากการพนันเพื่อสร้าง “ภูมิคุ้มกัน ให้กับภาคสังคม” เป็นเจ้าภาพหลักร่วมกันในการจัดระเบียบ นโยบาย มาตรการ และกลไกที่มีประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพ เพื่อมุ่งสู่การลดปัญหาจากการพนันหลักที่ก่อผลกระทบสูงก่อนโดยเฉพาะในกลุ่มเป้าหมายเด็กและ เยาวชนเป็นสำคัญ

กลุ่มแผนงาน

แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม ประกอบด้วย ๖ กลุ่มแผนงาน ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานการพัฒนานโยบายและสร้างเป้าหมายร่วม

- ๑.๑ สนับสนุนศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) ดำเนินงานตามแผนทศวรรษแห่ง ความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๓ ซึ่งดำเนินการด้านความปลอดภัยทางถนนของ ประเทศไทยให้บรรลุเป้าหมายตามกรอบปฏิญญามอสโก คือ ลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ทางถนนลงเหลือต่ำกว่า ๑๐ คนต่อประชากรหนึ่งแสนคนในปี ๒๕๖๓ ภายใต้แนวทางการดำเนินงาน ๕ เสาหลักของแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน รวมถึงสนับสนุน

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (The Sustainable Development Goals : SDGs) ของรัฐบาล ที่เกี่ยวข้องกับการลดอัตราผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน และมุ่งเน้นสนับสนุน การขับเคลื่อน “ตำบลขับขี่ปลอดภัย” ผ่านกลไกหลักของ ศปถ.อำเภอ และ ศปถ.อปท. ซึ่งเป็น นโยบายหลักของ ศปถ. ตั้งแต่ปลายปี ๒๕๖๒ โดยตั้งเป้าหมายลดอัตราการเสียชีวิตจาก อุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ตำบลเป้าหมายลดลงให้ได้ ร้อยละ ๕ ต่อไตรมาส เปรียบเทียบข้อมูล จากค่าเฉลี่ย ๕ ปีย้อนหลัง จากฐานของ บ.กลางฯ

- ๑.๒ ผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๓ และแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน รวมถึงการสนับสนุนหน่วย ปฏิบัติงาน ระดับกรม/กอง/สำนัก ให้ทำงานประจำต่อเนื่องให้มากยิ่งขึ้น และประสานความร่วมมือ ในการสนับสนุนการทำงานของตำรวจทั้งส่วนกลางและส่วนพื้นที่
- ๑.๓ ผลักดันและสนับสนุนให้การดำเนินงานตามทิศทาง “ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน” ของสหประชาชาติและกรอบแผนทศวรรษความปลอดภัยทางถนนของ ศปถ. เป็นไปอย่างมี ประสิทธิภาพ ได้แก่ (๑) สนับสนุนกลไกการจัดการของ ศปถ. ทั้งในระดับชาติ จังหวัด อำเภอ และท้องถิ่น และคณะกรรมการ ศปถ. ที่มีอยู่ ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควบคู่ไปกับการเชื่อมโยงบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (๒) สนับสนุนกลไกด้านข้อมูล MIS และการติดตามกำกับ ประเมินผล (Monitoring and Evaluation : M&E) ให้มีประสิทธิภาพ (๓) สนับสนุนและผลักดันให้เกิด “โครงสร้างการจัดการด้านวิชาการ” และกลไกด้านงบประมาณ ที่เหมาะสมกับการขับเคลื่อนการแก้ปัญหา ตลอดจนการนำผลการประเมินครั้งทศวรรษของ แผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน และปฏิญญาสตอกโฮล์ม จากการประชุมผู้บริหาร ระดับสูงของทุกประเทศที่ร่วมประชุมด้านความปลอดภัยทางถนนระดับโลก ครั้งที่ ๓ (The 3rd Global Ministerial Conference on Road Safety) ณ กรุงสตอกโฮล์ม ประเทศสวีเดน สำคัญ ๑๘ ข้อ^{๓๔} เพื่อผลักดันให้บรรลุ Global Goals ในปี ๒๐๓๐ มาพัฒนาและปรับปรุง การดำเนินงานตาม ๕ เสาหลัก
- ๑.๔ ร่วมผลักดันจุดคานงัดสำคัญทางนโยบายให้เกิดกระบวนการนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง กับการป้องกันแก้ไขปัญหาคอขวดอุบัติเหตุจราจร รวมถึงการบังคับใช้กฎหมาย และกระตุ้นให้เกิดการ ขับเคลื่อนร่วมกัน และสร้างมาตรการเสริมการบังคับใช้กฎหมาย เช่น กำหนดให้องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น/ชุมชน มี “มาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนน” เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ ดื่มไม่ขับ การส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยไม่ขับรถเร็วเกินกฎหมายกำหนด รถจักรยานยนต์ ปลอดภัย และการบูรณาการด้านตรวจวัดแอลกอฮอล์กับงาน COVID-19 ในระดับจังหวัด และพื้นที่ เป็นต้น
- ๑.๕ สนับสนุนศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.) ในการพัฒนาข้อเสนอนโยบายที่ ส่งผลกระทบต่อฐานวิชาการเสนอในการประชุมสำคัญเพื่อให้ข้อเสนอได้รับการแก้ไข และ การจัดเวทีวิชาการสาธารณะในเรื่องที่เป็นประเด็นตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงสนับสนุน ภาควิชาการ ภาควิชาการสาธารณสุขในเรื่องที่เป็นประเด็นตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงสนับสนุน ภาควิชาการ ภาควิชาการสังคม ให้สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง



^{๓๔} รายละเอียดปฏิญญาสตอกโฮล์ม ๑๘ ข้อ <https://www.roadsafetynewstizen.com/2020/02/28/declaration/>

- ๑.๖ ผลักดันนโยบายเจาะประเด็นเสียงและกลุ่มเสียงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน เพื่อควบคุมความปลอดภัยทางถนนทั้งระบบ เช่น การจัดการความเร็ว ศาลจราจร พ.ร.บ.จราจรทางบก ฉบับปรับปรุงปี ๒๕๖๒ การสนับสนุนและประกาศให้ ๑๒ ตัวชี้หลักของ WHO ประกาศเป็นตัวชี้วัดที่ทุกหน่วยงานต้องรับผิดชอบร่วม รถจักรยานยนต์ รถจักรยานยนต์ไฟฟ้า กำหนดรถที่ผลิตขายต้องมีความเร็วไม่เกินกำหนด การควบคุมการปรับแต่งความเร็วรถ ควบคู่กับการลดพฤติกรรมเสี่ยง (ดื่มไม่ขับ สวมหมวกนิรภัย ขับขี่ความเร็วไม่เกินอัตราที่กฎหมายกำหนด) เป็นต้น โดยมุ่งเน้นสนับสนุนหน่วยงานที่มีส่วนสำคัญให้ดำเนินการด้านการบังคับใช้กฎหมายในระดับปฏิบัติการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ตำรวจวิเคราะห์สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนนเพื่อนำไปกำหนดเป็นแนวทางและมาตรการในการบังคับใช้กฎหมาย และในด้านการเพิ่มมาตรฐานความปลอดภัยในรถสาธารณะ รถโรงเรียน และรถแท็กซี่ อากาศ การคาดเข็มขัดนิรภัยของผู้โดยสารสาธารณะ การติดตั้งกล้องติดรถยนต์ เพื่อช่วยดูแลพฤติกรรมขับขี่ร่วมกัน และใช้เทคโนโลยีเพื่อจำกัดความเร็วของรถโดยสาร ความชำนาญเส้นทางของคนขับ ด้านการปรับปรุงโครงสร้างถนนให้ปลอดภัย อาทิ การจัดการจุดเสี่ยง ให้มีเลนทางเท้าและทางรถจักรยาน รวมไปถึงการจัดหางบประมาณเพื่อสนับสนุนการตรวจวัดแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ทุกรายที่เกิดอุบัติเหตุทางถนน
- ๑.๗ ประสานความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก องค์การระดับนานาชาติ และหน่วยงานภาคนโยบายในประเทศไทยที่หลากหลาย ได้แก่ ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงคมนาคม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงอุตสาหกรรม สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร สำนักงานคณะกรรมการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน และหน่วยงานอื่นๆ ในการเชื่อมประสานและพัฒนายุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัยทางถนนตามนโยบายทศวรรษความปลอดภัยทางถนนของสหประชาชาติ (ค.ศ. ๒๐๑๐ - ๒๐๒๐) และทำหน้าที่ที่หลากหลายให้เกิดการขับเคลื่อนงาน
- ๑.๘ ขยายความร่วมมือให้มีการร่วมลงทุนเรื่องความปลอดภัยทางถนนจากภาครัฐและเอกชน เพื่อให้เกิดเจ้าภาพขับเคลื่อนงานที่หลากหลายขึ้น พร้อมร่วมสนับสนุนการดำเนินงานตามมาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนนตามนโยบายประชารัฐ กับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เช่น สถานศึกษา สถานประกอบการ การนิคมอุตสาหกรรม หน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บริษัทประกันภัย เป็นต้น
- ๑.๙ สนับสนุนให้เกิดการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาช่วยเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนให้เพิ่มมากขึ้น เช่น การใช้กล้องหนักรถเพื่อควบคุมพฤติกรรมขับขี่และทำให้สังคมเกิดการดูแลซึ่งกันและกันให้เกิดการขับขี่ที่ปลอดภัย การจัดการด้านการบูรณาการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่จังหวัด Smart City การใช้ข้อมูลจากกล้อง CCTV เพื่อบังคับใช้กฎหมายและสืบสวนสาเหตุอุบัติเหตุ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีของโลก เป็นต้น



๒. กลุ่มแผนงานการพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

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

- ๒.๑ รณรงค์สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย สื่อสารประชาสัมพันธ์ ให้เกิดการรับรู้ สร้างจิตสำนึก ความปลอดภัย และเน้นสื่อสารให้ประชาชนและสังคมดูแลกันและกัน สร้างมาตรฐานของสังคม ในเรื่องวินัยจราจร เน้นการไม่ยอมรับพฤติกรรมการขับขี่ที่ไม่ปลอดภัย และการสร้างค่านิยม ความปลอดภัยในการลดอุบัติเหตุ และปรับเปลี่ยนการเลือกใช้รถโดยสารที่ปลอดภัย ทั้งรถ จักรยานยนต์ รถโดยสารสาธารณะ รถตู้ รถนักเรียน รถทัศนาวจร ส่งเสริมพฤติกรรมการใช้รถ ใช้ถนนให้มีความปลอดภัย โดยเฉพาะการลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย การขับรถในความเร็วกว่าที่กำหนด การดื่มไม่ขับ การคาดเข็มขัดนิรภัยทุกที่นั่ง เป็นต้น รวมทั้งการสื่อสารข้อมูลและกรณีอุบัติเหตุทางถนนที่ส่งผลกระทบต่อความสนใจของสังคม และกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ และนำไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะ ตลอดจนการรณรงค์เพื่อ ลดปัญหาการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเป้าหมายหลักที่เป็นเด็กและเยาวชน และ สนับสนุนการเสริมสร้างวินัยจราจรควบคู่กับการบังคับใช้กฎหมาย และสนับสนุนการใช้เทคโนโลยี ที่ทันสมัยเข้ามาเสริมการสื่อสารสาธารณะ เช่น Social Media, ติดตั้งกล้องติดรถยนต์ เป็นต้น
- ๒.๒ ส่งเสริมให้เกิดผู้นำความปลอดภัย และสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง (เด็กและเยาวชน) และมี “มาตรการทางสังคม” “มาตรการองค์กร” และ “มาตรการชุมชน” ที่เอื้อต่อการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน เช่น มาตรการส่งเสริมการสวมหมวก นิรภัยของบุคลากร นักเรียน นักศึกษา ในองค์กร มาตรการในการขับขี่รถของบุคลากรหน่วยงาน เป็นต้น
- ๒.๓ ส่งเสริมการสร้างตระหนักรู้เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและ เยาวชน และเน้นการปลูกฝังความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และการพัฒนาให้เด็ก และเยาวชนมีทักษะ EF (Executive Function) เพื่อปลูกฝังความยับยั้งชั่งใจในเรื่องวินัยจราจร อันจะช่วยส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการขับขี่ที่ดี โดยเริ่มจากระดับปฐมวัย และสร้างโอกาส ในการเชื่อมประสานผ่านกลไกของกระทรวงศึกษาธิการเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการจัดการ เรียนรู้ในเรื่องความปลอดภัย
- ๒.๔ ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือและมีการจัดการการสื่อสารสาธารณะในเชิงยุทธศาสตร์ทั้งด้านเนื้อหา รูปแบบ ช่องทางสื่อสาร สื่อสารมวลชนต่างๆ อาทิ การมีแผนยุทธศาสตร์ด้านการสื่อสาร ความปลอดภัยทางถนน มีการพัฒนาความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนนให้กับสื่อมวลชน ส่งเสริมให้เกิด “แกนนำและสื่อต้นแบบ” และ “เครือข่ายสื่อ” ที่ทำงานด้านอุบัติเหตุทางถนน เพิ่มการแปลงสารในเรื่องความปลอดภัยให้หลากหลาย สะดวกในการเข้าถึงและเข้าใจง่าย ผ่านช่องทางต่างๆ รวมทั้งสื่อออนไลน์ มีการนำเสนอและการเกาะติด ในกรณีเหตุการณ์สำคัญ ส่งผลกระทบต่อความสนใจของสังคม และกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เพื่อผลักดันให้เกิดนโยบาย สาธารณะด้านความปลอดภัยที่เหมาะสม



- ๒.๕ สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ หนุนเสริมท้องถิ่นชุมชนเข้ามาจัดระบบเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุทางถนนอย่างยั่งยืน ขยายจำนวนภาคีเครือข่ายให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และพัฒนาศักยภาพภาคีภาคประชาสังคมในการดำเนินงาน ส่งเสริมและสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานองค์กร ภาคธุรกิจ มูลนิธิ ภาคประชาสังคม และสื่อมวลชนทุกแขนง ให้เข้ามามีบทบาท และมีความเข้มแข็งในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนเพิ่มมากขึ้น และมุ่งเน้นการสร้าง และขยายความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เสริมสร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ท้องถิ่นเห็นความสำคัญและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น
- ๒.๖ ขยายความร่วมมือกับภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น ชุมชน เช่น สภาอุตสาหกรรม สภาหอการค้า แห่งประเทศไทย การนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย สมาคมผู้ประกอบการรถจักรยานยนต์ หอการค้าจังหวัด บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด บริษัทประกันภัย บริษัท ปตท. บริษัท เครือซีเมนต์ไทย เป็นต้น ให้ร่วมลงทุนในการจัดระบบเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุทางถนน มากยิ่งขึ้น โดยใช้โอกาสการแสดงความรับผิดชอบต่อสังคมในการขยายการทำงานร่วมกับ ภาคเอกชน
- ๒.๗ พัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังระดับพื้นที่ (Road Safety Watch) เพื่อให้เป็นผู้นำในการให้ความรู้ และสื่อสารกับประชาชนในพื้นที่ ให้มีความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก เพื่อทำให้ประชาชน เกิดพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนนที่ปลอดภัย และร่วมกันทำให้คนไทยมีวัฒนธรรมความปลอดภัย ในการใช้รถใช้ถนน โดยการเชื่อมประสานระหว่างเครือข่ายวิชาการในระดับภูมิภาคหรือจังหวัด (เครือข่าย สจร. เครือข่ายมหาวิทยาลัยในภูมิภาค) กับเครือข่ายสื่อมวลชนภูมิภาค และเครือข่าย ภาคประชาชนต่างๆ
- ๒.๘ เชื่อมประสานการขยายผลต่อยอดการทำงาน ผ่านแผนที่เกี่ยวข้องของ สสส. เช่น ให้มีการดำเนิน กิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยจากอุบัติเหตุทางถนน ขยายจำนวนสถาบันการศึกษาที่ดำเนิน มาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนน ขยายศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกีดกันแบบด้านความปลอดภัยทางถนน และร่วมสร้างความเข้มแข็งให้กับกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนน ระดับอำเภอ และ อปท. เป็นต้น

๓. กลุ่มแผนงานการพัฒนาโครงสร้างและการบูรณาการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่

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



- ๓.๓ ส่งเสริมผลักดันให้เกิดการสร้างและพัฒนาข้อเสนอนโยบายและข้อปฏิบัติ ในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับพื้นที่ เสนอให้หน่วยงานที่รับผิดชอบแก้ไขปัญหา และรวบรวมเป็น ข้อเสนอมายังส่วนกลางเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติ และกระตุ้นให้หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยทางถนนอย่างเป็นระบบ เช่น ผลักดันให้เป็น ระเบียบวาระการประชุมประจำของจังหวัด เป็นต้น
- ๓.๔ ส่งเสริมให้มีผู้เชื่อมประสาน ด้านความปลอดภัยในระดับต่างๆ ที่มีศักยภาพที่เหมาะสมกับ การขับเคลื่อนงาน เพื่อกระตุ้น จัดการความรู้ และเชื่อมโยงการทำงานของเครือข่ายให้เสริมพลัง ซึ่งกัน และขยายผลการดำเนินงาน รวมทั้งยกระดับการขับเคลื่อนไปสู่แผนปฏิบัติการระดับ จังหวัด ระดับอำเภอ และระดับพื้นที่
- ๓.๕ สนับสนุนคณะทำงานวิชาการ ที่ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา กำกับดูแลทางด้านวิชาการแก่จังหวัด และพื้นที่ รวมทั้งการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไข ปัญหาอุบัติเหตุ เพื่อขยายผลต้นแบบที่ประสบความสำเร็จสู่พื้นที่อื่น รวมทั้งประมวลผล ชุดความรู้ที่สำคัญจัดทำเป็นข้อเสนอ เผยแพร่ผ่านช่องทางสื่อต่างๆ และเพื่อให้เกิดพลังในการ ขับเคลื่อนนโยบาย
- ๓.๖ เชื่อมประสานเครือข่ายเฝ้าระวัง (Road Safety Watch) ในระดับพื้นที่ ระหว่างนักวิชาการ ในระดับภูมิภาคหรือจังหวัดของ สอจร. กับ เครือข่ายสื่อภูมิภาค ให้เป็นผู้นำความรู้และสื่อสาร กับประชาชน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการร่วมสร้างความปลอดภัยทางถนน
- ๓.๗ ผลักดันให้เกิดต้นแบบความปลอดภัยทางถนนในระดับจังหวัด/พื้นที่ โดยสานพลังเชื่อมกับ ภาคิเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาชน ท้องถิ่น เพื่อสร้างมาตรการทางสังคม มาตรการ องค์กร และมาตรการชุมชน ด้านความปลอดภัยทางถนนในองค์กร หน่วยงาน ท้องถิ่นต่างๆ ทั่วประเทศ
- ๓.๘ สนับสนุนการป้องกันและลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนนโดยเน้นการพัฒนาให้เกิดกลไกการจัดการ ความปลอดภัยทางถนนในระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ ชุมชน (ศปถ.อปท.) โดยผลักดันให้อำเภอและท้องถิ่นเห็นความสำคัญกับเรื่องความปลอดภัย ทางถนน และสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ด้วยตนเอง พร้อมกับมีมาตรการของท้องถิ่น และชุมชน
- ๓.๙ ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการใช้ข้อมูล “สถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนจังหวัด (Ranking)” เพื่อกำกับติดตามการทำงานในระดับจังหวัดและพื้นที่ เพื่อเป้าหมายการลด การเกิดอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัดและพื้นที่ ตลอดจนการติดตามประเมินผลโดยให้ข้อมูล ย้อนกลับ (feedback loop) ผ่านผู้ว่าราชการจังหวัด และผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในจังหวัด เพื่อทำให้เกิดการสั่งการแก้ไขปัญหาต่อไป

๔. กลุ่มแผนงานการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้ด้านอุบัติเหตุจราจร

- ๔.๑ สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่จำเป็นต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เกี่ยวกับเรื่องของ ความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย และสร้างงานวิจัยที่สำคัญตามความจำเป็นของ สถานการณ์ การวิจัยเพื่อประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อความปลอดภัยทางถนน การวิเคราะห์ต้นทุน และความสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนนแยกตามประเภทรถ เป็นต้น



- ๔.๒ สนับสนุนการศึกษาวิจัยเชิงลึกเพื่อค้นหาแนวทางในการทำงานเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมาย การลดอุบัติเหตุและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนได้มากยิ่งขึ้น เช่น ศึกษาพลวัต ทางเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนน ศึกษาถึงเหตุผลสำคัญที่ส่งผลให้ อัตราการเสียชีวิตภาพรวมยังไม่ลดลง การศึกษาและค้นหาวิธีการป้องกันและแก้ไขอุบัติเหตุ ทางถนนที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่/ภูมิภาค/วัฒนธรรม เป็นต้น
- ๔.๓ พัฒนาระบบข้อมูลสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงหลักของผู้ใช้รถใช้ถนนระดับจังหวัดที่มีความต่อเนื่อง และครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศอย่างเป็นระบบ รวมถึงการจัดทำรายงานสถานการณ์อุบัติเหตุ ทางถนนของประเทศไทยเป็นประจำทุกปี ตลอดจนการยกระดับการเฝ้าระวังและติดตาม สถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนให้ครอบคลุมถึงปัจจัยสำคัญต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
- ๔.๔ ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากข้อมูลและองค์ความรู้ในการวางแผนพัฒนายุทธศาสตร์และ ดำเนินมาตรการแก้ไขปัญหาคู่เหตุจราจรทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม รวมถึงพัฒนากระบวนการนำเสนอข้อมูล ความรู้สู่กลุ่มเป้าหมายเฉพาะให้มีประสิทธิภาพ เช่น ข้อเสนอเชิงนโยบาย จัดทำเอกสารประกอบการ ประชุมวิชาการ พัฒนาเว็บไซต์ และการจัดเวทีร่วมกับสื่อมวลชน เป็นต้น
- ๔.๕ สนับสนุนการติดตามประสิทธิภาพของมาตรการหลักต่างๆ พร้อมกับสนับสนุนให้มีกลไกติดตาม ภาควิชาการและภาคประชาชน ในการเกาะติดและสะท้อนปัญหาให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงสะท้อนกลับให้กับสังคมและสาธารณะได้รับรู้ เช่น แขนงนำนักวิชาการด้านความปลอดภัย ทางถนนเชิงประเด็น ได้แก่ เครือข่าย Road Safety Watch เครือข่ายเฝ้าระวังรถโดยสาร สาธารณะปลอดภัย เป็นต้น
- ๔.๖ สนับสนุนให้เกิดการจัดการความรู้และพัฒนาชุดความรู้ แปลงองค์ความรู้ให้เป็นคู่มือและ เครื่องมือ (Tool Kits) ที่พร้อมนำไปปฏิบัติตามและขยายผล รวมไปถึงเพื่อการสื่อสารสาธารณะ โดยมุ่งเน้นการสร้างและรวบรวมองค์ความรู้และข้อมูลจากที่ต่างๆ จัดทำเป็นฐานข้อมูลด้าน อุบัติเหตุทางถนน แปลงเป็นข่าวสาร และสื่อสารไปในช่องทางที่เหมาะสมโดยเพิ่มโอกาสและ ช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ให้สอดคล้องกับการใช้ประโยชน์ของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งระดับ นโยบาย ระดับปฏิบัติ สื่อมวลชน และภาคประชาสังคม
- ๔.๗ พัฒนานักวิชาการเชิงประเด็น ประสานเครือข่ายวิชาการ พัฒนาศักยภาพกลุ่มแกนทั้งในระดับ ประเทศ ระดับภาค และพื้นที่ ในการสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อขับเคลื่อนการแก้ปัญหาในประเด็น สำคัญ และไปถึงการสร้างและพัฒนาเครือข่ายนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญเชิงประเด็นหน้าใหม่ เพิ่มขึ้นที่สามารถเข้ามาช่วยเกาะติดเรื่องความปลอดภัยทางถนนและพร้อมเป็นเครือข่าย สนับสนุนทางวิชาการให้กับภาคีเครือข่ายได้ทั่วประเทศ
- ๔.๘ สนับสนุนให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนงานวิชาการในระดับพื้นที่ ที่สอดคล้องกับความต้องการ และปัญหาของพื้นที่ เพื่อให้การแก้ไขปัญหาที่บนฐานวิชาการ ผสานด้วยการสร้างกระบวนการ มีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยมุ่งเน้นจุดจัดการในระดับอำเภอ ท้องถิ่น และกลไกในระดับหน่วยงานองค์กร



๔.๙ จัดประชุมวิชาการเรื่องความปลอดภัยทางถนนระดับชาติ เป็นประจำทุกสองปี โดยสร้างความร่วมมือ และความเป็นเจ้าของร่วมระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

๕. กลุ่มแผนงานการจัดการภัยพิบัติ

๕.๑ สนับสนุนการสร้างเครือข่ายพื้นที่นำร่อง/ต้นแบบ ที่มีการจัดการเชิงระบบในระดับจังหวัด โดยเสริมสร้างกลไกความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับภาคประชาสังคมและท้องถิ่น ในการรับมือภัยพิบัติอย่างเป็นรูปธรรมโดยมีชุมชนและเครือข่ายเป็นแกนหลัก ซึ่งมีแผนป้องกันการเกิดภัย แผนเตรียมความพร้อมรับมือภัย และแผนการฟื้นฟูหลังประสบภัย และเกิดบทเรียนภาคปฏิบัติระดับชุมชนสำหรับการประยุกต์ใช้ในการรับมือภัยพิบัติครั้งต่อไป และสามารถนำไปเผยแพร่ให้ชุมชนอื่นปฏิบัติต่อไปได้

๕.๒ สนับสนุนการสร้างเครือข่ายองค์กรสาธารณประโยชน์ นักวิชาการ ภาคประชาชน และเครือข่ายอาสาสมัคร ให้มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างกระบวนการจัดการภัยพิบัติของประเทศให้มีประสิทธิภาพ รวมถึงมีส่วนร่วมในการรับมือกับภัยพิบัติ และเชื่อมโยงการทำงานกับภาครัฐ

๕.๓ สร้างความตระหนักรู้เรื่องการเฝ้าระวังภัยพิบัติ การช่วยเหลือตนเองและบุคคลใกล้ชิดเบื้องต้น อย่างมีสติในการรับมือสถานการณ์ภัยพิบัติรูปแบบต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในประเทศไทย รวมถึงเกิดการเชื่อมอาสาสมัครภัยพิบัติรับมือสถานการณ์ COVID-19 โดยร่วมมือกับหน่วยงานรัฐในพื้นที่ดำเนินงานตามมาตรการที่รัฐกำหนด

๖. กลุ่มแผนงานด้านการลดปัญหาจากการพนัน

การพัฒนาเครือข่ายการทำงานเพื่อสนับสนุนการสร้างความตระหนักต่อปัญหาผลกระทบจากการพนัน การปกป้องเด็กและเยาวชน และสนับสนุนนโยบายสาธารณะที่มีทิศทางไม่เพิ่มพื้นที่การพนัน โดย

๖.๑ การพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อสนับสนุนในการเกิดการเรียนรู้แบบเท่าทันและตระหนักถึงปัญหาการพนัน โดยเสริมความเข้มแข็งให้กลไกการจัดการในการประสานการดำเนินงานด้านวิชาการ เพื่อมุ่งเน้นการดำเนินการดังนี้

(๑) สร้างความรู้โดยการสนับสนุนทุนวิจัย ๔ มิติ ได้แก่ อุปสงค์ อุปทาน ผลกระทบ และมาตรการทางกฎหมาย โดยเน้นองค์ความรู้ที่ยังมีข้อมูลน้อย อาทิ การศึกษาสถานการณ์การพนัน และตัวชี้วัดระดับจังหวัด การศึกษาพลวัตการพนันพื้นที่ชายแดน การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอุตสาหกรรมกีฬากับการพนัน การศึกษาวิจัยเชิงลึกเฉพาะกลุ่มเป้าหมายสำคัญ เช่น ผู้สูงอายุ แรงงาน เด็กและเยาวชน ตลอดจนศึกษาเชิงลึกประเภทการพนัน เช่น พนันในงานบุญประเพณี การพนันออนไลน์ การพนันกับกีฬา

(๒) การพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายนักวิจัย/นักวิชาการ ภาควิชาที่ทำงานด้านการลดผลกระทบจากการพนัน โดยการพยายามสร้างความเชื่อมโยงกับสถาบันการศึกษา/องค์กรภาคต่างๆ ตั้งแต่ นักวิชาการสาขาวิชาต่างๆ ในมหาวิทยาลัย จนถึง การวิจัยในระดับชุมชน และการมีปฏิบัติการต่างๆ เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสานสัมพันธ์ระหว่างนักวิจัย/นักวิชาการและภาควิชาเครือข่าย รวมถึงการนำเสนอผลงาน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้งานทั้งในประเทศและต่างประเทศ



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

๖.๒ การพัฒนาเครือข่ายเพื่อการรณรงค์และสนับสนุนนโยบายสาธารณะที่มีทิศทางไม่เพิ่มพื้นที่การพนัน มีหน่วยงานทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพร่วมในการจัดระเบียบ มีนโยบายมาตรการ และกลไกที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อมุ่งสู่การลดผลกระทบต่อกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กและเยาวชน โดยเสริมความเข้มแข็งให้กับกลไกการจัดการในการประสานการดำเนินงานด้านการเคลื่อนสังคมและการพัฒนานโยบาย เพื่อมุ่งเน้นการดำเนินการดังนี้

(๑) รณรงค์สร้างกระแสสังคมเพื่อกระตุ้นให้เกิดการตระหนักของสังคมถึงปัญหาจากการพนัน ผลกระทบที่เกิดขึ้น การเห็นความสำคัญของการร่วมลดปัญหาการพนันในสังคมไทย และการรณรงค์เพื่อปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมที่ส่งเสริมการพนัน การพลิกมุมมองใหม่ในการแก้ปัญหาการเล่นพนันจนเกิดผลเสีย (Harmful use) รวมถึงการเชื่อมประสานการทำงานกับกองทุนสลากเพื่อพัฒนาสังคม

(๒) ขยายและเสริมศักยภาพภาคีเครือข่ายในการทำงาน รวมถึงการขยายแนวร่วมและพัฒนาศักยภาพหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะเครือข่ายสื่อสารสาธารณะ เพื่อสนับสนุนนโยบายมาตรการต่างๆ เพื่อให้เกิดการควบคุมทางด้านอุปทาน การลดอุปสงค์และการลดผลกระทบของการพนัน ตลอดจนการสนับสนุนให้เกิดกลไกการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาจากการพนันในระดับชาติ

แนวทางการบูรณาการ

บูรณาการงานร่วมกัน โดยเฉพาะแผนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงหลักและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม ดังนี้

(๑) เชื่อมประเด็นการทำงานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทั้ง เหล้า บุหรี่ ยาเสพติด อุบัติเหตุทางถนน ภัยพิบัติและการพนัน ผ่านเครือข่ายสถาบันอุดมศึกษา เครือข่ายนักวิชาการระดับภูมิภาค โดยเน้นการกำหนดเป้าหมาย/กรอบงานร่วมกัน ที่เน้นยกระดับสุขภาวะของกลุ่มเป้าหมายเป็นสำคัญ และพัฒนาให้เกิดวิธีการ รวมถึงการร่วมขับเคลื่อนให้เกิดต้นแบบการทำงานหรือการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ

(๒) สร้างพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาคีหลักสนับสนุนงานให้สถานประกอบการ ดำเนินการเรื่องสถานประกอบการปลอดเหล้า ปลอดบุหรี่ และมาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนน โดยเน้นให้เกิดการจัดทำฐานข้อมูลร่วมกัน ทั้งชุดความรู้ คู่มือ เครื่องมือสนับสนุน และรายชื่อสถานประกอบการ เพื่อร่วมหาต้นแบบและพัฒนาแนวทางการขยายผล



- (๓) เชื่อมภาคีเครือข่ายหลักที่ดำเนินการในกลุ่มเครือข่ายต่างๆ ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อสม. หมออนามัย และวัด ในการสนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และร่วมกำหนดแนวทางบูรณาการงานร่วมกัน
- (๔) บูรณาการร่วมกับงานส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน การร่วมกันกำหนดมาตรการในการลดและป้องกันปัญหาการพนันในโรงเรียน
- (๕) บูรณาการงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น การขับเคลื่อนตำบลขับขี่ปลอดภัย และการลดปัญหาการพนันในระดับจังหวัด เป็นต้น

ภาคีหลัก

ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน กองบูรณาการความปลอดภัยทางถนน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ตำรวจภูธรภาค กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก กรมทางหลวง กรมทางหลวงชนบท กระทรวงคมนาคม กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กองสาธารณสุขฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานการตรวจและขนส่ง กรุงเทพมหานคร ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน มูลนิธิเมาไม่ขับ ชมรมคนห่วงหัว เครือข่ายเหยื่อเมาแล้วขับ คณะทำงานสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุจากระดับจังหวัด โรงพยาบาลขอนแก่น มูลนิธิไทยโรดส์ สถาบันเทคโนโลยีแห่งเอเชีย มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค สำนักงานเครือข่ายลดอุบัติเหตุ สมาคมเครือข่ายหมอนามัยวิชาการ มูลนิธิเครือข่ายหมอนามัย สันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย สถาบันพัฒนาองค์กรเอกชน บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด สี่มวชน ภาคธุรกิจเอกชนต่างๆ

ด้านการจัดการภัยพิบัติ

กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน สถาบันวิจัยสังคมจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี มูลนิธิชุมชนไท มูลนิธิสื่อสังคม มูลนิธิเพื่อการบริหารจัดการน้ำแบบบูรณาการ (ประเทศไทย) มูลนิธิกสิกรรมธรรมชาติ

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน มูลนิธิธรรมาภัยพนัน มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล สมาคมเครือข่ายงดเหล้าและลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงวัฒนธรรม สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกากระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงศึกษาธิการ กรมสุขภาพจิต สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ธนาคารอาคารสงเคราะห์ ธนาคารออมสิน เครือข่ายนักวิชาการสาขาต่างๆ เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค เครือข่ายเด็กรุ่นใหม่ไม่พนัน เครือข่ายเพื่อนเยาวชนเพื่อการพัฒนา สภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย สมาคมไอเซคพัฒนาผู้นำนักศึกษาระหว่างประเทศ สมาคมผู้บำเพ็ญประโยชน์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์ ฯลฯ



งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานการพัฒนานโยบายและสร้างเป้าหมายร่วม	๒๙
๒. กลุ่มแผนงานการพัฒนาเครือข่ายภาคีภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์	๖๑
๓. กลุ่มแผนงานการพัฒนาโครงสร้างและการบูรณาการการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่	๖๒
๔. กลุ่มแผนงานการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้ด้านอุบัติเหตุจราจร	๑๑
๕. กลุ่มแผนงานการจัดการภัยพิบัติ	๒๕
๖. กลุ่มแผนงานการลดปัญหาจากการพนัน	๒๐
๗. การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	๒
รวม	๒๑๐



แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยง ทางสุขภาพ



สถานการณ์และแนวโน้ม

การควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ มีจุดมุ่งหมายเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญโดยเลือกประเด็นปัจจัยเสี่ยงซึ่งจะเน้นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนจำนวนมาก และมีแนวทางที่สามารถขับเคลื่อนได้ตามวัตถุประสงค์และยุทธศาสตร์ของ สสส. โดยใช้ทรัพยากรอย่างจำกัด มุ่งขับเคลื่อนในประเด็นการดำเนินงานที่เป็นจุดคานงัด เพื่อควบคุมหรือลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพซึ่งในระยะแผนหลัก สสส. พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ และแผนการดำเนินงาน พ.ศ. ๒๕๖๔ ยังคงกรอบการดำเนินงานใน ๔ แผนงาน คือ ๑) แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ ๒) แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต ๓) แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา และ ๔) แผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

การดำเนินงานของทั้ง ๔ แผนงาน ในระยะที่ผ่านมา สามารถขับเคลื่อนในทิศทางที่สอดคล้องต่อการบรรลุเป้าหมายเฉพาะ ในระยะ ๑๐ ปีของ สสส. ที่กำหนดไว้ โดยมี ๒ แผนงานที่ตอบเป้าหมายโดยตรงจำนวน ๒ ข้อ คือ (ข้อ ๓) การลดอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีใหม่ และ (ข้อ ๘) การเพิ่มสัดส่วนของคนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่มีความสุขในการดำรงชีวิต (วัดด้วยอัตราร้อยละของคนไทยที่มีคะแนนสุขภาพจิตในระดับปกติขึ้นไป) โดยผลการรวบรวมและวิเคราะห์ สถานการณ์ และแนวโน้มที่เกี่ยวข้องกับทั้ง ๔ แผนงานดังกล่าว มีสาระสำคัญ สรุปได้ดังนี้

๑. สถานการณ์และแนวโน้ม ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ

๑.๑ สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

อัตราการคลอดในวัยรุ่นของประเทศไทยนั้น ในหนังสือสถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๑ เป็นข้อมูลอัตราการคลอดในวัยรุ่นตามจังหวัดที่แม่คลอดบุตร จากฐานทะเบียนเกิดของกระทรวงมหาดไทย พบว่า เริ่มมีอัตราลดลงตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๖ อย่างมีอัตราส่วนที่น้อย และยังพบว่า มีหลายจังหวัดยังอยู่ในอัตราการคลอดสูงกว่าเป้าหมาย โดยอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน ลดลงจาก ๕๓.๔ ใน พ.ศ. ๒๕๕๕ เป็น ๓๕.๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๑ รวมทั้งอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ ๑๐ - ๑๔ ปี ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๐ - ๑๔ ปี ๑,๐๐๐ คน ลดลงจาก ๑.๘ ใน พ.ศ. ๒๕๕๕ เป็น ๑.๒ ใน พ.ศ. ๒๕๖๑



แนวโน้มร้อยละการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๕ ประมาณร้อยละ ๗๔ และนักเรียนชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ ๒ ประมาณร้อยละ ๗๕ และการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับแฟนหรือคู่อีก ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๕ ประมาณร้อยละ ๗๔ และนักเรียนชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ ๒ ประมาณร้อยละ ๗๕ ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นจากปีที่ผ่านมา แต่พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอยังอยู่ในอัตราต่ำ นอกจากนี้นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๕ และปวช. ๒ มีพฤติกรรมใช้ถุงยางอนามัยกับแฟนหรือคู่อีกของตนเอง น้อยที่สุด โดยนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ ๕ ร้อยละ ๗๘.๖ และนักเรียนปวช.๒ ร้อยละ ๗๕ ส่วนการมีเพศสัมพันธ์ กับเพศชายด้วยกัน พบว่า นักเรียนชายมัธยมศึกษาปีที่ ๒ มีพฤติกรรมใช้ถุงยางอนามัยน้อยที่สุด ร้อยละ ๗๕

การเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่นประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ด้านสังคมและผู้เกี่ยวข้อง และผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น กลุ่มเป้าหมาย คือ หญิงสัญชาติไทยที่มีอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ที่มารับบริการหลังคลอดในโรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยพบแม่วัยรุ่นที่มารับบริการหลังคลอดและยินยอมตอบแบบสอบถามทั้งหมด ๕๑ จังหวัด ๑๔๗ สถานบริการ แม่วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ทั้งหมดที่ยินยอมตอบแบบสอบถามโดยสมัครใจ จำนวน ๑,๕๕๔ ราย เฉลี่ยอายุ ๑๗ ปี มีสถานภาพสมรสคู่หรือปัจจุบันอยู่กินด้วยกัน ร้อยละ ๙๐.๔ โดยส่วนมากอยู่กินด้วยกัน โดยไม่ได้จดทะเบียนสมรส และรองลงมาหย่า/เลิกกัน ร้อยละ ๕.๒ **ก่อนตั้งครรภ์**พบแม่วัยรุ่นที่เป็นนักเรียนนักศึกษา ร้อยละ ๔๘.๕ ซึ่งหลังจากที่ตั้งครรภ์/หลังจากที่คลอดบุตรส่วนใหญ่อยู่บ้านเพื่อเลี้ยงดูบุตร ร้อยละ ๕๐.๐ **กลับมาเรียนในสถานศึกษาเดิมเพียง** ร้อยละ ๒๓.๐ แม่วัยรุ่นก่อนตั้งครรภ์ไม่ได้อยู่ในระหว่างการศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ มากที่สุด ร้อยละ ๔๘.๖ รองลงมา คือ รับจ้างรายวัน ร้อยละ ๒๐.๕ ซึ่งหลังจากตั้งครรภ์แม่วัยรุ่นไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๕๘.๘ และรับจ้างรายวัน ร้อยละ ๑๓.๑ สำหรับรายได้ของแม่วัยรุ่น มีรายได้ประจำ ร้อยละ ๗๐ (ประมาณ ๕,๐๐๑ - ๑๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน) โดยแหล่งที่มาของรายได้ พบว่ารับรายได้จากสามีหรือแฟนชาย ร้อยละ ๕๘.๖ นอกจากนี้ยังพบถึง แม่วัยรุ่นที่ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ ร้อยละ ๖๐.๖ และแม่วัยรุ่นที่ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ไม่มีการคุมกำเนิด ร้อยละ ๕๕.๒ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการมีเพศสัมพันธ์ โดยไม่ได้ตั้งใจ และไม่รู้จักวิธีคุมกำเนิด ส่วนแม่วัยรุ่นที่คุมกำเนิด ส่วนใหญ่คุมกำเนิดด้วยยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ ๔๓.๒ รองลงมาเป็นถุงยางอนามัย ๒๐.๕ ส่วนยาฝังคุมกำเนิด มีเพียง ร้อยละ ๒.๗

๑.๒ สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี

แนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เพิ่มขึ้นในกลุ่มเยาวชน จากการคาดประมาณสถานการณ์เมื่อถึงสิ้นปี 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 โดยเฉพาะในค่อนอนประจำที่ผลสำรวจทุกครั้ง พบว่า เกือบไม่มีการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มค่อนอนประจำ และเยาวชนที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการทางเพศมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยลดลงด้วย (ที่มา : สอพ.กรมควบคุมโรค)



๓. ข้อมูลปี ๒๕๖๐ พบว่าการติดเชื้อรายใหม่ มีโอกาสเกิดได้สูงในกลุ่มผู้หญิงทั่วไปร้อยละ ๓๐ กลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ เช่น ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบการติดเชื้อรายใหม่ ร้อยละ ๒๙ และบุคคลข้ามเพศร้อยละ ๔ รวมทั้งกลุ่มผู้ให้และผู้ใช้บริการทางเพศ ซึ่งผลการคาดประมาณพบว่า กลุ่มชายผู้ให้บริการทางเพศเป็นกลุ่มที่ติดเชื้อรายใหม่ร้อยละ ๗ และหญิงให้บริการอยู่ที่ร้อยละ ๓ ซึ่งหากไม่มีมาตรการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มนี้ที่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลกระทบต่อเนื่องให้เกิดการติดเชื้อในคู่สามีภรรยา (ที่มา : สุขภาพคนไทย ๒๕๖๒)

๑.๓ ความจำเป็นในการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในประเทศไทย

การศึกษาของคณะทำงานคาดประมาณสถานการณ์เอ็ดส์ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ร่วมกับ ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ และโครงการ Analysis and Advocacy (A2) ได้ใช้ Asian Epidemic Model หรือ AEM ทำการคาดประมาณผลลัพธ์จากการขยายการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ในการลดจำนวน ผู้ติดเชื้อรายใหม่ (Condom HIV Impact Analysis) โดยระบุว่า ตั้งแต่ปี ๒๕๓๓ จนถึงปี ๒๕๖๑ ประเทศไทย สามารถป้องกันการติดเชื้อเอ็ดส์ได้ ๘,๐๖๐,๔๖๘ ราย และป้องกันการเสียชีวิตได้มากถึง ๔,๓๕๒,๘๖๓ ราย ซึ่งแสดงถึงประโยชน์อันประมาณค่าไม่ได้จากการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย โดยยังไม่รวมประโยชน์จากการ ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่างๆ และการคุมกำเนิด นอกจากนี้ การวิเคราะห์ดังกล่าวยังคาดประมาณว่า มาตรการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยจะมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายการยุติ ปัญหาเอ็ดส์ได้ภายในปี ๒๕๗๓ โดยระบุว่าหากสามารถดำเนินการให้อัตราการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นถึงระดับ ร้อยละ ๙๐ จะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ในช่วงปี ๒๕๖๒ - ๒๕๗๓ เป็นจำนวน ๒๐,๔๘๓ คน หรือลดการติดเชื้อลงได้ ๒๘,๔๑๔ คน และเฉพาะในปี ๒๕๗๓ จะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ ๘๑๐ คน

๑.๔ การติดตามรังเกียจ และการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การพัฒนาเครื่องมือและระบบการติดตามสถานการณ์การติดตามและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและ เพศภาวะประเทศไทย จากการสำรวจการติดตามและการเลือกปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพ ทั้งในผู้ให้บริการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๐ กรมควบคุมโรค โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้สนับสนุนการดำเนินงานกระบวนการ RRTTR (Reach, Recruit, Test, Treat และ Retain) และติดตาม ผลใน ๑๓ จังหวัด พบว่า บุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ ร้อยละ ๒๗ มีพฤติกรรมในการให้บริการที่แสดงการรังเกียจ และเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ ๑๑ มีประสบการณ์การถูกรังเกียจและ เลือกปฏิบัติในการเข้ารับบริการในสถานพยาบาล และพบว่ากลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสอง เคยประสบเหตุการณ์การถูกรังเกียจกีดกันในสถานที่ทำงาน/สถานศึกษา ร้อยละ ๑๓ และ ๑๙ ตามลำดับ

๑.๕ สถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ในประเทศไทย

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในประเทศ ประเทศไทยได้ประกาศ สถานการณ์ฉุกเฉินทั่วราชอาณาจักร ตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน หรือ พ.ร.ก.ฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๓ เป็นต้นไป เพื่อควบคุมการระบาดของไวรัสโควิด-๑๙ โดยกำหนดการงดหรือชะลอการเดินทาง ปิดพื้นที่เสี่ยงต่างๆ ประกาศมาตรการล็อกดาวน์ และให้ประชาชน กักตัวอยู่บ้าน จากสถานการณ์ดังกล่าว ส่งผลกระทบให้การดำเนินงาน เกิดการชะงักงันการจัดกิจกรรมของ โครงการ ซึ่งมีผู้เข้าร่วมเป็นจำนวนมาก ไม่สามารถเดินทางเข้าร่วมประชุม แม้ว่าจะหาวิธีการทำงานใหม่และปรับ กระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ดังกล่าว เช่น การประชุมออนไลน์ ก็ใช้ได้กับบางกิจกรรมเท่านั้น ผลกระทบของการแพร่ระบาดของ COVID-19 ส่งผลทำให้เกิดความเสี่ยงทางด้านต่างๆ ด้านสุขภาพทางเพศ คือ



๑. **อุปสรรคการเข้าถึงถุงยางอนามัย** ข้อมูลจากโครงการพัฒนาเครือข่ายบริการทางเลือกที่ปลอดภัยและเป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน ๕๐๒ คน ที่ตอบแบบสอบถามออนไลน์ผ่านทางเพจ RSATHAI ระหว่างวันที่ ๒๐ - ๒๑ เมษายน ๒๕๖๓ ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ประมาณ ๒ - ๓ ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ ๔๔.๖ ซึ่งเมื่อเทียบกับก่อนมีมาตรการดังกล่าวกลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์ลดลงร้อยละ ๒๘.๙ โดยมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์เพียงร้อยละ ๕๐ ในขณะที่อีกร้อยละ ๑๔.๑ ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์เลย เพราะเข้าไม่ถึงถุงยางอนามัยคือ รายได้ของกลุ่มตัวอย่างลดลง หาซื้อถุงยางอนามัยได้ยาก และร้านขายยาปิดบริการ
๒. **การเข้าไม่ถึงหน่วยบริการ** ผู้รับบริการสายปรึกษาท้องไม่พร้อม ๑๖๖๓ ที่ให้บริการ ๓ เดือน ช่วงตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๒ - มกราคม ๒๕๖๓ มีผู้มารับบริการปรึกษาเรื่องการตั้งครรภ์ จำนวน ๘,๕๓๔ ราย และเป็นกรณีที่ต้องรับการช่วยเหลือที่ต้องส่งต่อหน่วยงานต่างๆ จำนวน ๙๐๗ ราย แต่ในช่วงที่เริ่มมีสถานการณ์และมีการล็อกดาวน์ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์-เมษายน ๒๕๖๓ มีผู้มาขอรับบริการปรึกษาเรื่องการตั้งครรภ์ จำนวน ๘,๙๐๓ ราย และเป็นกรณีที่ต้องรับการช่วยเหลือที่ต้องส่งต่อหน่วยงานต่างๆ จำนวน ๑,๑๖๙ ราย ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้น และยังพบว่า มาตรการล็อกดาวน์ทำให้วัยรุ่นเข้าไม่ถึงบริการคุมกำเนิด โรงพยาบาลที่ให้บริการฝังยา ซึ่งเป็นวิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพได้ชะลอการให้บริการ
๓. **การตีตราและเลือกปฏิบัติ** ในลักษณะที่เน้นตัวเลขการเสียชีวิต ความรุนแรงของโรค ความสูญเสียต่างๆ ทำให้เกิดความกลัว/กังวลต่อการติดเชื้อ COVID-19 และเกิดการปฏิเสธ และการรังเกียจผู้ติดเชื้อ COVID-19 หรือผู้มีโอกาสติดเชื้อจากชุมชน รวมทั้งการไม่ยอมรับให้นำตัวผู้มีโอกาสติดเชื้อมากักตัว วัดไม่รับเผาศพ เป็นต้น ปรากฏการณ์ต่างๆ เหล่านี้ ส่งผลให้เกิดการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพทั้งกายและจิตใจ และหลบหนีต่อการดูแลรักษา

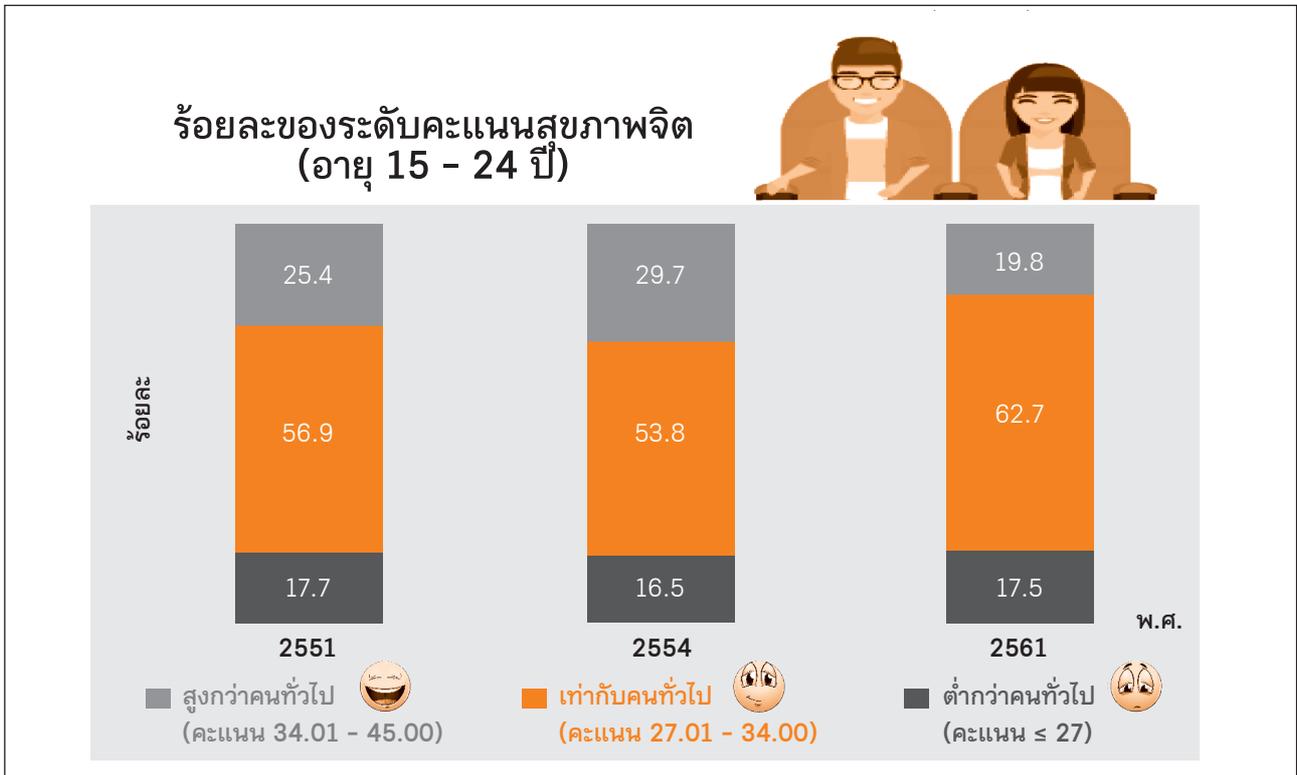
๒. สถานการณ์และแนวโน้ม ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านสุขภาพจิต

๒.๑ ระดับคะแนนสุขภาพจิตคนไทย พบแนวโน้มคนมีความสุขลดลง

จากการสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต^{๓๔} ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี ๒๕๖๑ พบว่า วัยรุ่นและเยาวชนอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี มีระดับสุขภาพจิตต่ำสุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น โดยมีคะแนน ๓๑.๒ ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของประเทศ ๓๑.๖ (เต็ม ๔๕ คะแนน) และเมื่อดูแนวโน้มในปี ๒๕๖๑ พบว่า สัดส่วนผู้ที่มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปมีแนวโน้มแยกลง และคะแนนผู้มีสุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไปก็ลดลงอีกด้วย

^{๓๔} สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ๒๕๖๓. สุขภาพคนไทย ๒๕๖๓ : สองทศวรรษปฏิรูปการศึกษาไทย ความล้มเหลวและความสำเร็จ. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. หน้า ๑๒





ภาพที่ ๑ การสำรวจสถานะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑, ๒๕๕๔ และ ๒๕๖๑
ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

๒.๒ ภาวะซึมเศร้า ที่มีแนวโน้มนำไปสู่การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาใหญ่ของเยาวชนทั่วโลก

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอัตราฆ่าตัวตายมากกว่าคนทั่วไป ๒๐ เท่า จากการสำรวจความชุกในโรคซึมเศร้าของไทย พ.ศ. ๒๕๕๑ พบว่า ผู้หญิงเสี่ยงป่วยมากกว่าผู้ชาย ๑.๗ เท่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ ๖๒ อยู่ในวัยทำงาน อายุ ๒๕ - ๕๙ ปี ร้อยละ ๒๖.๕ เป็นวัยรุ่นสูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป และร้อยละ ๑๑.๕ เป็นเยาวชนอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี แม้จะมีสัดส่วนน้อยกว่ากลุ่มวัยอื่น แต่เป็นกลุ่มวัยที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายเป็นมากขึ้น^{๓๖}

ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต พบว่า มีคนพยายามฆ่าตัวตายปีละ ๕๓,๐๐๐ คน เฉลี่ยชั่วโมงละ ๖ คน ปี ๒๕๖๐ อัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ ๖.๐๓ และเพิ่มเป็น ๖.๑๑ ในปี ๒๕๖๑ เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศหญิงกว่า ๔ เท่า โดยช่วงอายุที่มีการฆ่าตัวตายสูงสุดของเพศชายอยู่ที่ ๓๕ - ๓๙ ปี เพศหญิงอยู่ที่ ๕๐ - ๕๔ ปี สำหรับกลุ่มเยาวชนอายุ ๒๐ - ๒๔ ปี การฆ่าตัวตายเป็นแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีอัตราการฆ่าตัวตายจาก ๔.๙๔ ต่อประชากรแสนคนในปี ๒๕๖๐ เป็นอัตรา ๕.๓๓ ต่อประชากรแสนคนในปี ๒๕๖๑ ขณะที่กลุ่มเยาวชนอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ ๒.๕๙ ต่อประชากรแสนคน และกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ ๐.๕ ต่อประชากรแสนคน^{๓๗}

^{๓๖} สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ภาวะสังคมไทยไตรมาสหนึ่ง ปี ๒๕๖๒ ปีที่ ๑๗ ฉบับที่ ๒ เดือนมิถุนายน ๒๕๖๒, หน้า ๒๓

^{๓๗} สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ภาวะสังคมไทยไตรมาสหนึ่ง ปี ๒๕๖๒ ปีที่ ๑๗ ฉบับที่ ๒ เดือนมิถุนายน ๒๕๖๒, หน้า ๒๔



๒.๓ ปัญหาสุขภาพความทุกข์ทางใจ หนึ่งในปัญหาที่ต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

ในปี ๒๕๕๙ ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนเกือบ ๑๐ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๕ ของประชากรทั้งหมด การมีอายุยืนยาวตามมามากมายด้วยการเป็นโรคเรื้อรังที่ยาวนานขึ้น การอยู่ในภาวะพึ่งพิงอันเนื่องมาจากทุพพลภาพ มีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นด้วย โดยปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม และปัญหาเรื่องเพศ จากการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุในปี ๒๕๕๔ พบว่า ๑ ใน ๓ ของผู้สูงอายุมีความเปราะบางทางด้านจิตใจ สาเหตุจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง และค่านิยมต่อผู้สูงอายุในสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไป รวมถึงต้องพบกับความสูญเสียคนใกล้ชิด เศรษฐฐานะทางสังคม ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้ผู้สูงอายุเกิดความทุกข์ทางใจทั้งสิ้น^{๓๔}

๒.๔ ผู้ป่วยจิตเวชในไทยกำลังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การสำรวจสุขภาพจิตคนไทยระดับชาติในปี ๒๕๕๖ มีการประมาณการความชุกของคนไทยที่มีอาการของโรคจิตเวชในรอบ ๑๒ เดือน มีมากถึง ๑.๗ ล้านคน มีพฤติกรรมเสพยาเสพติด ๕.๖ ล้านคน มีประสบการณ์พยายามฆ่าตัวตาย ๓.๔ แสนคน ในจำนวนนี้เข้าถึงบริการสำหรับปัญหาสุขภาพจิตเพียง ๑ ใน ๑๐ นอกจากนี้จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการด้านจิตเวชของกรมสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จาก ๑.๕ ล้านคน เป็น ๒.๗ ล้านคนในระหว่างปี ๒๕๕๕ - ๒๕๖๐ ซึ่งอาจแสดงให้เห็นการเข้าถึงบริการรักษาที่ดีขึ้นของผู้ป่วยด้านสุขภาพจิต แต่เชื่อว่ายังมีผู้ป่วยอีกเป็นจำนวนมากที่ยังไม่สามารถเข้าถึงการวินิจฉัยและการรักษา นอกจากนี้จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าถึงบริการด้านจิตเวชเพิ่มขึ้น อาจเป็นสัญญาณเตือนว่าสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตกำลังมีปัญหามากขึ้นได้เช่นกัน^{๓๕}

๒.๕ บริการสุขภาพจิตมีจำกัด ซึ่งสามารถปิดช่องว่างได้ด้วยการจัดบริการจิตเวชระดับปฐมภูมิ

ข้อมูลในปี ๒๕๕๑ เมื่อเทียบต่อประชากรแสนคน ประเทศไทยมีจิตแพทย์ ๐.๘๖ คน พยาบาลจิตเวช ๓.๗๔ คน (ขณะที่เกณฑ์องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ ๔.๑ และ ๑๒.๙๗ คน) มีนักจิตวิทยาคลินิก ๐.๔๕ คน นักสังคมสงเคราะห์ ๐.๖๖ คน นักกิจกรรมบำบัด ๐.๑๔ คน โดยบุคลากรส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและจังหวัดในภาคกลาง^{๓๖} แสดงถึงความไม่เพียงพอและการไม่กระจายตัวของบุคลากรด้านจิตเวช จากข้อมูลจากการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี ๒๕๕๖ พบว่า ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในช่วง ๑๒ เดือนก่อนการสำรวจ เข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพจิตเพียงร้อยละ ๖ โดยกลุ่มโรคที่มีอัตราเข้าถึงบริการสุขภาพจิตมากที่สุดคือ ความผิดปกติของพฤติกรรมการใช้สารเสพติด รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิต กลุ่มโรคทางอารมณ์และโรควิตกกังวล อีกทั้งเมื่อพูดถึง “สุขภาพจิต” คนส่วนใหญ่ยังมีมุมมองทัศนคติในด้านลบ การจัดบริการด้านสุขภาพจิตในภาครัฐ โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมียังมีจำกัด บริการส่วนใหญ่เป็นระดับตติยภูมิ จึงเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

จากการศึกษาเรื่องช่องว่างในการเข้าถึงบริการจิตเวชและภาระทางเศรษฐศาสตร์ : การศึกษาระยะยาวในชุมชน^{๓๗} พบว่า ควรเพิ่มบริการจิตเวชในระดับชุมชน (สถานพยาบาลปฐมภูมิ) คู่ไปกับสถานพยาบาลบริการจิตเวชเดิม โดยมีผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษา และมีหน่วยบริการรองรับการส่งต่อ ส่วนการขาดแคลนบุคลากร

^{๓๔} กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐), หน้า ๓๓

^{๓๕} โครงการสุขภาพคนไทย. ๒๕๖๒. กลุ่มเปราะบางจากปัญหาสุขภาพจิต. สุขภาพคนไทย ๒๕๖๒ (หน้า ๒๖). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

^{๓๖} กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, กรอบทิศทางการพัฒนางานสุขภาพจิต และแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙), ๒๕๕๕, หน้า ๑๔

^{๓๗} ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และคณะ, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ช่องว่างในการเข้าถึงบริการจิตเวชและภาระทางเศรษฐศาสตร์: การศึกษาระยะยาวในชุมชน.

ทางด้านสุขภาพจิต สามารถทดแทนได้ด้วยการพัฒนารูปแบบบริการทางจิตเวชในระบบบริการปฐมภูมิ เช่น การผนวกบริการด้านจิตเวชเข้ากับบริการปฐมภูมิ การสร้างอาสาสมัครหรือบุคลากรสุขภาพในชุมชนให้สร้างความตระหนักรู้ถึงโรคทางจิตเวชและค้นหาผู้ป่วยเพื่อส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการ

๒.๖ การแพร่ระบาดของ COVID-19 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตคนไทย

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ที่เกิดขึ้นอยู่ในหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ส่งผลกระทบต่อทั้งโดยตรงและทางอ้อมต่อประชาชนทุกกลุ่มวัย ไม่ว่าจะเป็น ๑. มิติทางด้านสุขภาพกาย ที่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มเฝ้าระวัง ๒. มิติทางด้านสังคม ที่ประชาชนต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ อาทิ การเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) การหยุดอยู่บ้านเพื่อลดโอกาสในการสัมผัสหรือแพร่เชื้อ ๓. มิติทางด้านเศรษฐกิจ ไม่ว่าจะเป็นการขาดรายได้จากการประกอบอาชีพ การว่างงาน การถูกเลิกจ้าง และ ๔. มิติทางด้านสุขภาพจิต ที่อาจก่อให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียดได้ Holmes และคณะ^{๓๖} ได้เสนอว่าผลกระทบจากโรคระบาดในครั้งนี้จะส่งผลกระทบต่อจิตใจของประชาชนทั้งในระหว่างการระบาดและหลังการระบาด นักจิตวิทยาและนักวิชาการด้านสุขภาพจิตควรทำการศึกษาและเตรียมการรับมือกับผลกระทบทางจิตใจที่จะเกิดขึ้นกับประชาชน โดยองค์การอนามัยโลก^{๓๗} เสนอแนะแนวทางในการดูแลสุขภาพจิตประชาชน ในช่วงสถานการณ์ดังกล่าวให้กับประชาชนแต่ละกลุ่ม อาทิ ประชาชนทั่วไป ผู้ดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพ ฯลฯ (โดยสามารถอ่านข้อเสนอแนะฉบับเต็มของ WHO ได้ที่ <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>)

๓. สถานการณ์และแนวโน้ม ของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา

๓.๑ ทิศทางการคุ้มครองผู้บริโภคระดับประเทศ

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ในด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ได้ระบุการปฏิรูประบบภาษี และการคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมในทุกมิติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ในประเด็นความเสมอภาคและหลักประกันทางสังคม (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ได้ระบุให้การคุ้มครองทางสังคมขั้นพื้นฐานและหลักประกันทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ เน้นการขยายความคุ้มครองทางสังคมขั้นต่ำให้ทุกชีวิตให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างสมกับความเป็นมนุษย์โดยเป็นสวัสดิการที่ทุกภาคส่วนร่วมกันรับผิดชอบ สร้างระบบคุ้มครองและป้องกันแบบถ้วนหน้า และพัฒนาระบบหลักประกันทางสังคมด้านสุขภาพและเศรษฐกิจให้มีประสิทธิภาพและความคุ้มค่า ครอบคลุมอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม รวมถึงการคุ้มครองแรงงานไทยให้มีสวัสดิภาพในการทำงานโดยยกระดับกลไกการดูแลคุ้มครองสวัสดิภาพของผู้ใช้แรงงานให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล และส่งเสริมการทำงานที่มีคุณค่า และการคุ้มครองผู้บริโภคให้ได้รับสินค้าและบริการที่ปลอดภัยและได้มาตรฐาน เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและลดความเสียหายเปรียบของผู้บริโภค

^{๓๖} Holmes, E.A. et al, (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science, The Lancet Psychiatry, DOI:[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)

^{๓๗} Mental Health and Psychosocial Considerations During COVID-19 Outbreak แปลและเรียบเรียงโดย อ. นพ. ธีรยุทธ รุ่งนิรันดร ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



๓.๒ ปัญหาสินค้าและบริการที่ไม่ปลอดภัยภายใต้สถานการณ์โรคระบาด COVID-19

จากสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ตั้งแต่ต้นปี ๒๕๖๓ ที่ผ่านมานั้น การรณรงค์ให้ประชาชนกักตัวอยู่บ้านและมาตรการระยะห่างทางสังคม ส่งผลให้การซื้อสินค้าผ่านช่องทางออนไลน์เพิ่มสูงขึ้น จากการรายงานของ “สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (สพธอ.)” หรือ ETDA (เอ็ตด้า) กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (ดีอีเอส) การซื้อของออนไลน์ อยู่ในอันดับหนึ่งในห้าของกิจกรรมยอดนิยมเป็นเวลา ๒ ปีติดต่อกัน

ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนปัญหาออนไลน์ ETDA ได้ให้บริการคำแนะนำและรับเรื่องร้องเรียนปัญหาซื้อ-ขายออนไลน์ ในช่วงเดือนมกราคม - มีนาคม ๒๕๖๓ ที่ผ่านมา พบว่า ปัญหาทางออนไลน์ที่มีการร้องเรียนและขอคำแนะนำเข้ามามากที่สุดคือ ปัญหาจากการซื้อขายทางออนไลน์ จำนวน ๔,๗๘๖ ครั้ง โดยร้องเรียนเกี่ยวกับปัญหาที่ไม่ได้รับสินค้าหรือถูกหลอกหลวงทางออนไลน์ถึงร้อยละ ๑๘

ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 พบสถิติการร้องเรียนจากผู้บริโภคเกี่ยวกับปัญหาการสั่งซื้อหน้ากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ล้างมือทางออนไลน์แล้วไม่ได้รับสินค้าเพิ่มขึ้น รวมทั้งเจลแอลกอฮอล์ที่ไม่มีคุณสมบัติตามที่โฆษณา นอกจากนี้ปัญหาความไม่ปลอดภัยของสินค้าในระดับพื้นที่ เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมถึงได้เพิ่มขนาดและความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งพบว่ามีผู้ประกอบการบางส่วนขาดจริยธรรม มีการลักลอบใส่สารที่ห้ามใช้และสารที่เป็นอันตราย เป็นเหตุให้ผู้บริโภคได้รับอันตรายถึงเสียชีวิต ซึ่งผลการตรวจสอบโดยคณะกรรมการอาหารและยา พบว่า ผลิตภัณฑ์กลุ่มเครื่องสำอางและอาหารเสริมหลายรายการ ใช้เลข อย.ปลอมหรือใช้เลข อย.ของผลิตภัณฑ์อื่น แสดงให้เห็นว่า การมีเลข อย.ในรูปแบบปัจจุบัน ไม่ใช่สิ่งที่สามารถยืนยันความปลอดภัยของสินค้าได้

ปี ๒๕๖๒ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค และเครือข่ายผู้บริโภค ได้รับเรื่องร้องเรียน และเฝ้าระวังการโฆษณาและขายสินค้าผ่านช่องทางออนไลน์ ซึ่งในช่วงปี มีเรื่องร้องเรียนทั้งสิ้น ๔,๑๘๒ ราย ซึ่งได้มีการแบ่งตามหมวดร้องเรียน เนื่องจากปัญหาผู้บริโภคมีจำนวนมากการแบ่งหมวดปัญหาร้องเรียนทำให้ พบว่า ปัญหาของผู้บริโภคในหมวดอาหาร ยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เครื่องสำอาง เป็นอันดับ ๑ มียอดร้องเรียนจำนวน ๑,๕๓๔ เรื่อง หรือร้อยละ ๓๖.๖๘ หมวดบริการสาธารณะ เป็นอันดับ ๒ จำนวน ๘๒๐ เรื่อง หรือร้อยละ ๑๙.๖๑ และหมวดบริการสุขภาพและสาธารณสุข เป็นอันดับ ๓ จำนวน ๗๐๓ เรื่อง หรือร้อยละ ๑๖.๘๑

๓.๓ บทบัญญัติการคุ้มครองผู้บริโภคในรัฐธรรมนูญ ปี ๒๕๖๐

พ.ร.บ.การจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้มีผลบังคับใช้แล้ว ส่งผลให้บุคคลธรรมดา ตั้งแต่ ๑๐ คนขึ้นไป หรือนิติบุคคลที่มีวัตถุประสงค์ในการคุ้มครองผู้บริโภค และไม่แสวงหาผลกำไร มีสิทธิรวมตัวกันจัดตั้งองค์กรของผู้บริโภคได้ และยังได้กำหนดให้มีการตั้งสภาองค์กรผู้บริโภคแห่งชาติ มีคณะกรรมการที่ได้มาโดยการเลือกกันเองจากผู้แทนองค์กรของผู้บริโภค และกรรมการผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน โดยมีการตั้งสำนักงานสภาองค์กรผู้บริโภคแห่งชาติ (สอป.) ที่เป็นนิติบุคคล มีความเป็นอิสระ (ไม่ใช่ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของรัฐ) มีอำนาจหน้าที่ด้านธุรการ และทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการ ซึ่งสำนักงานนี้ จะได้รับเงินอุดหนุนทั่วไปที่รัฐบาลจัดสรรให้โดยตรงเป็นรายปีจากงบประมาณแผ่นดิน ซึ่งรัฐบาลจะจัดสรรให้ในจำนวนที่เพียงพอสำหรับการบริหารงาน

ขณะนี้อยู่ระหว่างการรับรองคุณสมบัติขององค์กรผู้บริโภคที่จะมีสิทธิในการรวมตัวกันจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภค อย่างไรก็ตามกระบวนการนี้ได้มีข้อจำกัดในการดำเนินงาน ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการรับรององค์กรเพื่อจัดตั้งสภาตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ



๓.๔ สภาพปัญหาและผลกระทบจากการต่อต้านจุลชีพ

จากสถานการณ์ปัญหาเชื้อแบคทีเรียดื้อยาที่ทวีความรุนแรงขึ้นในปัจจุบัน คณะกรรมการประสานและบูรณาการการต่อต้านจุลชีพ ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การจัดการการต่อต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ และได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๕๙ มีเป้าประสงค์ที่ต้องการบรรลุภายในปี ๒๕๖๔ คือ ๑) การป่วยจากเชื้อดื้อยาลดลงร้อยละ ๕๐ ๒) การใช้จ่ายด้านจุลชีพสำหรับมนุษย์และสัตว์ลดลงร้อยละ ๒๐ และ ๓) ประชาชนมีความรู้เรื่องเชื้อดื้อยาและตระหนักในการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ และ ๔) ประเทศไทยมีระบบจัดการการต่อต้านจุลชีพที่มีสมรรถนะตามเกณฑ์สากล ทั้งนี้ แผนยุทธศาสตร์การจัดการการต่อต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ ประกอบด้วย ๖ ยุทธศาสตร์ โดยในส่วนที่ สสส. ได้ร่วมดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่ ๕ คือการส่งเสริมความรู้ด้านเชื้อดื้อยาและความตระหนักด้านการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมแก่ประชาชน

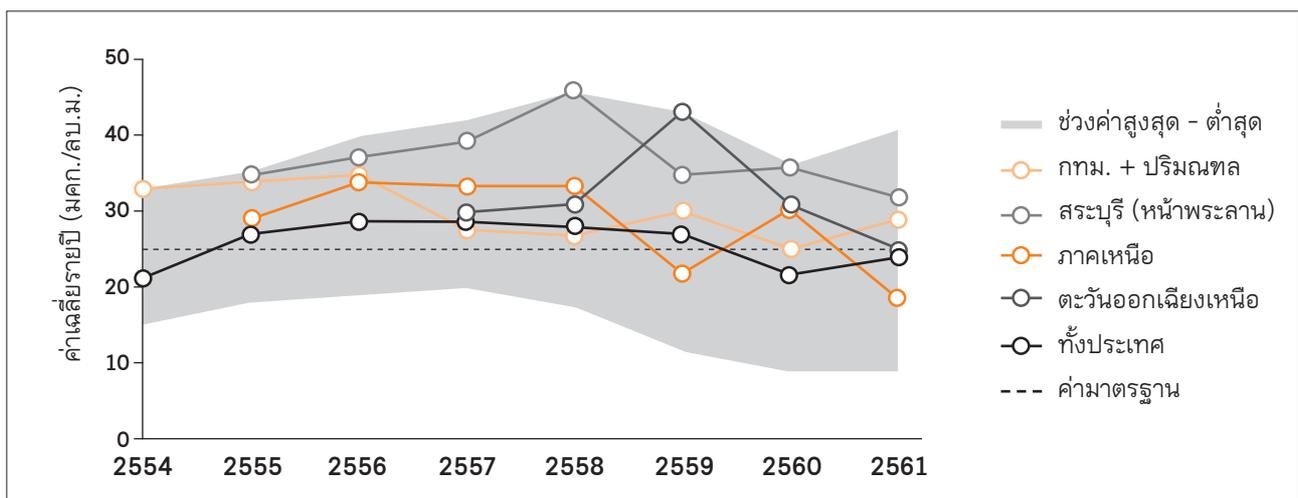
๔. สถานการณ์และแนวโน้ม ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

๔.๑ สถานการณ์คุณภาพอากาศ

จากข้อมูลการตรวจสอบคุณภาพอากาศจากสถานีตรวจวัดมลพิษทางอากาศแบบอัตโนมัติในพื้นที่ ๓๓ จังหวัด (๖๓ สถานี) โดย กองจัดการคุณภาพอากาศและเสียง กรมควบคุมมลพิษ ในปี ๒๕๖๑ พบว่าคุณภาพอากาศในประเทศไทยในภาพรวมมีแนวโน้มทรงตัว สารมลพิษที่พบเกินมาตรฐาน ได้แก่ ฝุ่นละออง PM₁₀ ฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ก๊าซโอโซน และ สารประกอบเบนซิน (VOCs) จังหวัดที่พบจำนวนวันที่สารมลพิษทางอากาศเกินค่ามาตรฐานเป็นจำนวนมาก (เกินร้อยละ ๒๐ ของปี) ได้แก่ กรุงเทพมหานคร สมุทรสาคร สระบุรี และสงขลา

๔.๑.๑ ฝุ่นละอองขนาดเล็กเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน (PM_{2.5})

ค่าเฉลี่ย ๒๔ ชั่วโมงสูงสุดในแต่ละจุดตรวจวัด อยู่ในช่วง ๒๒ - ๑๓๓ ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร (มคก./ลบ.ม.) เฉลี่ย ๗๒ มคก./ลบ.ม. (ค่ามาตรฐาน ๕๐ มคก./ลบ.ม.) ค่าเฉลี่ยรายปี อยู่ในช่วง ๙ - ๔๑ มคก./ลบ.ม. เฉลี่ย ๒๔ มคก./ลบ.ม. (ค่ามาตรฐานรายปี ๒๕ มคก./ลบ.ม.) มีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ แต่ในปี ๒๕๖๑ เพิ่มขึ้นจากปีก่อนหน้า



ภาพที่ ๒ ปริมาณฝุ่นละออง PM_{2.5} เฉลี่ยรายปี พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๑

ที่มา : รายงานสถานการณ์และการจัดการปัญหามลพิษทางอากาศและเสียง ปี ๒๕๖๑, กรมควบคุมมลพิษ



๔.๑.๒ ฝุ่นละอองขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 10 ไมครอน (PM₁₀)

ค่าเฉลี่ย ๒๔ ชั่วโมงสูงสุดแต่ละจุดตรวจวัด อยู่ในช่วง ๕๐ - ๓๐๓ มคก./ลบ.ม. เฉลี่ย ๑๓๒ มคก./ลบ.ม. (ค่ามาตรฐาน ๑๒๐ มคก./ลบ.ม.) ค่าเฉลี่ยรายปี อยู่ในช่วง ๒๓ - ๑๒๐ มคก./ลบ.ม. เฉลี่ย ๔๒ มคก./ลบ.ม. (ค่ามาตรฐานรายปี ๕๐ มคก./ลบ.ม.) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในพื้นที่หน้าพระลาน จังหวัดสระบุรี โดยรวมมีแนวโน้มทรงตัว

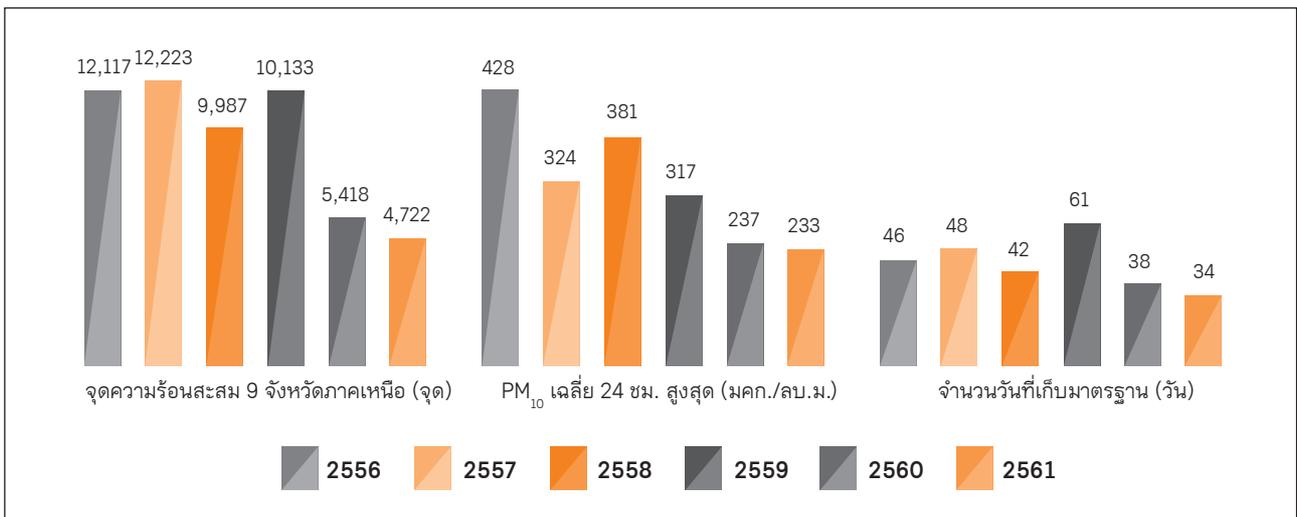
๔.๑.๓ ก๊าซโอโซน (O₃)

ค่าเฉลี่ย ๑ ชั่วโมงสูงสุดของแต่ละจุดตรวจวัด อยู่ในช่วง ๖๘ - ๑๔๓ ส่วนในพันล้านส่วน (พีพีบี) เฉลี่ย ๑๒๓ พีพีบี (ค่ามาตรฐาน ๑๐๐ พีพีบี) ค่าเฉลี่ย ๘ ชั่วโมงสูงสุด อยู่ในช่วง ๕๒ - ๑๔๔ พีพีบี เฉลี่ย ๘๗ พีพีบี (ค่ามาตรฐาน ๗๐ พีพีบี) ภาพรวมยังมีค่าเกินมาตรฐานในหลายพื้นที่ สถานการณ์ทรงตัวจากปีที่ผ่านมา

๔.๑.๔ สถานการณ์มลพิษทางอากาศในพื้นที่วิกฤต

๑) ปัญหาหมอกควันในพื้นที่ ๙ จังหวัดภาคเหนือ

ช่วงต้นปี ๒๕๖๑ (เดือนมกราคม - พฤษภาคม) ในพื้นที่ ๙ จังหวัดภาคเหนือ ได้แก่ เชียงราย เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา แม่ฮ่องสอน และตาก พบว่า มีปริมาณฝุ่นละอองเฉลี่ย ๒๔ ชั่วโมงสูงสุดที่ ๒๓๓ ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ณ ต.บ้านดง อ.แม่เมาะ จ.ลำปาง ในวันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๑ ซึ่งลดลงกว่าปี ๒๕๖๐ ที่ตรวจวัดได้ ๒๓๗ ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร และเมื่อพิจารณาจำนวนวันที่ฝุ่นละอองเกินค่ามาตรฐาน ในปี ๒๕๖๑ พบว่า มีจำนวนวันที่ฝุ่นละอองเกินค่ามาตรฐาน ๓๔ วัน ลดลงจากปี ๒๕๖๐ ที่จำนวนวันที่ฝุ่นละอองเกินค่ามาตรฐาน ๓๘ วัน และจากการพิจารณาข้อมูลสถานการณ์หมอกควัน ๙ จังหวัดภาคเหนือ เปรียบเทียบย้อนหลัง ๖ ปี ตั้งแต่ปี ๒๕๕๖ - ๒๕๖๑ พบว่า ปี ๒๕๖๑ สถานการณ์หมอกควันดีขึ้นตามลำดับ



ภาพที่ ๓ สถานการณ์ปัญหาหมอกควัน ๙ จังหวัดภาคเหนือ ช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๖ - ๒๕๖๑
ที่มา : รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๑, กรมควบคุมมลพิษ

๒) **ฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล**

ช่วงปลายปี (เดือนธันวาคม) จนถึงต้นปี (เดือนมกราคม - มีนาคม) ของทุกปี พบว่า ปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} มีค่าเกินมาตรฐาน โดยเฉพาะบริเวณเส้นทางที่มีการจราจรหนาแน่น มีการก่อสร้างอาคาร และระบบขนส่งมวลชนรถไฟฟ้าหลายสาย ในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตและสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยจะเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคเยื่อตาอักเสบ และโรคผิวหนัง โดยแหล่งกำเนิดหลักมาจาก ยานพาหนะ ประกอบกับสภาพอุตุนิยมวิทยาที่ลักษณะอากาศจืดจางลมสงบ เนื่องจากความกดอากาศสูงที่ปกคลุมตอนบนของประเทศมีกำลังอ่อน ทำให้อุณหภูมิจากกรุงเทพมหานครและปริมณฑลสูงขึ้น จนเกิดสภาพอากาศปิด เกิดการสะสมของฝุ่นละอองในบรรยากาศ จนเริ่มมีปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} เกินมาตรฐาน สำหรับสถานการณ์ในปี ๒๕๖๑ มีปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กสูงขึ้นในช่วงต้นปี เดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ และช่วงเดือนธันวาคม ๒๕๖๑ - กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

จากรายงานสถานการณ์คุณภาพอากาศโลก ประจำปี ค.ศ. ๒๐๑๙ โดย IQair พบว่า ประเทศไทย มีค่า PM_{2.5} เฉลี่ยที่ ๒๔.๓ µg/m³ มากเป็นอันดับที่ ๒๘ จาก ๔๘ ประเทศทั่วโลก และมีค่า PM_{2.5} มากเป็นอันดับ ๔ ของอาเซียน รองจากประเทศอินโดนีเซีย เวียดนาม และเมียนมา

คุณภาพอากาศโดยเฉลี่ยของกรุงเทพมหานครในปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๒ อยู่ในระดับปานกลางที่ ๒๗.๖ µg/m³ ในปี ๒๕๖๐, ๒๕.๒ µg/m³ ในพ.ศ. ๒๕๖๑ และ ๒๒.๘ µg/m³ ในปี ๒๕๖๒ ตามลำดับ ซึ่งกรุงเทพมหานครมีค่า PM_{2.5} เฉลี่ยที่ ๒๒.๘ µg/m³ มากเป็นอันดับที่ ๓๓ จาก ๘๕ เมืองหลวงทั่วโลก สำหรับจังหวัดสำคัญในประเทศมีค่า PM_{2.5} ดังนี้ จังหวัดนครราชสีมา ๔๒.๒ µg/m³, ขอนแก่น ๓๖.๔ µg/m³, แม่ฮ่องสอน ๓๕.๓ µg/m³, เชียงใหม่ ๓๒.๓ µg/m³ และนนทบุรี ๒๓.๒ µg/m³ ซึ่งมีคุณภาพอากาศแย่กว่าของกรุงเทพมหานคร

๓) **สารอินทรีย์ระเหยง่าย (VOCs) พื้นที่มาบตาพุดและบริเวณใกล้เคียง**

ในปี ๒๕๖๑ พบว่า มีค่าเฉลี่ยสารอินทรีย์ระเหยง่ายเกินค่ามาตรฐานรายปี จำนวน ๓ ชนิด ได้แก่ **สาร ๑, ๒-ไดคลอโรอีเทน** เมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อยแต่ยังคงเกินค่ามาตรฐาน, สารเบนซีน พบมีแนวโน้มสูงขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา ซึ่งเกินค่าเฝ้าระวัง ๒๔ ชั่วโมง ในเดือนกุมภาพันธ์ กรกฎาคม กันยายน และธันวาคม และ **สาร ๑, ๓-บิวทาไดอิน** พบมีแนวโน้มรุนแรงกว่าปีที่ผ่านมาเกินค่าเฝ้าระวัง ๒๔ ชั่วโมง บริเวณทางทิศเหนือและทิศตะวันออกเฉียงเหนือของนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุดในเดือนกรกฎาคม สิงหาคม และกันยายน คาดว่าสาเหตุเกิดจากโรงงานอุตสาหกรรมเคมีที่มีการใช้และผลิตสาร ๑, ๓-บิวทาไดอิน



๔.๒ สถานการณ์ขยะมูลฝอยชุมชน และของเสียอันตราย

๔.๒.๑ สถานการณ์ขยะมูลฝอยชุมชน

จากข้อมูลการตรวจสอบปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนทั่วประเทศ โดยกองจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ ในปี ๒๕๖๑ พบว่า มีปริมาณขยะมูลฝอยเกิดขึ้นทั้งสิ้นประมาณ ๒๗.๙๓ ล้านตัน เมื่อเทียบกับปี ๒๕๖๐ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒ เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของประชากร การบริโภคที่เพิ่มมากขึ้น การขยายตัวของชุมชนเมือง และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตจากสังคมเกษตรกรรมสู่สังคมเมืองในหลายพื้นที่ รวมทั้งการส่งเสริมการท่องเที่ยวของประเทศจึงส่งผลให้ปริมาณขยะมูลฝอยในพื้นที่ท่องเที่ยวหรือพื้นที่รองรับนักท่องเที่ยวมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกนำไปกำจัดอย่างถูกต้องในสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่ดำเนินการ และปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนที่ถูกนำกลับมาใช้ประโยชน์ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตั้งแต่ปี ๒๕๕๗ เป็นต้นมา

แม้ว่าปริมาณขยะมูลฝอยจะเพิ่มขึ้น แต่การจัดการขยะมูลฝอยในปี ๒๕๖๑ มีแนวโน้มดีขึ้น ขยะมูลฝอยชุมชนได้ถูกคัดแยก ณ ต้นทาง และนำกลับไปใช้ประโยชน์ ๙.๗๖ ล้านตัน (ร้อยละ ๓๕) เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาร้อยละ ๑๕ โดยการคัดแยกเพื่อขายให้กับร้านรับซื้อของเก่าหรือซาเล้ง การร่วมกิจกรรมธนาคารขยะ กิจกรรมขยะแลกไข่ และกิจกรรมตลาดนัดขยะมูลฝอยชุมชนของแต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ขยะมูลฝอยชุมชนอีกจำนวน ๑๐.๘๕ ล้านตัน (ร้อยละ ๓๙) ถูกกำจัดอย่างถูกต้อง ส่วนที่เหลือเป็นขยะที่ถูกกำจัดอย่างไม่ถูกต้องประมาณ ๗.๓๒ ล้านตัน (ร้อยละ ๒๖)

๔.๒.๒ สถานการณ์ของเสียอันตราย

ของเสียอันตราย ได้แก่ ของเสียอันตรายจากชุมชน กากของเสียอุตสาหกรรม และมูลฝอยติดเชื้อ ในปี ๒๕๖๑ พบว่า ของเสียอันตรายเกิดขึ้นทั่วประเทศ มีจำนวน ๑,๘๙๓ ล้านตัน ลดลง ๐.๗๓๓ ล้านตัน จากปี ๒๕๖๐ ของเสียอันตรายที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นของเสียอันตรายจากอุตสาหกรรม ๑.๒ ล้านตัน และเป็นของเสียอันตรายจากชุมชน ๐.๖๓๘ ล้านตัน (รวมซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์) ประมาณ ๔๑๔,๖๐๐ ตัน และมูลฝอยติดเชื้อ ประมาณ ๐.๐๕๕ ล้านตัน

๑) ของเสียอันตรายจากชุมชน

ของเสียอันตรายจากชุมชนปี ๒๕๖๑ มีประมาณ ๖๓๘,๐๐๐ ตัน เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๓.๒ (ร้อยละ ๖๕ เป็นซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ ๔๑๔,๖๐๐ ตัน และร้อยละ ๓๕ เป็นของเสียอันตรายจากชุมชนประเภทอื่นๆ เช่น แบตเตอรี่ ถ่านไฟฉาย ภาชนะบรรจุสารเคมี กระป๋องสเปรย์ จำนวน ๒๒๓,๔๐๐ ตัน) มีการวางระบบการจัดการของเสียอันตรายจากชุมชน โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีจุดรวบรวมของเสียอันตรายจากชุมชน ในหมู่บ้านหรือชุมชน และส่งมายังศูนย์รวบรวมของเสียอันตรายในระดับจังหวัด ทำให้ของเสียอันตรายจากชุมชนได้รับการจัดการอย่างถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๑๓ หรือประมาณ ๘๓,๖๐๐ ตัน



๒) กากของเสียอุตสาหกรรม

ปริมาณกากของเสียอุตสาหกรรมเข้าสู่ระบบการจัดการทั้งหมด ๒๒.๐๒ ล้านตัน ลดลงจากปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๓๓ (ปี ๒๕๖๐ มีปริมาณกากอุตสาหกรรมเข้าสู่ระบบการจัดการทั้งหมด ๓๒.๔๕ ล้านตัน) เป็นกากอุตสาหกรรมที่ไม่เป็นอันตราย ๒๐.๘๒ ล้านตัน โดยมีการนำกลับมาใช้ประโยชน์ด้วยการเผา เพื่อผลิตเป็นพลังงานไฟฟ้าในปริมาณ ๗.๒ ล้านตัน สำหรับกากอุตสาหกรรมอันตราย มีปริมาณ ๑.๒ ล้านตัน ในแต่ละภูมิภาคของประเทศมีการกระจายตัวของโรงงานบำบัดกำจัดกากอุตสาหกรรม โดยศักยภาพการบำบัดกำจัดมากที่สุดอยู่ที่ภาคตะวันออก รองลงมาเป็นภาคกลาง ภาคตะวันตก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคเหนือ ตามลำดับ

๔.๓ สถานการณ์ก๊าซเรือนกระจกของประเทศ

การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศกลายเป็นปัญหาสิ่งแวดล้อมที่สำคัญของโลก ที่กำลังส่งผลกระทบต่อสมดุลทางพลังงานและแบบแผนของภูมิอากาศในระดับโลกอย่างรุนแรงในวงกว้าง อันมีสาเหตุมาจากการดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจของมนุษย์ การขยายตัวของชุมชน การใช้พลังงาน ขยะมูลฝอย การลดลงของพื้นที่สีเขียว ทำให้เกิดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกและความเข้มข้นของก๊าซเรือนกระจกในชั้นบรรยากาศเพิ่มมากขึ้น

จากรายงานความก้าวหน้าราย ๒ ปี ฉบับที่ ๒ (Second Biennial Update Report of Thailand) ที่เสนอต่อ The United Nations Framework Convention on Climate Change (UNFCCC) (ซึ่งเป็นการแสดงบัญชีย้อนหลัง ๔ ปี เช่น ปี ๒๕๖๐ จะจัดทำบัญชีของปี ๒๕๕๖) ได้ระบุว่าปี ๒๕๕๖ (ค.ศ. ๒๐๑๓) ประเทศไทยมีการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ๓๑๘.๖๖ ล้านตันคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า (MtCO₂eq) (ไม่รวมภาคป่าไม้และการใช้ประโยชน์ที่ดิน) และมีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่เกิดจากแหล่งปล่อยและส่วนที่ดูดกลับ ๒๓๒.๕๖ MtCO₂eq โดยภาคพลังงานปล่อยก๊าซเรือนกระจก ๒๓๖.๔๓ MtCO₂eq ภาคเกษตร ๕๐.๙๒ MtCO₂eq ภาคกระบวนการผลิตในอุตสาหกรรม ๑๘.๔๘ MtCO₂eq ภาคของเสีย ๑๑.๘๓ MtCO₂eq และภาคป่าไม้และการใช้ประโยชน์ที่ดินมีการดูดกลับ ๘๖.๑๐ MtCO₂eq

๔.๔ สถานการณ์ขยะอาหารและอาหารส่วนเกิน

อาหารเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ แต่ทว่าหนึ่งในสามของอาหารที่ผลิตออกมาในโลกกลายเป็นขยะอาหาร ซึ่งหมายถึงเศษอาหารที่ไม่สามารถนำมารับประทานได้ ทั้งที่อาหารเหล่านั้นอาจจะเป็นอาหารส่วนเกินที่สามารถนำไปรับประทานต่อได้ก็ตาม หากแต่ต้องทิ้งกลายเป็นขยะอาหารหรือประมาณ ๑.๖ พันล้านตันต่อปี ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการประมาณการของ UNFAO

ประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลปริมาณอาหารที่ผลิตและปริมาณการทิ้งขยะอาหารที่ชัดเจน มีเพียงข้อมูลปริมาณขยะมูลฝอยที่เป็นขยะอินทรีย์ ซึ่งกรมควบคุมมลพิษระบุว่าในปี ๒๕๖๐ มีปริมาณมากถึง ๑๗.๕๖ ล้านตัน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๖๔ ของปริมาณขยะมูลฝอยทั้งหมด หรือ ๒๕๔ กิโลกรัมต่อคนต่อปี สำหรับการบริหารจัดการขยะที่เป็นอาหารหรือเศษอาหารโดยมีวิธีการต่างๆ ได้แก่ การเผาในเตาเผา (Incineration) และการนำไปผลิตเป็นปุ๋ย ร้อยละ ๔๓ ของขยะมูลฝอยทั้งหมด อีกร้อยละ ๕๗ ถูกนำไปฝังกลบหรือถมกลางแจ้ง ซึ่งประเทศไทยมีสถานที่ฝังกลบหรือถมขยะกลางแจ้งกระจายอยู่ทั่วประเทศ จนทำให้เกิดปัญหามลพิษด้านสิ่งแวดล้อมต่างๆ มากมาย อีกทั้งยังขยะอาหารยังส่งกลิ่นเหม็นและส่งผลกระทบต่อสุขภาพในการดำรงชีวิตของประชาชนอีกด้วย



จุดเน้นของแผน

จุดเน้นการขับเคลื่อนทั้ง ๔ แผนงาน ภายใต้แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ที่ได้จากกระบวนการพัฒนาแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ในกระบวนการพัฒนาแผนดำเนินงาน พ.ศ. ๒๕๖๔ ตามกรอบนโยบายจัดทำแผนการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๔ โดยการประชุมระดมความคิดเห็นร่วมกันระหว่างผู้แทนหน่วยงาน ภาคีที่เกี่ยวข้อง และคณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๒ เมื่อวันที่ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๒ มีดังนี้

๑. จุดเน้นของแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ

การขับเคลื่อนแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ ยังคงเน้นใน ๒ ประเด็นหลักที่มีผลกระทบสูงต่อสุขภาวะประชากรไทย สอดคล้องกับนโยบายของรัฐ และตอบสนองการบรรลุเป้าหมายระยะ ๑๐ ปี ของ สสส. (เป้าหมายลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวี) คือ ๑) การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และ ๒) การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยในทั้ง ๒ ประเด็น จะมีการปรับปรุงและออกแบบการดำเนินงานให้บูรณาการการทำงานร่วมกัน และมีจุดเน้น ดังนี้

๑.๑ สนับสนุนทางเลือกการเข้าถึงถุงยางอนามัย การคุมกำเนิดชนิดอื่นๆ โดยเน้น การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย และการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การติดเชื้อเอชไอวี และป้องกันการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้ง ร่วมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ด้านถุงยางอนามัย พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๗๓ ภายใต้ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๗๓

๑.๒ ปรับทัศนคติเพื่อลดการตีตราทุกกลุ่ม โดยเฉพาะแม่วัยรุ่น ทั้งการตีตราตนเองและการถูกตีตราจากผู้เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ปกครอง ครู ผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข เป็นต้น เพื่อให้เข้าใจวัยรุ่น ลดการตีตราและการละเมิดสิทธิ

๑.๓ มีระบบรองรับสำหรับแม่วัยรุ่นอย่างเป็นระบบ ได้แก่ เมื่อท้องต้องได้เรียน ได้รับการดูแล และมีบ้านพักฉุกเฉินและการรู้และสามารถเรียกร้องสิทธิของตนเอง ตลอดจนมีกลไกที่ช่วยเหลือและคุ้มครองเพื่อให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงสิทธิของตนเองได้ตาม พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๔

๑.๔ ร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้องทำงานส่งเสริมสุขภาวะทางเพศและการรณรงค์ที่สอดคล้องกับบริบทเฉพาะในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยากและกลุ่มที่เข้าถึงยาก เช่น ผู้หญิง เยาวชน กลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ (LGBTQI) ผู้ให้บริการทางเพศ เป็นต้น เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของประเทศในการลดอัตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่

๑.๕ สนับสนุนให้มีมาตรการ การพัฒนารูปแบบการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ที่เน้นเรื่องเอชไอวี/เอดส์ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และชีวิตวิถีใหม่ เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์การระบาดของโควิด-๑๙

๒. จุดเน้นของแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต

๒.๑ พัฒนาการดำเนินงานร่วมกับกรมสุขภาพจิตและภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมพัฒนารูปแบบและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มเด็กเยาวชนและวัยรุ่น เน้นสร้างความเข้มแข็งด้านจิตใจ เพื่อป้องกันและลดการเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย เป็นต้น (โดยเน้นทำงานร่วมกับแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว)





๒.๒ ทำงานร่วมกับกรมสุขภาพจิต รวมถึงนักวิชาการและตัวแทนจากหน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพจิต โดยเฉพาะทีมงานและภาคีจากแผนอื่น ๆ ของ สสส. และภาคส่วนอื่นๆ นอกกระทรวงสาธารณสุข ในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ซึ่งจะมีส่วนสนับสนุนการขับเคลื่อนแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ พร้อมกับหนุนเสริมศักยภาพ ของสำนักงานเลขาธิการ คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ

๒.๓ สนับสนุนหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ในการพัฒนาศักยภาพของระบบบริการด้านสุขภาพจิตที่สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์วิกฤตต่างๆ เช่น ความรุนแรง สถานการณ์โควิด-๑๙ เป็นต้น และจัดบริการในรูปแบบดิจิทัล หรือเครื่องมืออื่นๆ ที่หลากหลาย เพื่อลดข้อจำกัดของการขาดแคลนบุคลากร บริการ และสถานบริการทางจิตเวช โดยมุ่งเน้นการฟื้นฟูและดูแลรักษาจิตใจ ในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ด้วยการใช้ “วัคซีนใจ”

๒.๔ สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ หรือผู้ที่กำลังเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อสร้างเสริมหรือรักษาสุขภาพใจให้แข็งแรง โดยเชื่อมประสานการทำงานกับชุมชนในการสร้างพื้นที่สาธารณะ หรือพื้นที่ทางสังคมออนไลน์

๒.๕ สนับสนุนการพัฒนาระบบการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต โดยเน้นการสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลง และ/หรือ ผู้นำการขับเคลื่อนในการดำเนินกิจกรรมและสื่อสารที่ทรงพลังไปยังประชากรเป้าหมาย เพื่อสร้างความเข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อผู้เผชิญสถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพจิต สร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ หนุนเสริมให้ผู้มีภาวะทางจิตเข้าสู่ระบบบริการที่เหมาะสม ลดการตีตรารังเกียจ

๓. จุดเน้นของแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา

๓.๑ เน้นเป้าหมายการจัดการปัญหาสินค้าที่ไม่ปลอดภัยทั้งในระดับพื้นที่ชุมชนและออนไลน์ โดยสนับสนุนการพัฒนากลไกบูรณาการการทำงานร่วมกัน ในกลุ่มแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา เพื่อเสริมสร้างกลไกและเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคในระดับพื้นที่ให้มีความเข้มแข็ง รวมทั้งการจัดการปัญหาชายแดน การพัฒนาองค์กรผู้บริโภคคุณภาพ และสร้างความร่วมมือการทำงานกับหน่วยงานใหม่ๆ เช่น กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการกำกับดูแลสื่อออนไลน์สมัยใหม่

๓.๒ สนับสนุนการเตรียมความพร้อมขององค์กรผู้บริโภคคุณภาพที่ สสส. ได้รับรองไว้ ให้ขึ้นทะเบียนเป็นองค์กรผู้บริโภคที่จะสามารถรวมกันจัดตั้งสภาองค์กรผู้บริโภคแห่งชาติได้ ตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๖๐

๓.๓ สนับสนุนการขับเคลื่อนเพื่อมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์การจัดการการดี้อย่างยั่งยืนประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ โดยเน้นบทบาทตามยุทธศาสตร์ด้านการสื่อสารและสร้างความตระหนักแก่ประชาชน

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

๔. จุดเน้นของแผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

๔.๑ ผลักดันงานวิชาการ/ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อลดการสูญเสียอาหารส่วนเกินที่ใช้บังคับกับผู้ผลิต-ผู้จำหน่าย รวมทั้งมาตรการที่สนับสนุนให้องค์กรภาคประชาสังคมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการนำอาหารส่วนเกินไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ลดการทิ้งหรือกำจัดขยะอาหาร การนำอาหารส่วนเกินแก่อุณหภูมิแก่ผู้ยากไร้ ผู้ขาดแคลน ผู้ไร้โอกาส สร้างวัฒนธรรมการบริโภคอย่างยั่งยืนและความมั่นคงทางด้านอาหาร

๔.๒ ปฏิบัติงานด้านวิชาการร่วมกับนักวิชาการ มหาวิทยาลัย หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคสังคม ภาคสื่อช่วยด้านสิ่งแวดล้อม ประชาชนทุกภาคส่วน และ Prime Movement/Mover ในการสร้างความตระหนักรู้ การรับรู้ การสื่อสาร การบูรณาการร่วมกัน และผลักดันให้เกิดกฎหมายอากาศสะอาด พื้นที่ต้นแบบ และขบวนการขับเคลื่อนจากทุกภาคส่วน ในการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ ไฟป่า ฝุ่นควัน และ PM_{2.5} ที่มีผลต่อสุขภาพ

๔.๓ สร้างการตื่นรู้ในการบริหารจัดการสภาวะโลกร้อนและภัยพิบัติ เพื่อสรรหาวิธีการหรือวิถีชีวิตใหม่หรือแนวทางการรับมือกับภาวะวิกฤตด้านสิ่งแวดล้อมและภัยพิบัติของประเทศ (ภัยแล้ง น้ำท่วม ภัยทางชีวภาพ เช่น โรคอุบัติใหม่) และการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่เป็นผลมาจากสภาวะโลกร้อนและภัยพิบัติต่างๆ

๔.๔ สร้างกลไก องค์ความรู้ ศักยภาพ ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน ภาคประชาชน แรงงานทุกระดับ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการบูรณาการด้านการบริหารจัดการและเสนอมาตรการด้านขยะมูลฝอย ขยะพลาสติก กากของเสีย ของเสียอันตราย การบริโภคที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งส่งเสริมการสร้างสมดุลด้านเศรษฐกิจ ชุมชน และสิ่งแวดล้อม หรือเศรษฐกิจสิ่งแวดล้อม

วัตถุประสงค์

๑. สร้างความร่วมมือระหว่าง ภาคีหลัก (Boundary Partners) และภาคียุทธศาสตร์ ซึ่งรวมถึงหน่วยงานเจ้าของเรื่อง เพื่อตั้งเป้าหมายการทำงานร่วมกันในแต่ละประเด็นปัจจัยเสี่ยง และร่วมกันกำหนดจุดคานงัดในการดำเนินงานที่จะสามารถเปลี่ยนหรือพลิกสถานการณ์ของปัญหา และนำไปสู่การลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยเสริมสร้างสุขภาพที่ยั่งยืนได้

๒. เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับหน่วยงานที่เป็นเจ้าของเรื่อง และเสริมสร้างศักยภาพให้กับภาคีและองค์กรภาคประชาสังคมที่มีเป้าหมายสอดคล้องกัน เพื่อสนับสนุนให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาให้เกิดนโยบาย กลไก หรือนวัตกรรมในรูปแบบต่างๆ ที่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. พัฒนาและสร้างความเข้มแข็ง ให้กับกลไกการติดตามและประเมินภายใน รวมถึงสนับสนุนการถอดบทเรียนการทำงานของภาคีให้ชัดเจน เพื่อนำไปสู่การใช้ประโยชน์และขยายผลของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ ๓๕)

๑. มี ๒ จังหวัดต้นแบบ^{๔๔} ที่ดำเนินมาตรการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างเป็นระบบ สามารถแสดงผลลัพธ์ที่บ่งชี้แนวโน้มการลดลงของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเป้าหมาย และมีการสังเคราะห์ชุดความรู้ดำเนินงานจัดทำเป็นคู่มือนำไปพัฒนาข้อเสนอโยบายเพื่อขยายผลในระดับประเทศ
๒. มีเครื่องมือ คู่มือ หรือแหล่งเรียนรู้ ที่พัฒนาขึ้นจากผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการยุติปัญหาเอดส์ในจังหวัดที่รับทุนสนับสนุนจาก สสส. ที่สามารถนำไปสนับสนุนการดำเนินงานในระดับพื้นที่อื่นๆ ได้ จำนวน ๒๐ จังหวัด และเข้าถึงความรู้ผ่านช่องทางสื่อสารออนไลน์
๓. มีการนำรูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมาย (ที่สังเคราะห์จากพื้นที่ต้นแบบ) นำไปสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐ อย่างน้อย ๒ รูปแบบ
๔. มีร่างกฎหมายหรือข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องอากาศสะอาด และมีพื้นที่ต้นแบบที่ดำเนินมาตรการป้องกันแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ ไฟป่า ฝุ่นควัน และ PM_{2.5} ที่มีผลต่อสุขภาพจำนวน ๒ พื้นที่

ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง (น้ำหนักร้อยละ ๒๕)

๑. มีการจัดการความรู้ ทรัพยากรสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ด้านสุขภาพจิต หรือการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยาเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตในสถานการณ์ระบาดของ COVID-19 จำนวน ๒ เรื่อง
๒. ร่วมกับแผนสุขภาพะประชากรกลุ่มเฉพาะพัฒนารูปแบบหรือเครื่องมือในการสร้างเสริมสุขภาพจิต ป้องกัน/หรือลดความเสี่ยงเรื่องซึมเศร้า ในกลุ่มผู้สูงอายุ หรือผู้ที่กำลังก้าวสู่วัยสูงอายุ เพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต ที่ตอบสนองยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต ในแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑
๓. ร่วมกับแผนสุขภาพะชุมชนพัฒนาพื้นที่นาร่องการจัดการภัยพิบัติจากไฟป่า จำนวนไม่น้อยกว่า ๒ พื้นที่ (Area)

แนวทางการดำเนินงาน

๑. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาพะทางเพศ

- ๑.๑ พัฒนารูปแบบการจัดการการเข้าถึงถุงยางอนามัยสำหรับวัยรุ่น (การใช้ถุงยางอนามัยเป็นพฤติกรรมปกติในการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง)

^{๔๔} ในปี ๒๕๖๑ มีการดำเนินงานใน ๒ จังหวัดนำร่อง คือ อุบลราชธานี และกำแพงเพชร เป็นปีแรก ซึ่งทั้ง ๓ มาตรการที่ระบุเพิ่มเติมในตัวชี้วัดปี ๒๕๖๒ ทั้ง ๒ จังหวัด ยังอยู่ในขั้นเริ่มต้นดำเนินงาน และสำนัก ๒ ร่วมกับนักวิชาการที่เกี่ยวข้องเพิ่งออกแบบการทำงานทั้ง ๓ มาตรการได้เป็นระบบชัดเจน



- (๑) จัดกระบวนการและออกแบบการขับเคลื่อนงานที่สนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์
 ฤงยางอนามัยแห่งชาติ และกระบวนการตลาดเพื่อสังคม (Social Marketing) เพื่อให้มี
 ฤงยางในราคาเข้าถึงได้และเพียงพอต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและ
 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเน้นเป้าหมายเพิ่มอัตราการใช้ฤงยางอนามัยในทุกกลุ่มเป้าหมาย
 โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ให้มากกว่าร้อยละ ๙๐
- (๒) ขับเคลื่อนงานสื่อสารรณรงค์ เพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง และเพื่อปรับเปลี่ยน
 ทัศนคติต่อฤงยางอนามัยที่เน้นความรื่นรมย์อย่างรับผิดชอบ รวมถึงปรับฐานคิดของสังคมไทย
 ที่เกี่ยวกับเรื่องเพศ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการติดเชื้อเอชไอวี

- ๑.๒ พัฒนาระบบหรือรูปแบบกลไกคุ้มครองสิทธิระดับพื้นที่ที่จะช่วยให้แม่วัยรุ่น มีโอกาสเข้าถึงสิทธิ
 ตามมาตรา ๕ ของ พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยเฉพาะได้รับการศึกษาต่อ
 (ซึ่งควรศึกษาต่อในสถานศึกษาเดิม) และสวัสดิการสังคมที่เหมาะสม
- ๑.๓ พัฒนาหลักสูตร รูปแบบการเรียนการสอนเพศวิถีศึกษาแบบรอบด้านและนวัตกรรมต่างๆ เพื่อช่วย
 ปกป้องดูแลเด็กและวัยรุ่นกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ นักเรียนพิการทางการได้ยิน นักเรียนพิการทางสายตา
- ๑.๔ สนับสนุนการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบระดับจังหวัดและการบูรณาการการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนหลัก
 เพื่อนำไปสู่การถอดบทเรียนและสังเคราะห์แนวทาง หรือเครื่องมือที่สามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่น
 ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการป้องกันการ
 การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่มีประสิทธิผล
- ๑.๕ ใช้กลไกการประชุมคณะกรรมการประสานยุทธศาสตร์ฯ เพื่อขับเคลื่อนการบังคับใช้ พ.ร.บ. การป้องกัน
 และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และยุทธศาสตร์ฤงยางอนามัยแห่งชาติ รวมถึงสนับสนุน
 การดำเนินงานของคณะกรรมการระดับชาติ ตาม พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์
 ในวัยรุ่น เพื่อช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการทำงานหนุนเสริมกันและกัน ระหว่าง
 หน่วยงานและภาคส่วนหลักที่เกี่ยวข้อง
- ๑.๖ สนับสนุนการพัฒนาและผลักดันข้อเสนอกฎหมายรวมถึงมาตรการที่จำเป็น ที่จะนำไปสู่การลดการ
 รังเกียจ การตีตราและการเลือกปฏิบัติ รวมทั้งการเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคม ต่อผู้มีเชื้อเอชไอวี
 และวัยรุ่นที่ประสบปัญหาจากการตั้งครรภ์

๒. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต

- ๒.๑ พัฒนารูปแบบและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มเด็กเยาวชนและวัยรุ่น เพื่อลดโอกาสเสี่ยง
 ต่อการเป็นโรคด้านจิตเวช โดยทำงานร่วมกับกรมสุขภาพจิต ภาคีที่เกี่ยวข้อง และแผนสุขภาพะเด็ก
 เยาวชน และครอบครัว เยาวชนและวัยรุ่น
- ๒.๒ พัฒนากลไกการทำงานร่วมกับกรมสุขภาพจิต นักวิชาการ ตัวแทนจากหน่วยงานและภาคส่วน
 ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพจิต โดยเฉพาะทีมงานและภาคีจากแผนอื่นๆ ของ สสส. เพื่อ
 ขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ที่จะช่วยสนับสนุนการขับเคลื่อนแผน
 พัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ และหนุนเสริมศักยภาพของสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการ
 สุขภาพจิตแห่งชาติ



- ๒.๓ ค้นหาภาคีและพัฒนาโมเดลบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ในการพัฒนารูปแบบ วิธีการ เครื่องมือ ในการจัดบริการด้านสุขภาพจิตที่ตอบสนอง ต่อสถานการณ์วิกฤต อาทิ COVID-19 ความรุนแรงในสังคม ฯลฯ เพื่อลดข้อจำกัดเรื่องการขาดแคลน บุคลากร บริการ และสถานบริการทางจิตเวชลง โดยมุ่งเน้นการใช้ “วัคซีนใจ” ให้เกิดความเข้มแข็ง ทางด้านจิตใจ
- ๒.๔ ทำงานร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพจิต ในการพัฒนาการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยรูปแบบและวิธีการที่หลากหลาย โดยมี การสื่อสารสังคมในวงกว้าง สร้างบรรทัดฐานในมุมมองใหม่ให้กับสังคม

๓. กลุ่มแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา

- ๓.๑ จัดกระบวนการพัฒนากลไกบูรณาการการทำงานร่วมกันของภาคีกลุ่มแผนงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา เพื่อกำหนดเป้าหมายและแผนการทำงานร่วมกันในการพัฒนา ศักยภาพเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคในระดับพื้นที่ให้มีความเข้มแข็ง และสามารถทำงานร่วมกับ กลไกคุ้มครองผู้บริโภคที่เกี่ยวข้อง ในการจัดการปัญหาสินค้าที่ไม่ปลอดภัยทั้งในระดับพื้นที่ชุมชน และในพื้นที่ออนไลน์
- ๓.๒ สนับสนุนกลไกการพัฒนาและรับรองคุณภาพให้กับองค์กรผู้บริโภค เพื่อหนุนเสริมให้มีบทบาท ในการจัดตั้งสภาองค์กรผู้บริโภคแห่งชาติ ตาม พ.ร.บ.การจัดตั้งสภาองค์กรผู้บริโภค รวมถึงร่วม ขับเคลื่อนให้สภาองค์กรผู้บริโภคเริ่มดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย
- ๓.๓ สนับสนุนการขับเคลื่อนเพื่อมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์การจัดการการติดยาต้านจุลชีพ ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ โดยเน้นบทบาทตามยุทธศาสตร์ด้านการสื่อสารและสร้างความ ตระหนักแก่ประชาชน

๔. กลุ่มแผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

- ๔.๑ ดำเนินงานสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) และยุทธศาสตร์ชาติ (National strategy) ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตร ต่อสิ่งแวดล้อม เพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนในทุกมิติ โดยให้ความสำคัญกับการสร้างสมดุล ทั้ง ๓ ด้าน เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิต นำไปสู่ความยั่งยืน
- ๔.๒ ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืน คำนึงถึงขีดจำกัดและศักยภาพในการ พื้นที่ตัว สร้างการแบ่งปันและโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรธรรมชาติและ ความหลากหลายทางชีวภาพ อย่างเท่าเทียม และสร้างความมั่นคงทางด้านอาหาร สุขภาวะ และวิถีชีวิตของชุมชน
- ๔.๓ สร้างศักยภาพ ความพร้อมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และองค์ความรู้กับความเสี่ยงจากการเปลี่ยนแปลง สภาพภูมิอากาศและภัยธรรมชาติ การพัฒนาความร่วมมือในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก รวมทั้ง การพัฒนาและผลักดันให้เข้าสู่สังคมคาร์บอนต่ำ และการดำเนินงานเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหาหมอกพิษ ทางอากาศ ไฟป่า ฝุ่นควัน และ PM_{2.5} ที่มีผลต่อสุขภาพ



ภาคีหลัก

๑. ภาคิของแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ

หน่วยงานรัฐ :	กรมอนามัย (สำนักอนามัยเจริญพันธุ์) กรมควบคุมโรค (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์) กรมสุขภาพจิต กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จังหวัดโดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) / สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)
นักวิชาการ :	นักวิชาการ/บุคลากรทางการแพทย์ จากมหาวิทยาลัยมหิดล (สมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม และวิทยาลัยราชสุดา) มหาวิทยาลัยขอนแก่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
องค์กรระหว่างประเทศ :	กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) องค์กรทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF)
องค์กรพัฒนาเอกชน ด้านสุขภาวะทางเพศ :	มูลนิธิแพชทูเฮลท์ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ เครือข่ายผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ มูลนิธิรักษ์ไทย มูลนิธิเพื่อการแบ่งปัน มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์ มูลนิธิพะเยาเพื่อการพัฒนา มูลนิธิไทยอาทร สมาคมสร้างสรรค์นวัตกรรมเพื่อการพัฒนาประเทศไทย สมาคมพัฒนาเครือข่ายอาสา RSA (Referral System for Safe Abortion) เครือข่ายสุขภาพและโอกาส (HON)



๒. ภาคิของแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต

หน่วยงานภาครัฐ :	กรมสุขภาพจิต สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ สำนักงานศาลยุติธรรม สำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด โรงเรียนและเขตพื้นที่การศึกษา ในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน
นักวิชาการ :	ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยต่างๆ
องค์กรพัฒนาเอกชน :	สมาคมวิถีทางเลือกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน สมาคมสมาธิตันส์แห่งประเทศไทย มูลนิธิและสมาคมที่ทำงานเกี่ยวกับประเด็นด้านสุขภาพจิต

๓. ภาคิของแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคดี้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา

หน่วยงานรัฐ :	(ส่วนกลาง) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยงานรัฐ :	(ในพื้นที่ปฏิบัติการ) ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
องค์กรวิชาชีพ:	สมาคมสัขกรรม ทันตแพทยสภา
สถาบันวิชาการ :	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยต่างๆ
องค์กรพัฒนาเอกชน :	มูลนิธิสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้า พระบรมราชินีนาถ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ องค์กรผู้บริโภคในจังหวัดต่างๆ

๔. ภาคิของแผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

หน่วยงานรัฐ :	กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงมหาดไทย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ องค์กรบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก กรมควบคุมมลพิษ กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กรมโรงงานอุตสาหกรรม และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
องค์กรวิชาชีพ :	สภาวิศวกร สภาวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และสมาคมวิศวกรรมสิ่งแวดล้อม
สถาบันวิชาการ :	สถาบันวิจัยสภาวะแวดล้อม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ERIC) สำนักงานวิทยบริการด้านสิ่งแวดล้อมและทรัพยากร มหาวิทยาลัยมหิดล (ENRAS) และศูนย์วิจัยด้านกลยุทธ์ธุรกิจที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม คณะสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (Vgreen)
องค์กรพัฒนาเอกชน :	สถาบันธรรมรัฐเพื่อการพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม (ธ.พ.ส.ส.) มูลนิธิบูรณะนิเวศ มูลนิธิสถาบันสิ่งแวดล้อมไทย (ม.ส.ท.) มูลนิธิส่งเสริมการออกแบบอนาคตประเทศไทย สภามหาวิทยาลัยภาคเหนือ สภามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เครือข่ายอากาศสะอาด สมาคมยกษ์ขาว มูลนิธิเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (ภาคเหนือ) มูลนิธิรักษอาหาร (S.O.S) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย และมูลนิธิเกษตรกรรมยั่งยืน (ประเทศไทย)



งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ	๓๒
๒. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต	๔๕
๓. กลุ่มแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา	๓๕
๔. กลุ่มแผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ	๔๕
๕. การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	๓
รวม	๑๖๐



แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ



สถานการณ์และแนวโน้ม

ความเหลื่อมล้ำ เป็นหนึ่งในเป้าหมายที่นานาประเทศต่างให้ความสำคัญเป็นอันดับต้นๆ ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ องค์การอนามัยโลก ได้บ่งชี้ว่าปัญหาความเหลื่อมล้ำของผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นจากพฤติกรรมส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังมีปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ^{๔๔} ซึ่งหมายถึง ปัจจัยที่มีส่วนในการกำหนดสถานะสุขภาพของประชากร ตั้งแต่เกิด ดำรงชีวิต ทำงาน การเข้าสู่ช่วงสูงวัย ไปจนถึงการเสียชีวิต เป็นปัจจัยที่สำคัญที่นำไปสู่ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพ ทั้งนี้ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพสามารถที่จะแก้ไขหรือลดทอนได้ผ่านการหนุนเสริมปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ ให้มีความเท่าเทียมกันมากขึ้น โดยกระบวนการแก้ไขปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพจะเป็นกลไกการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาตั้งแต่ต้นทาง ทำให้ขนาดของปัญหาที่เกิดขึ้นที่นำไปสู่ผลกระทบทางด้านสุขภาพถูกจำกัดตั้งแต่แรกเริ่ม ประชากรจึงมีสุขภาพที่ดีมากยิ่งขึ้น และยังช่วยลดภาระการดูแลสุขภาพของระบบบริการด้านสุขภาพอีกด้วย

แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ ได้วิเคราะห์ประเด็นปัญหาที่เกิดจากการเชื่อมโยงปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ไปจนถึงสถานการณ์ทางสุขภาพของประชากรกลุ่มต่างๆ ที่มีปัจจัยหรือสถานะทางสังคมและสถานะทางสุขภาพส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรในกลุ่มต่างๆ ด้วยระดับความรุนแรงและแง่มุมที่แตกต่างกัน การดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะของประชากรกลุ่มเฉพาะ จึงต้องคำนึงถึงการสนับสนุนการดำเนินงานมิติสุขภาพในความหมายกว้าง ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพของทุกคนบนแผ่นดินไทย ตามวิสัยทัศน์ของ สสส.

สถานการณ์โรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันในปัจจุบันคือ โรคโควิด-๑๙ เข้ามากระทบต่อสุขภาพของประชากรทั้งทางตรงและทางอ้อม ส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสังคมในวงกว้าง และนำไปสู่ปัญหาสังคมในหลายมิติ เช่น ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาการฆ่าตัวตาย ปัญหามลพิษขยะหน้ากากอนามัย ปัญหามลพิษขยะขณะบรรจุน้ำดื่มที่เกิดจากนโยบายทำงานที่บ้าน เป็นต้น กลุ่มประชากรเฉพาะ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางโดยทั่วไปแล้ว ยิ่งจะมีความเปราะบางมากยิ่งขึ้นในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ กลุ่มประชากรแรงงานจะได้รับผลกระทบในรูปของการลดชั่วโมงการทำงาน การลดวันทำงาน หรือในรูปของการเลิกจ้าง กลุ่มผู้สูงอายุและคนพิการยังมีความเสี่ยงในหน้าที่การงาน

^{๔๔} World Health Organization (2018), http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/.

มากกว่าคนทั่วไป เช่น การถูกยกเลิกสัญญา การห้ามดำเนินกิจการвод (คนพิการ) และแม้ว่าบางส่วนจะมีสวัสดิการคุ้มครองเพื่อลดทอนปัญหาทางการเงิน แต่ความครอบคลุมของระบบสวัสดิการยังมีปัญหา อาทิ การตรวจสอบจากโครงการให้ความช่วยเหลือของรัฐ

การขาดรายได้ ว่างาน ไม่มีกำลังชำระหนี้สิน ทำให้เกิดความเครียด จนอาจนำไปสู่ ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ในหลายกรณีพบว่าสถานที่พักอาจจะไม่ได้มีพื้นที่เพียงพอที่จะอาศัยอยู่ร่วมกันได้อย่างยาวนาน ธรรมชาติของมนุษย์บางครั้งก็ต้องการความสงบ ซึ่งหากสถานที่พักมีขนาดที่จำกัดจะนำไปสู่ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มขึ้นได้ ปัญหาความรุนแรงนี้มักจะเกิดกับผู้หญิงที่เป็นเพศที่มีร่างกายอ่อนแอกว่า และอาจจะเกิดการกระทำรุนแรงทางจิตใจกับผู้สูงอายุ หรือคนพิการได้

การสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านประชากรกลุ่มต่างๆ ที่มีปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมเป็นเหตุที่นำไปสู่ภาวะทางสุขภาพที่เลื่อมล้ำ ให้เกิดการสร้างความเป็นธรรมให้แก่สังคม การทำงานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางโครงสร้างหรือปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจึงไม่ใช่เป็นเพียงการบรรเทาทุกข์ให้กลุ่มประชากรชายขอบหรือคนบางกลุ่มเท่านั้น หากเป็นการลดความเหลื่อมล้ำทางโครงสร้างของสังคมโดยรวม โครงสร้าง ความเหลื่อมล้ำนั้นไม่ได้กระทำต่อกลุ่มประชากรชายขอบเพียงกลุ่มเดียว หากครอบคลุมถึงกลุ่มประชากรทุกกลุ่มในสังคม ซึ่งความท้าทายของการทำงานเพื่อบรรลุความเป็นธรรมทางสุขภาพ เป็นการทำงานที่ลดความเหลื่อมล้ำผ่านปัจจัยทางสังคมที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับวิถีคิดและเชิงโครงสร้างได้ ต้องอาศัยยุทธศาสตร์การสร้างแนวร่วมสนับสนุนจากเครือข่ายอื่นๆ ร่วมด้วย นอกเหนือจากการเสริมพลังอำนาจกลุ่มประชากรชายขอบแต่เพียงอย่างเดียว เพราะ (๑) ประชากรทุกกลุ่มในสังคมได้รับประโยชน์จากการลดความเหลื่อมล้ำทางโครงสร้าง และ (๒) ผู้คนกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่กลุ่มชายขอบมีอภิสิทธิ์และต้นทุนทางสังคมมากพอที่จะมาหนุนเสริมอำนาจต่อรองของกลุ่มประชากรชายขอบ และสร้างระบบนิเวศของการขับเคลื่อนเชิงนโยบายที่เกื้อหนุนการตัดสินใจร่วมกันได้

แม้ว่า สสส. จะกำหนดให้ทุกแผนหลักดำเนินงานโดยคำนึงถึงปัญหาความเหลื่อมล้ำ แต่ก็มีคามจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับ “ประชากรกลุ่มเฉพาะ” ซึ่งหมายถึงประชากรบางกลุ่มที่มีทั้งความเปราะบาง (Vulnerability) มีความเสี่ยง หรือต้องการกระบวนการพิเศษในการเข้าถึงการสร้างเสริมสุขภาพสุขภาวะ อันถือเป็นปัจจัยส่งผ่านสังคมกำหนดสุขภาพ (Intermediary Determinants) ที่ทำให้สูญเสียสุขภาวะเข้าไม่ถึงบริการ และไม่ได้รับประโยชน์จากการส่งเสริมสุขภาพตามนโยบายในภาพรวม และในปัจจุบันพบว่า ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ศาสนา และวัฒนธรรม ส่งผลให้ประชากรกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพ และสถานการณ์ปัญหาที่ทำนายร่วมกัน ได้แก่ ๑. ไร้ตัวตน ถูกมองข้าม ๒. ถูกผลกระทบ ๓. มีความเสี่ยงสูง ๔. ถูกกีดกันออกจากนโยบาย และ ๕. มีจิตสำนึกจ่ายอมหรือยอมจำนน^{๑๑} ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะนี้ จึงต้องมีการทำงานผ่านปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในระดับต่างๆ ตั้งแต่การค้นหาสิทธิและพิสูจน์สิทธิ ที่จะนำมาซึ่งการพัฒนาชุดบริการและการเข้าถึงตามความเหมาะสมของกลุ่มประชากร และทำให้ประชากรกลุ่มเฉพาะสามารถเข้าถึงสิทธิและการบริการได้อย่างเป็นธรรม และมีการสื่อสารสังคมมีให้มีเจตคติที่เหมาะสมสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ ซึ่งการดำเนินงานของแผนประชากรกลุ่มเฉพาะในช่วงที่ผ่านมาได้สนับสนุนการดำเนินงานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเท่าเทียม ความเป็นธรรมทางสุขภาพในกลุ่มประชากรเฉพาะกลุ่มต่างๆ ที่มีสถานการณ์ปัญหาและผลกระทบจากความไม่เป็นธรรม

^{๑๑} สถาบันเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (๒๕๖๓). ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ: กรอบแนวคิดและตัวอย่างการประยุกต์ใช้. (เอกสารอัดสำเนา).

ทางสุขภาพอย่างชัดเจน และยังคงมีประชากรกลุ่มเฉพาะบางส่วนที่ยังคงต้องติดตามสถานการณ์และผลกระทบต่อการใช้สุขภาพที่ดี เพื่อนำมาสู่การวางยุทธศาสตร์ แนวทางการดำเนินงานในอนาคตอย่างเหมาะสมต่อไป

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ในช่วงที่ผ่านมาไม่ได้เป็นแค่เรื่องโรคระบาดและสุขภาพ แต่เป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชากรไทยในภาพรวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชากรกลุ่มเฉพาะที่มีความเปราะบางก็ยิ่งได้รับผลกระทบอย่างมาก และเกิดการกดทับปัญหาความเหลื่อมล้ำ ไม่เท่าเทียมที่มีอยู่เดิม ให้เห็นผลกระทบชัดเจนมากยิ่งขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของคนในสังคม รวมถึงมีการเลื่อนไหลเปลี่ยนสถานภาพไปมาข้ามกลุ่มเพิ่มมากขึ้น เช่น การเป็นคนจนเมืองเมื่อตกงานขาดรายได้ มีปัญหาครอบครัว อาจเกิดการเปลี่ยนสถานภาพมาเป็นคนไร้บ้าน แต่เมื่อได้รับการพัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมความเข้มแข็ง มีความมั่นใจจนตั้งหลักชีวิตได้ก็กลับเข้าสู่ชุมชนได้อีกครั้ง เป็นต้น สถานภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ จึงเป็นการยากที่จะระบุจำนวน หรือนิยามอย่างตายตัว อย่างไรก็ตาม แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะได้ให้ความหมายสำหรับการดำเนินงานของ คำว่า “ประชากรกลุ่มเฉพาะ” หมายถึง ประชากรกลุ่มที่มีลักษณะจำเพาะ และต้องเผชิญกับปัจจัยทางสังคมบางประการที่ทำให้มีความเปราะบางต่อการสูญเสียสุขภาพและอาจไม่ได้รับสิทธิประโยชน์จากการสร้างเสริมสุขภาพแบบทั่วๆ ไป ซึ่งปัญหาทางสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะ มีเหตุปัจจัยเสริมอันเนื่องมาจากความเหลื่อมล้ำทางสังคมหรือปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ เช่น เพศ ศาสนา ความเชื่อ เชื้อชาติ สัญชาติ การศึกษา การทำงาน รายได้ และการรวมกลุ่ม ส่งผลให้ขาดโอกาสในการเข้าถึง หรือเข้าถึงได้ยาก จำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวทางและวิธีการพิเศษในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ สถานการณ์เฉพาะในแต่ละกลุ่มสามารถสรุปในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานได้ดังนี้

๑. สถานการณ์คนไร้บ้าน และคนจนเมือง

ในปี ๒๕๖๒ สำนักสนับสนุนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ โดยความร่วมมือของสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เครือข่ายสลัมสี่ภาค และกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ทำการสำรวจจำนวนประชากรคนไร้บ้านทั่วประเทศ พบจำนวนคนไร้บ้านทั้งสิ้น ๒,๗๒๑ คน แบ่งเป็นเพศชาย ๒,๓๑๐ คน เพศหญิง ๓๙๐ คน กลุ่มหลากหลายทางเพศ ๑๒ คน และไม่ทราบเพศ ๙ คน โดยกรุงเทพมหานครพบคนไร้บ้านมากที่สุด จำนวน ๑,๐๒๙ คน รองลงมาคือ นครราชสีมา จำนวน ๑๓๓ คน เชียงใหม่ จำนวน ๑๑๒ คน สงขลา จำนวน ๑๐๐ คน ชลบุรี จำนวน ๘๗ คน ขอนแก่น จำนวน ๗๖ คน คนไร้บ้านกระจายตัวใน “ทุกจังหวัด” ของประเทศไทยไม่เฉพาะแค่ในเมืองใหญ่เท่านั้น เป็นความเปราะบางทางเศรษฐกิจและสังคมที่ขยายตัวออกจากเมืองใหญ่สู่ภูมิภาคอื่นๆ ของประเทศไทย^๙ ทั้งนี้ ความเปราะบางของคนไร้บ้านที่พบได้แก่ การไม่มีสถานะทางทะเบียนทำให้เข้าไม่ถึงสิทธิสุขภาพและสวัสดิการต่างๆ การไม่มีศักยภาพในการเข้าไม่ถึงที่อยู่อาศัยทุกประเภท และการมีอาชีพที่สามารถสร้างรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีพ เป็นต้น นอกจากนี้ข้อมูลจากการสำรวจยังพบว่า คนไร้บ้านเพศหญิงมักเลือกอยู่กับครอบครัว คู่ชีวิต หรือคนไร้บ้านคนอื่น ๆ ในขณะที่คนไร้บ้านเพศชายมักเลือกอยู่ตามลำพัง โดยเฉพาะคนไร้บ้านสูงอายุที่พบว่ามีส่วนการอยู่ตัวคนเดียวสูงกว่าช่วงวัยอื่นๆ

^๙ อนุกรม พิทักษ์ธานิน และนพพรธน พรหมศรี. (๒๕๖๓). เอกสารประกอบแถลงผลสำรวจเจนนับคนไร้บ้านสู่การขยายผลเชิงปฏิบัติและนโยบาย. (เอกสารอัดสำเนา).



ด้านสุขภาพพบปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ ๗๐ ปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ ๗๐ ปัญหาโรคผิวหนัง ร้อยละ ๓๐ และมากกว่าร้อยละ ๕๑ มีโรคประจำตัวอย่างใดอย่างหนึ่ง อย่างไรก็ตามพบว่า เมื่อคนไร้บ้านมีอาการผิดปกติหรือรู้สึกวุ่นวายตนเองเจ็บป่วยร้อยละ ๕๔ เลือกว่าจะซื้อยาจากร้านขายยา และร้อยละ ๒๐ จะปล่อยให้หายเอง โดยมีเพียงร้อยละ ๒๖ ที่เลือกจะไปพบแพทย์ตามสถานพยาบาลต่างๆ^{๔๔} ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ได้แก่ สิทธิทางสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่ารักษาพยาบาล การให้บริการที่เป็นมิตร รวมถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไร้บ้านที่มีอยู่อย่างจำกัด

การศึกษาของคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒระบุว่า ขณะที่เกิดวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ อย่างโรคติดเชื้อโควิด-๑๙ ไม่ได้เป็นแค่เรื่องโรคระบาดและสุขภาพเท่านั้น แต่เป็นสิ่งที่ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมชีวิตประจำวันได้ตามปกติ รวมถึงกิจกรรมทางเศรษฐกิจก็เกิดภาวะชะงักงัน มีการประมาณการว่า ภายใต้อาณัติการระบาดของโรคโควิด-๑๙ จำนวนคนไร้บ้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ ๓๐ และปัจจัยที่ทำให้คนไร้บ้านเพิ่มสูงขึ้นเกิดจากภาวะการว่างงานและการเข้าไม่ถึงที่อยู่อาศัย โดยกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการกลายมาเป็นคนไร้บ้านมากที่สุดได้แก่ คนจนเมือง กลุ่มเปราะบางในชุมชน (คนพิการ ผู้สูงอายุ) และแรงงานนอกระบบ เป็นต้น^{๔๕}

ทั้งนี้ ข้อมูลจากโครงการวิจัยคนจนเมืองที่เปลี่ยนไปในสังคมเมืองที่กำลังเปลี่ยนแปลง^{๔๖} ระบุว่า คนจนเมืองเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดจากมาตรการต่างๆ ของภาครัฐที่จำกัดการทำกิจกรรมนอกบ้านอย่างเข้มงวด โดยเฉพาะผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจหลายประการ ทั้งการไม่สามารถประกอบอาชีพและหารายได้ตามปกติได้ โดยพบว่าคนจนเมืองกว่าร้อยละ ๗๐ ระบุว่ารายได้ที่ลดลงทำให้ไม่มีเงินส่งหนี้สิน และกว่าร้อยละ ๒๙.๘๓ ต้องประสบปัญหาการกินอยู่ในชีวิตประจำวันทำให้จำเป็นต้องพึ่งพิงและรับความช่วยเหลือจากภาคเอกชน หรือบุคคลทั่วไปที่นำอาหารมาแจกจ่าย นอกจากนี้ยังพบว่าคนจนเมืองจำนวนมากกว่าร้อยละ ๔๓.๕๙ ที่เข้าไม่ถึงสวัสดิการ หรือมาตรการความช่วยเหลือของรัฐ เช่น โครงการรับเงินเยียวยา

๒. สถานการณ์ผู้สูงอายุ

สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุไทยในปี ๒๕๖๑^{๔๗} มีผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๑.๘ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๖ โดยจำแนกเป็นชาย ๕.๐๘ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๔๔.๙ ของประชากรผู้สูงอายุ และเป็นหญิงจำนวน ๖.๗๒ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๑ ของประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งคาดว่าประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี ๒๕๖๔ และจะเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super-Aged Society) ในปี ๒๕๗๘ ทั้งนี้เมื่อจำแนกประเภทผู้สูงอายุ พบว่า มีผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ดูแลตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่นร้อยละ ๙๖.๙ โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ ๖๐ - ๖๙ ปี มีผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งผู้อื่นในบางกิจกรรมของกิจวัตรประจำวันร้อยละ ๒ และมีผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดร้อยละ ๑.๑ โดยส่วนใหญ่ อยู่ในวัยมากกว่า ๘๐ ปี^{๔๘} ซึ่งผู้สูงอายุในช่วงวัยปลายหรืออายุตั้งแต่ ๘๐ ปีขึ้นไปนั้น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงน่าจะสะท้อนถึงการเพิ่มขึ้นของประชากร

^{๔๔} อนรรฆ พิทักษ์ธานิน และคณะ. (๒๕๕๙). รายงานวิจัยการสำรวจข้อมูลทางประชากรเชิงลึกของคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานครและพื้นที่เกี่ยวเนื่อง. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส).

^{๔๕} พีระ ตั้งธรรมรักษ์ และ ภัฏฐศุภณ ดำขื่น. (๒๕๖๓). การประมาณการประชากรคนไร้บ้านภายใต้สถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19). แหล่งที่มา: Homeless-estimation-under-Covid19-situation-1.pdf. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๒ พฤษภาคม ๒๕๖๓.

^{๔๖} อรรถจักร์ สัตยานุรักษ์ และคณะ. (๒๕๖๓). โครงการวิจัยคนจนเมืองที่เปลี่ยนไปในสังคมเมืองที่กำลังเปลี่ยนแปลง. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.).

^{๔๗} มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และสถาบันวิจัยประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล. ๒๕๖๒. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๖๑. บริษัท พรินเตอร์ จำกัด, นครปฐม.

^{๔๘} วรารัตน ชาญต์วณิชวิทย์และยศ วัชรคุปต์. ๒๕๖๐. “ระบบประกันการดูแลระยะยาว: ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย” สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.



ที่อยู่ในวัยพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ^{๕๓} ในส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยข้อมูลจากผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวลำพังในครัวเรือน ร้อยละ ๑๐.๘ และร้อยละ ๒๓.๓ อยู่ลำพังกับคู่สมรส ซึ่งทั้ง ๒ กลุ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีความเปราะบางต่อปัญหาต่างๆ

ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ คือ ประเด็นด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจ^{๕๔} จากการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ปี ๒๕๕๗ พบว่า โรคเรื้อรังที่มักพบในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้ออักเสบ ข้อเสื่อม โรคถุงลมโป่งพอง/ หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต นอกจากนี้ ยังมีภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วย ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีความชุกร้อยละ ๘.๑ ในด้านเศรษฐกิจ มีผู้สูงอายุร้อยละ ๓๔.๓ ยังคงเป็นผู้สูงอายุที่ยากจนซึ่งมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน โดยผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๑^{๕๕} พบว่า โดยผู้สูงอายุร้อยละ ๓๗ หรือ ๔.๔ ล้านคน ยังคงทำงานอยู่ ซึ่งผู้สูงอายุชายทำงานมากกว่าผู้สูงอายุหญิงเกือบ ๒ เท่า นอกจากนี้ด้านสังคม พบว่า ในปี ๒๕๖๐ มีผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ ชมรมผู้สูงอายุร้อยละ ๓๓.๗ ซึ่งเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากเมื่อเทียบกับข้อมูลในปี ๒๕๕๗ ส่วนด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุกว่าร้อยละ ๑๐ เคยมีประสบการณ์ในการหกล้ม อีกทั้งในปัจจุบันผู้สูงอายุเข้าถึงอินเทอร์เน็ตมากขึ้น ซึ่งการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตนั้นง่ายต่อการสื่อสาร แต่มีทั้งคุณและโทษ จึงควรพัฒนาช่องทางสื่อสารไปยังผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดการเข้าใจปัญหา และการเตรียมความพร้อมในการแก้ไขปัญหา เช่น การแก้ไขปัญหาข่าวลวง และความเชื่อที่ไม่มีหลักฐาน

ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ ผู้สูงอายุถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อโควิด-๑๙ มากกว่าช่วงวัยอื่นๆ เนื่องด้วยสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง ภูมิคุ้มกันลดลงตามวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอด โรคมะเร็ง กลุ่มนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะรับโควิด-๑๙ ได้ง่าย หากไม่ได้มีการดูแลและป้องกันอย่างดี ทั้งนี้พบว่ามีผู้สูงอายุในประเทศไทยติดเชื้อโควิด-๑๙ ร้อยละ ๑๑ ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด^{๕๖} และมีอัตราป่วยตายของวัยสูงอายุร้อยละ ๖.๔ โดยผู้สูงอายุที่ติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัย ๖๑ - ๗๐ ปี และส่วนใหญ่ได้รับเชื้อจากคนใกล้ชิดในบ้าน นอกจากนี้ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ที่มีคำแนะนำให้ผู้สูงอายุอยู่บ้าน ทำให้ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวไม่สามารถไปพบแพทย์ตามนัดได้ ก็จะมีโอกาสความเสี่ยงด้านสุขภาพหากไม่ได้รับการดูแลและรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงผู้สูงอายุจะมีความเครียด วิตกกังวลเพิ่มขึ้นจากสถานการณ์นี้

๓. สถานการณ์คนพิการ

ปี ๒๕๖๒ คนพิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการ มีจำนวน ๒,๐๑๕,๓๘๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๘๔ ของประชากรทั้งประเทศ^{๕๗} เป็นเพศชายจำนวน ๑,๐๕๑,๘๗๘ คน (ร้อยละ ๕๒.๑๙) และเพศหญิง จำนวน ๙๖๓,๕๐๗ คน (ร้อยละ ๔๗.๘๑) ส่วนใหญ่เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย รองลงมาเป็น

^{๕๓} วิพรรณ ประจวบเหมาะและชลธิชา อัศวินรัตน. ๒๕๕๓. “ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศด้านสวัสดิการผู้สูงอายุ: ศึกษาจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๘๓” ในสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๘๓., ๘๗ - ๙๘.

^{๕๔} วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร่วมกับมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, (๒๕๕๖), รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๕, โรงพิมพ์ บริษัท เอสเอสพลัส มีเดีย จำกัด, นนทบุรี.

^{๕๕} อ้างแล้วใน ๕๑

^{๕๖} ตัวเลขผู้ติดเชื้อโควิด-๑๙, <https://covid19.workpointnews.com/> (สืบค้นเมื่อ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๓)

^{๕๗} ศูนย์ข้อมูลคนพิการและเทคโนโลยีสารสนเทศ, รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย ข้อมูลสิ้นสุด ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒, <http://dep.go.th/th/news/รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย>, (สืบค้นเมื่อ ๑ เมษายน ๒๕๖๓)



คนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ทางการเห็น ทางจิตหรือพฤติกรรมทางสติปัญญา พิกัดมากกว่า ๑ ประเภท ออทิสติก ทางการเรียนรู้ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุและประเภทความพิการ พบว่ามีคนพิการในวัยสูงอายุ (อายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป) มากที่สุดจำนวน ๑,๐๘๑,๕๗๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๖๗ ของจำนวนคนพิการทั้งหมด ด้านการศึกษาพบว่าคนพิการที่ไม่ได้รับการศึกษา มีจำนวน ๗๓,๖๘๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๓.๖๖ ของคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ สำหรับคนที่ได้รับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาจำนวน ๑,๒๒๓,๒๗๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๑.๖๘ ของคนพิการที่ได้รับการศึกษา ขณะที่คนพิการที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีจำนวน ๗,๑๖๐ คน หรือเพียงร้อยละ ๐.๓๗ เท่านั้น ด้านสุขภาพ เนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและถูกวิธี มีภาวะโภชนาการที่ส่งผลให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ เช่น โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง ขาดสารอาหาร ไม่สามารถออกกำลังกายหรือไม่ได้รับคำแนะนำในการออกกำลังกายที่ถูกวิธี เป็นผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนหรือเกิดการเสื่อมสภาพของอวัยวะด้านอาชีพและการมีงานทำ พบว่า คนพิการที่อยู่ในวัยทำงาน (อายุ ๑๕ - ๕๙ ปี) มีจำนวน ๘๕๐,๒๗๐ คน แบ่งเป็น คนพิการในวัยทำงานที่ประกอบอาชีพ คนพิการในวัยทำงานที่สามารถประกอบอาชีพได้ แต่ยังไม่ได้ประกอบอาชีพ และคนพิการในวัยทำงานที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ (เนื่องจากพิการมากช่วยเหลือตนเองไม่ได้) คิดเป็นร้อยละ ๓๑.๒๗, ๒๓.๙๓ และ ๖.๘๖ ของจำนวนคนพิการวัยทำงานทั้งหมด ตามลำดับ ในส่วนการประกอบอาชีพของคนพิการ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป ประกอบกิจการส่วนตัว/อาชีพอิสระ ลูกจ้างภาคเอกชน และรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๗๙, ๒๔.๖๖, ๖.๖๗, ๔.๖๙ และ ๐.๓๖ ตามลำดับ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ กระทบกับคนพิการ ทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจด้านสุขภาพ เนื่องจากคนพิการมีภูมิตำหนักน้อยจึงมีความเสี่ยงสูงกว่าคนทั่วไป อีกทั้งการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพทุกรูปแบบเป็นไปได้ยาก เพราะความจำกัดของร่างกายการเดินทางลำบาก และอาจมีความยากจน ด้านเศรษฐกิจ อาจมีคนพิการบางส่วนถูกเลิกจ้าง หรือไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เช่น การนวดขายลอตเตอรี่ ส่งผลให้ขาดแคลนรายได้ทำให้ไม่สามารถจัดซื้ออุปกรณ์ป้องกันตนเอง ในด้านสังคม เกิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิตจากเดิมมีการรวมกลุ่มทำงาน สร้างอาชีพ กลายเป็นถูกจำกัดให้อยู่ในบ้านไม่สามารถออกไปข้างนอกได้ ทำให้คนพิการส่วนใหญ่ต้องปรับตัวเพื่อเรียนรู้และใช้เทคโนโลยีมากขึ้น

๔. สถานการณ์แรงงานนอกระบบ

ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี ๒๕๖๒ มีแรงงานไทย ๓๗.๔๙ ล้านคน แบ่งเป็นแรงงานในระบบ ๑๗.๑๔ ล้านคน (ร้อยละ ๔๕.๗) และแรงงานนอกระบบ ๒๐.๓๕ ล้านคน (ร้อยละ ๕๔.๓) โดยแรงงานนอกระบบแบ่งเป็นเพศชาย ๑๑.๓๓ ล้านคน (ร้อยละ ๕๕.๗) เพศหญิง ๙.๐๑ ล้านคน (ร้อยละ ๔๔.๓) แรงงานนอกระบบ ส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติงานที่มีฝีมือในด้านการเกษตร ป่าไม้และประมง ร้อยละ ๕๓.๘ รองลงมาคือ พนักงานบริการ และผู้จำหน่ายสินค้า ร้อยละ ๒๒.๕ ช่างฝีมือและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ ๘.๓ ผู้ประกอบอาชีพงานพื้นฐาน ร้อยละ ๗.๗ ผู้ควบคุมโรงงานและเครื่องจักรและผู้ปฏิบัติงานด้านการประกอบ ร้อยละ ๓.๗ ผู้จัดการ ข้าราชการระดับอาวุโสและผู้บัญญัติกฎหมาย ร้อยละ ๒.๓ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านต่างๆ ร้อยละ ๐.๗ และเจ้าหน้าที่เทคนิคและผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับด้านต่างๆ ร้อยละ ๐.๗^{๕๕} รายงานการสำรวจสถานการณ์เศรษฐกิจแบบกิ๊ก (Gig Economy) ของประเทศไทย สำรวจผู้ที่ประกอบอาชีพพาร์ทไทม์ ฟรีแลนซ์ เอทซ์ซอร์ส และผู้ที่รับจ้างผ่านออนไลน์แพลตฟอร์ม พบว่า ผลสำรวจของอีไอซีประมาณการแรงงานกิ๊ก ร้อยละ ๓๐ ของคนวัยทำงาน โดยพบว่าเป็นผู้ที่ทำงานประจำอยู่แล้วและรับงานอิสระ ร้อยละ ๒๐ รับงานอิสระครั้งคราวหรือเต็มตัว ร้อยละ ๑๐ โดย

^{๕๕} สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (๒๕๖๓). การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. ๒๕๖๒.

ร้อยละ ๒๒.๘ ไม่มีประกันสุขภาพทั้งของรัฐและเอกชน ในด้านสุขภาพ พบว่า ร้อยละ ๔๑.๔ ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ ๓๕.๖ สูบบุหรี่ ร้อยละ ๕๕ ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ ๔๔.๗ ไม่ได้ออกกำลังกาย และร้อยละ ๓๘.๘ มีความอ่อนล้าจากการทำงานหนัก^{๔๔} ทั้งนี้พระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. ๒๕๕๔ โดยกระทรวงแรงงาน และพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ และโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งคุ้มครองทั้งแรงงานในระบบและนอกระบบ แต่ยังคงพบว่าทั้งแรงงานนอกระบบ ยังพบปัญหาจากการทำงาน ปัญหาจากสภาพแวดล้อมจากการทำงาน และปัญหาจากความไม่ปลอดภัยในการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงงานนอกระบบที่พบปัญหาการเข้าถึงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และแรงงานก็ไม่มีสิทธิทางสุขภาพตามที่รัฐได้จัดไว้

นอกจากนี้ ผลกระทบจากโควิด-๑๙ ที่ส่งผลกระทบต่อแรงงานนอกระบบขาดหลักประกันทางรายได้ ไม่สามารถประกอบกิจการได้ ถึงแม้ภาครัฐจะให้ช่วยเหลือแต่ยังเป็นกลุ่มที่ประสบความยากลำบากอยู่ อย่างไรก็ตาม ผลกระทบจากโควิด-๑๙ ทำให้เกิดชีวิตวิถีใหม่ในระบบเศรษฐกิจทั่วโลก ประชาชนมีพฤติกรรมการใช้ Online platform เพื่อซื้อสินค้าและบริการมากขึ้น และการใช้ AI ทดแทนแรงงานคน ส่งผลกระทบต่อแรงงานในระบบและนอกระบบที่ต้องพัฒนาศักยภาพตนเองให้มีความพร้อมมากขึ้น และคนทำงานในกลุ่ม Platform worker ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนในประเทศไทย ในเรื่อง สถานการณ์ จำนวน รูปแบบการจ้างงาน ปัญหาต่างๆ แต่พบว่าเป็นอีกกลุ่มที่ยังขาดความคุ้มครอง และหลักประกันทางสุขภาพ ซึ่งต้องมีการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมในอนาคต

๕. สถานการณ์แรงงานข้ามชาติ

ประเทศไทยมีแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตทำงานที่ราชอาณาจักรในเดือนมีนาคม ๒๕๖๓ จำนวน ๒,๘๑๔,๔๘๑ คน แบ่งเป็นมาตรา ๕๔ จำนวน ๒,๖๗๒,๔๕๒ คน มาตรา ๖๒ จำนวน ๑๔๒,๐๒๙ คน มาตรา ๖๓ จำนวน ๔๔,๘๐๐ คน และมาตรา ๖๔ จำนวน ๕๐,๐๑๔ คน^{๔๕} และคาดว่าจะมีแรงงานข้ามชาติที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเข้าสู่ระบบอีกประมาณ ๔ แสนคน ปัจจุบันประเทศไทยมีแนวทางการดูแลแรงงานข้ามชาติ ๒ ลักษณะ คือ ระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติและคนข้ามชาติ โดยกระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุมการดูแลแรงงานข้ามชาติที่มีสถานะเข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย กลุ่มคนข้ามชาติกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติ แต่ได้รับการผ่อนผันตามนโยบายของรัฐบาล และระบบประกันสังคม โดยกระทรวงแรงงาน ครอบคลุมแรงงานข้ามชาติในกลุ่มที่มีสถานะเข้าเมืองถูกกฎหมายที่อยู่ในการจ้างงานทั่วไป อย่างไรก็ตามพบว่า แรงงานข้ามชาติยังพบปัญหาการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ทั้งด้านข้อมูลข่าวสารและหลักประกันด้านสุขภาพที่รัฐจัดไว้

จากสถานการณ์โควิด-๑๙ การประเมินในเบื้องต้นในช่วงต้นเดือนเมษายนน่าจะมีแรงงานข้ามชาติมากกว่า ๕๐๐,๐๐๐ คนที่อาจจะได้รับผลกระทบโดยตรง ทั้งการถูกเลิกจ้างเพราะสถานประกอบการไม่สามารถดำเนินการต่อได้ สถานประกอบการที่รัฐสั่งปิดตามมาตรการควบคุมและป้องกันโรค และประมาณการณ์ว่าแรงงานข้ามชัตินอกระบบอีกกว่าล้านคน เข้าไม่ถึงเงินชดเชยกรณีว่างงาน ทำให้แรงงานข้ามชาติจำนวนหนึ่งตัดสินใจเดินทางกลับประเทศต้นทางหรือเดินทางไปหานายจ้างใหม่ ซึ่งก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่แรงงานข้ามชาติอีกส่วนหนึ่งที่ตกงาน และไม่สามารถเดินทางกลับประเทศต้นทางได้ ก็มีความเสี่ยงต่อการเข้าถึงการดูแลสุขภาพด้านสุขภาพอันเป็นการสร้างความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙

^{๔๔} ธาณี ชัยวัฒน์ และคณะ (๒๕๖๒). การสำรวจสถานการณ์เศรษฐกิจแบบกิ๊ก (Gig Economy) ของประเทศไทย. เสนอต่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

^{๔๕} สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงาน (๒๕๖๓). สถิติจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือที่ราชอาณาจักรประจำเดือนมีนาคม ๒๕๖๓. แหล่งที่มา: https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/cfd5266a7529106b9fdd751603d77d31.pdf. สืบค้นเมื่อ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๓



ในชุมชนเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน^{๑๑} ซึ่งตั้งแต่เกิดสถานการณ์ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว หรือ อสต. ได้มีบทบาทสำคัญในการทำงานร่วมกับองค์กรภาคประชาสังคม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ รพ.สต. และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ในพื้นที่ต่างๆ เป็นสื่อกลางในการสื่อสาร สร้างความรู้ความเข้าใจในการป้องกัน ดูแลตนเอง ครอบครัว รวมไปถึงการดูแลแรงงานข้ามชาติในพื้นที่ กรณีที่ได้รับผลกระทบอื่นๆ หรือต้องการสื่อสารกับบุคลากรของไทยกรณีเข้ารับบริการต่างๆ เป็นต้น

นอกจากนี้ กระทรวงแรงงานได้มีมาตรการเข้มงวดเพื่อมิให้มีการแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว ซึ่งได้แก่ ๑) การชะลอการอนุมัตินำเข้าแรงงานต่างด้าว ตั้งแต่วันที่ ๒๓ มีนาคมเป็นต้นมา จนกว่าสถานการณ์จะกลับเข้าสู่ภาวะปกติ ๒) การผ่อนปรนให้แรงงานต่างด้าวสามารถอยู่ในราชอาณาจักรและทำงานได้ต่อไปจนถึง ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ ๓) ป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว โดยร่วมมือกับสภากาชาดไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการป้องกันนำร่องในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาครและขยายความร่วมมือไปยังจังหวัดต่างๆ เพื่อให้แรงงานต่างด้าวที่ทำงานอยู่ในประเทศไทยป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากโควิด-๑๙^{๑๒}

๖. สถานการณ์ผู้มีปัญหาสถานะบุคคล

ข้อมูลจากสำนักทะเบียนกลาง ระบุว่า ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒ พบว่า ประชากรทั่วประเทศที่ไม่ได้มีสัญชาติไทย ๙๔๔,๗๗๘ คน เป็นเพศชาย ๔๙๔,๓๒๕ คน เพศหญิง ๔๕๐,๔๕๓ คน จากข้อมูลของกองเศรษฐกิจสุขภาพและประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๖๓ ระบุว่า มีบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิได้รับสิทธิ (คืนสิทธิ) ขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุข ตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๓ ให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขแก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ และมติคณะรัฐมนตรีวันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๕๘ อนุมัติให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ (เพิ่มเติม) จำนวน ๕๔๖,๐๔๖ คน นอกจากนี้พบว่า ณ วันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๓ มติคณะรัฐมนตรีมีมติเรื่องการให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ เพิ่มเติมให้กับกลุ่มคนดั้งเดิมที่ไม่มีสัญชาติไทยแต่มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร เลขประจำตัวประเภท ๓ และ ๓ จำนวน ๒๔,๐๗๑ คน (คนจีนโพ้นทะเล) จึงอาจกล่าวได้ว่าขณะนี้ไม่มีเพียงกลุ่มเด็กรหัส G เท่านั้นที่ยังไม่อยู่ในกลุ่มเป้าหมายของกองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ และแม้ว่ากลุ่มเหล่านี้จะได้รับ การอนุมัติให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขแต่ยังพบข้อจำกัดและอุปสรรคบางประการ เช่น ความไม่ครอบคลุมกลุ่มที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียน ความไม่ยั่งยืนของงบประมาณ ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการกองทุนคืนสิทธิ และปัญหาการเข้าถึงสิทธิและบริการสุขภาพทั้งในเชิงมาตรฐานบริการสุขภาพอันเนื่องมาจากปัญหาการสื่อสารภาษาระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เป็นต้น ด้วยปัจจัยทางสังคมบางประการที่กีดกันกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะบุคคลในการเข้าถึงสิทธิและบริการสุขภาพ ได้แก่ ภาษา สัญชาติ สถานะทางทะเบียน ความห่างไกล อคติ และการเลือกปฏิบัติ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม เมื่อเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ทำให้กลุ่มผู้มีปัญหาสถานะบุคคลทราบถึงข้อจำกัดของ “กองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ)” เพิ่มเติม คือ การไม่ครอบคลุมถึงบริการควบคุม ป้องกัน และ

^{๑๑} ประชาไท (๒๕๖๓). เครือข่ายองค์กรด้านประชากรข้ามชาติ ออกจดหมายถึง รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงาน เรียกร้อง ๘ มาตรการแก้ไขปัญหาผลกระทบจ้างงานแรงงานข้ามชาติในช่วงโรคโควิด-๑๙ ระบาด. แหล่งที่มา: <https://prachatai.com/journal/2020/04/87252>. สืบค้นเมื่อ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๓

^{๑๒} กระทรวงแรงงาน (๒๕๖๓). ก.แรงงาน คุมเข้มมาตรการป้องกันโควิด-๑๙ ในกลุ่มต่างด้าว ลดอัตราแพร่ระบาดเพิ่ม. แหล่งที่มา: <https://www.mol.go.th/>. สืบค้นเมื่อ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๓

รักษาโรคอุบัติใหม่ นอกจากนี้เนื่องด้วยข้อจำกัดทางด้านภาษา และการเข้าถึงข้อมูลทำให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่คลาดเคลื่อน นำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง เกิดความเสี่ยง รวมทั้งยังนำไปสู่การสร้าง ความเกลียดกลัว และการเลือกปฏิบัติต่อผู้ที่มีความเสี่ยง และผู้ได้รับโรคด้วย

๗. สถานการณ์ชาติพันธุ์ และชนเผ่าพื้นเมือง

ในปัจจุบันประเทศไทยมีกลุ่มชาติพันธุ์และชนเผ่าพื้นเมืองไม่น้อยกว่า ๖๐ กลุ่ม และมีประชากรกว่า ๖ ล้านคน^{๖๓} ในที่นี้กลุ่มชาติพันธุ์ และชนเผ่าพื้นเมืองหมายรวมถึงกลุ่มชาติพันธุ์ ชนเผ่าพื้นเมือง ไทยพลัดถิ่น กลุ่มคนดั้งเดิม และกลุ่มชาวเล เป็นต้น ซึ่งหมายรวมทั้งกลุ่มที่มีสถานะทางทะเบียนเป็นคนสัญชาติไทย และกลุ่มคนตกหล่นจากการสำรวจตามนโยบายและกฎหมายของรัฐบาล คนอพยพเข้ามาอาศัยในประเทศไทย อย่างต่อเนื่องหรือเกิดในประเทศไทย แต่ยังไม่มียุติสัญชาติไทย แม้ว่าประเทศไทยจะให้สถานะทางการทะเบียนกับคนกลุ่มนี้ เพื่อให้ได้สิทธิพิสูจน์ตัวตนบุคคลให้ได้รับสัญชาติไทย แต่คนกลุ่มนี้ก็ถูกจัดเป็น “พลเมืองชั้นสอง” มีสิทธิไม่เท่าเทียมเหมือนกับคนไทยทั่วไป^{๖๔} ผนวกกับความหลากหลายด้านเชื้อชาติ อุปสรรคด้านการสื่อสาร การใช้ภาษา ความเชื่อทางศาสนา ความแตกต่างทางวัฒนธรรมและประเพณีทำให้คนกลุ่มนี้ถูกการกีดกัน (exclude) ออกจาก การเข้าถึงทรัพยากร สิทธิและสวัสดิการของรัฐ กลายเป็นกลุ่มที่เปราะบาง และถูกเลือกปฏิบัติในหลายมิติ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่เป็นสิทธิเป็นศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของพลเมืองชั้นพื้นฐาน ส่งผลให้ขาดการรับรองทางกฎหมาย ปัจจัยสำคัญที่กีดกันคนกลุ่มนี้ได้แก่ ๑) ความห่างไกลในการตั้งถิ่นฐาน บางส่วนอาศัยอยู่ในพื้นที่อนุรักษ์ เกาะแก่ง หรือพื้นที่บริเวณชายแดน บางกลุ่มมีวิถีชีวิตในการอพยพโยกย้ายถิ่นฐาน ส่งผลให้ตกสำรวจในการได้รับสถานะทางทะเบียน ความห่างไกลเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงระบบสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ส่งผลให้ขาดการรับรองทางกฎหมายจากรัฐไทย การเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการของรัฐ อุปสรรคจากการสื่อสาร การปฏิสัมพันธ์กับศูนย์กลางราชการ ๒) สถานะทางทะเบียนโดยรัฐ “บัตรบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร” กลายเป็นกลุ่มเปราะบางที่จะถูกกีดกันทางสังคม และถูกเลือกปฏิบัติในหลายมิติ อันส่งผลกระทบต่อสุขภาวะ และคุณภาพชีวิตต่อไป สอดคล้องกับข้อมูลการวิจัยที่ชี้ชัดว่า สิทธิของพลเมืองถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน เป็นสิทธิ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ซึ่งสิทธิด้านหนึ่ง ที่สำคัญก็คือสิทธิที่เขาจะไม่สูญเสียสุขภาวะ แต่ในการปฏิบัติได้ก่อให้เกิดความไม่เสมอภาคในการดูแลสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะสถานบริการสุขภาพภาครัฐ ในต่างจังหวัด ที่ประสบปัญหาความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่จำเป็น ๓) วัฒนธรรมและประเพณี เป็นการดำรงชีวิตที่แตกต่างจากระบบทุนนิยมในสังคมเมืองส่งผลให้มีความเปราะบางทางสังคมที่จะตกอยู่ในสภาวะยากจน ขาดโอกาสในการรับบริการพื้นฐาน และมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ผนวกกับความหลากหลายด้านเชื้อชาติ ภาษา ความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี ส่งผลให้ขาดการรับรองทางกฎหมายจากรัฐไทย การเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการของรัฐ อุปสรรคจากการสื่อสาร การปฏิสัมพันธ์กับศูนย์กลางราชการ เป็นต้น^{๖๕}

^{๖๓} กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และศูนย์ศึกษาสันติภาพและความขัดแย้ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (๒๕๕๖). ยุทธศาสตร์ ความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. ๒๕๕๖ - ๒๕๖๖. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

^{๖๔} กาญจนนา เทียนฉาย และธีรณรงค์ สกฤตศรี. (๒๕๕๙). ประชากรชายขอบ: มุมมองในเชิงจำนวนและการกระจาย. แหล่งที่มา: http://www2.ipsr.mahidol.ac.th/ConferenceVIII/Download/Article_Files/2-MarginalisedPopulations-Kanchana.pdf. สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๓.

^{๖๕} รณภูมิ สามัคคีคารมย์. (๒๕๖๓). ข้อเสนอโครงการพัฒนาภาคในระดับอำเภอและจังหวัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพและเสริมสร้างสุขภาวะ ผู้หญิงชาติพันธุ์. เสนอต่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.



ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ประกอบกับมีญาติพี่น้องเดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง ทั้งกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด ทำให้กลุ่มชาติพันธุ์หลายกลุ่มเกิดความหวาดกลัว มีการปิดหมู่บ้านห้ามบุคคล ภายนอกเข้าออกในหมู่บ้าน โดยใช้ภูมิปัญญาและการประกอบพิธีกรรมแบบโบราณเพื่อจัดการกับสถานการณ์ ดังกล่าว รวมทั้งการอพยพย้ายถิ่นกลับเข้าสู่ป่าลึก^{๖๖} ในขณะที่เดียวกันกลุ่มชาติพันธุ์บางกลุ่มได้หยิบยื่น ความช่วยเหลือให้กับประชากรกลุ่มเฉพาะที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ เช่น กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงจากจังหวัดตากนำพืชผักที่ปลูกได้มาบริจาคให้กับเครือข่ายคนไร้บ้านในจังหวัดเชียงใหม่ เป็นต้น อย่างไรก็ตามพบว่า ยังมีกลุ่มชาติพันธุ์บางกลุ่มที่เข้าไม่ถึงข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเพียงพอ และไม่มี มาตรการรองรับเมื่อเกิดสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้บางชุมชนเมื่อทำการปิดหมู่บ้านจึงเกิดภาวะขาดแคลน อาหาร เครื่องอุปโภคบริโภค อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของระบบเศรษฐกิจที่พึ่งพิงภายนอก และพื้นที่ ชุมชนอยู่ในพื้นที่ห่างไกล

๘. สถานการณ์มุสลิมไทย

รายงานสำมะโนประชากรมุสลิมไทยซึ่งสำรวจตามสำมะโนประชากรและเคหะทุก ๑๐ ปี ระบุว่าประเทศไทย มีประชากรมุสลิมไทยจำนวน ๓,๒๖๐,๑๑๑ คน ในปี ๒๕๕๓^{๖๗} เป็นชายร้อยละ ๔๙.๔๗ และหญิงร้อยละ ๕๐.๕๓ ซึ่งประมาณร้อยละ ๔๔ อาศัยอยู่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส) รองลงมาอาศัยอยู่ ในจังหวัดต่างๆ ในภาคใต้ประมาณร้อยละ ๓๔ ร้อยละ ๑๑.๗๕ อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ ร้อยละ ๘.๖๑ อาศัยอยู่ใน ปริมณฑลของกรุงเทพฯ และ จังหวัดอื่นของภาคกลาง และร้อยละ ๑.๖๔ อาศัยอยู่ในภาคเหนือและภาคอีสาน โดยมุสลิมไทย ในแต่ละพื้นที่มีภูมิหลังทางด้านชาติพันธุ์และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ในช่วงที่ผ่านมา พบว่า คุณภาพชีวิตของมุสลิมไทยหลายดัชนีดีด้อยกว่าประชากรไทยโดยเฉลี่ยในประเด็นหลัก คือ ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ สังคมและการศึกษา รวมถึงปัญหาสถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

ด้านพฤติกรรมสุขภาพและการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในมุสลิมไทย พบว่า ข้อมูลจาก การประเมินสถานการณ์การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ การเลิกสูบบุหรี่สำเร็จ และการสัมผัสควันบุหรี่มือสองที่บ้าน ในพื้นที่ ๔ จังหวัด และ ๔ อำเภอชายแดนใต้ในปี ๒๕๕๘^{๖๘} พบว่ามีผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบปัจจุบันร้อยละ ๒๗.๖ ซึ่งถือว่ายังคงมีอัตราสูง ในขณะที่มีผู้ได้รับควันบุหรี่มือสองที่บ้านร้อยละ ๔๓.๗ ทั้งนี้งานวิจัยของแผนงาน สร้างเสริมสุขภาวะมุสลิมไทย^{๖๙} ในปี ๒๕๕๘ พบว่า มุสลิมเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ ๙.๙ สูงกว่าคนไทย โดยเฉลี่ยที่ร้อยละ ๙.๑ ในการจัดบริการทางสุขภาพ หรือการสื่อสารเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจต่อการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับมุสลิมไทย จำเป็นต้องออกแบบการให้บริการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและ หลักศาสนาของมุสลิมไทย ด้านเศรษฐกิจ ข้อมูลจากการสำรวจ ในปี ๒๕๕๘^{๗๐} ระบุว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ของมุสลิมไทย (๒๓,๘๖๖ บาท) ต่ำกว่าคนไทยทั่วไป (๒๖,๖๕๒ บาท) ถึงร้อยละ ๑๐ ในด้านปัญหาความ ยากจนสัดส่วนคนจนของครัวเรือนมุสลิมมีค่าสูงกว่าทั้งประเทศกว่าเท่าตัว และปัญหาความยากจนของมุสลิม รุนแรงมากในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งประมาณครึ่งหนึ่งของมุสลิมไทยอาศัยอยู่ในสถานการณ์การแพร่ระบาด ของโรคโควิด-๑๙ มุสลิมไทยจำนวนไม่น้อยยังคงมีปัญหาค่าใช้จ่ายไม่แตกฉานทางสุขภาพผนวกกับความรู้

^{๖๖} ผู้จัดการออนไลน์. (๒๕๖๓). คมส.เผยภูมิปัญญาชาติพันธุ์ปิดหมู่บ้านสู้โควิด-๑๙. แหล่งที่มา: <https://mgronline.com/qol/detail/9630000041244>. สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๓.

^{๖๗} มูลนิธิสร้างสุขมุสลิมไทย. (๒๕๕๓). รายงานสำมะโนประชากรมุสลิมไทย.

^{๖๘} ขอพิยะห์ นิเมะ, วีระศักดิ์ จงสูวิวัฒน์วงศ์ และสาวตรี อับณางค์กรชัย (๒๕๕๘), การประเมินสถานการณ์การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ การเลิกสูบบุหรี่สำเร็จ และการสัมผัสควันบุหรี่มือสองที่บ้าน ในพื้นที่ ๔ จังหวัด และ ๔ อำเภอชายแดนใต้. สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

^{๖๙} ศุภวรรณ มโนสุนทร และคณะ, (๒๕๕๕), รายงานสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อกลุ่มประชากรมุสลิม ภายใต้การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยง โรคไม่ติดต่อ, รายงานวิจัยเสนอต่อแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะมุสลิมไทย มูลนิธิสร้างสุขมุสลิมไทย.

^{๗๐} เซเรซา ถนอมวงศ์, (๒๕๕๙), งานวิจัยศึกษาเปรียบเทียบโครงสร้างรายได้และพฤติกรรมบริการบริโภคของมุสลิมไทยปี ๒๕๕๖ - ๒๕๕๘.

ความเข้าใจทางศาสนาที่ไม่ลึกซึ้งพอ รวมถึงมุสลิมไทยมีหลายกิจกรรมที่สร้างการรวมกลุ่ม และความผูกพันใกล้ชิดทางสังคม ผ่านการปฏิบัติศาสนกิจ เช่น การละหมาดรวม การละหมาดวันศุกร์ การจับมือทักทาย งานประจำปีของมัสยิด ตลอดจนงานบุญต่างๆ กิจกรรมเหล่านี้ได้รับผลกระทบ และมีโอกาสเสี่ยงในการแพร่และรับเชื้อ จึงจำเป็นต้องสร้างความเข้าใจ และรักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อ ซึ่งสำนักจุฬาราชมนตรีได้ออกประกาศที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับนโยบายของภาครัฐเพื่อป้องกันโรคโควิด-๑๙ รวมถึงการลดการสูบบุหรี่ซึ่งยังมีแนวโน้มอัตราการสูบบุหรี่สูงในมุสลิมไทย ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงหากติดเชื้อ

๔. สถานการณ์ผู้หญิง

ข้อมูลประชากรของประเทศไทยจากสำนักทะเบียนกลาง ระบุว่า ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒ พบว่า ประชากรทั่วประเทศมีสัญชาติไทย ทั้งสิ้น ๖๖,๕๕๘,๙๓๕ คน เป็นเพศชาย ๓๒,๑๑๐,๗๗๕ คน และเพศหญิง ๓๓,๕๐๓,๓๘๒ คน^{๙๐} แม้ว่าประชากรหญิงในสังคมส่วนใหญ่จะมีความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจและสังคมหลายด้าน เช่น ด้านการศึกษา อาชีพ การพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ และการเมือง แต่ผู้หญิงในทุกสังคมยังต้องเผชิญกับปัญหาความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงทางเพศอย่างต่อเนื่อง ในระดับนานาชาติ มีการคาดประมาณว่า ๑ ใน ๓ ของผู้หญิงทั่วโลกมีความเสี่ยงที่จะเผชิญความรุนแรงในชีวิตคู่หรือความรุนแรงทางเพศในช่วงชีวิต และการถูกรังแกด้วยความรุนแรงอันเนื่องมาจากความเป็นเพศหญิงเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของผู้หญิงทั่วโลก โดยอยู่ในอันดับสูงกว่าการตายจากโรคมะเร็งและอุบัติเหตุทางรถยนต์ และเป็นสาเหตุให้ผู้หญิงเสียชีวิตหรือพิการมากกว่าโรคมะเร็ง^{๙๑} จากการสำรวจความชุกของปัญหาความรุนแรงในครอบครัวของประเทศไทย โดยคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี เมื่อปี ๒๕๖๐ พบว่า ร้อยละ ๓๔.๖ ของครอบครัวที่สำรวจมีการใช้ความรุนแรงรูปแบบต่างๆ โดยความรุนแรงทางด้านจิตใจพบมากที่สุด^{๙๒} ขณะที่ความรุนแรงบนโลกออนไลน์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอันเนื่องมาจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่เพิ่มมากขึ้น^{๙๓}

การเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ความรุนแรงในครอบครัวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากสิ่งแวดล้อมของสถานการณ์จะเอื้อให้เกิดความรุนแรงในครอบครัวได้^{๙๔} ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ครั้งนี้มีรายงานสถานการณ์ความรุนแรงต่อผู้หญิงและบุคคลในครอบครัว พบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นในหลายประเทศ เช่น ในเมืองหนึ่งของมณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน ตำรวจได้รับเรื่องร้องเรียนที่เกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มขึ้น ๓ เท่า เทียบกับช่วงเวลาเดียวกันในปีที่แล้ว ซึ่งร้อยละ ๔๐ ของความรุนแรงในครอบครัวที่เกิดขึ้นในช่วงนี้เชื่อมโยงกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-๑๙ ประเทศฝรั่งเศสความรุนแรงในครอบครัวทั่วประเทศเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ ๓๐ สอดคล้องกับข้อมูลในอีกหลายประเทศ ที่พบว่าความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มขึ้นในช่วงการระบาดของโควิด-๑๙ เช่น ในประเทศไซปรัส และประเทศสิงคโปร์ พบว่าการขอความช่วยเหลือทางโทรศัพท์ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๓๐ และร้อยละ ๓๓ ตามลำดับในขณะที่มีรายงานของประเทศอาร์เจนตินาความรุนแรง

^{๙๐} สำนักทะเบียนกลาง. (๒๕๖๓). ประกาศสำนักทะเบียนกลางเรื่อง จำนวนราษฎรทั่วราชอาณาจักร ตามหลักฐานการทะเบียนราษฎร ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒. แหล่งที่มา: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/024/T_0017.PDF. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๒ พฤษภาคม ๒๕๖๓.

^{๙๑} Johnson et al. (2008). อ่างในข้อเสนอแผนงานสุขภาวะผู้หญิง: การพัฒนางานป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรงบนฐานเพศ. วารสารกรมส่งเสริมสตรี. (๒๕๖๒). เสนอต่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

^{๙๒} รณชัย คงสกนธ์ (บรรณาธิการ). (๒๕๖๐). รายงานผลการสำรวจระดับประเทศความรุนแรงในครอบครัวไทยต่อผู้หญิงและบุคคล. กรุงเทพฯ: ศูนย์จัดการความรุนแรงในครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

^{๙๓} อธิษฐาน จันทรภักดี. (๒๕๖๒). ความขัดแย้งบนโลกออนไลน์ 'ฮีโร่ยุคไซเบอร์' หรือ 'ศาลเตี้ย'? แหล่งที่มา: https://www.matichon.co.th/prachachuen/news_1329892. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๒ พฤษภาคม ๒๕๖๓.

^{๙๔} Peterman A, Potts A, O'Donnell M, Thompson K, Shah N, Oertelt-Prigione S et al. (2020). Pandemics and violence against women and children. CGD Working Paper 528. Washington, DC Center for Global Development. Available from: <http://www.cgdev.org/publication/pandemics-and-violence-against-women-and-children>. cited 2020 May 10.



ในครอบครัวเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๕ นับตั้งแต่ประเทศมีมาตรการปิดเมืองสกัดกั้นการลุกลามของโควิด-๑๙ ในเดือนมีนาคม นอกจากนี้ในประเทศแคนาดา เยอรมันนี สเปน อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา พบว่าจำนวนผู้ที่ได้รับความรุนแรงขอรับบริการช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินเพิ่มขึ้น^{๗๖}

ขณะที่ข้อมูลจากสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ระบุว่า ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ บ้านอาจไม่ใช่ที่ปลอดภัยสำหรับทุกคน “อยู่บ้านปลอดภัย แต่อาจไม่ปลอดภัย” ปัญหาหนึ่งที่อาจตามมาจากมาตรการกักตัวอยู่บ้านคือ “ความรุนแรงในครอบครัว” ที่อาจเพิ่มจำนวนสูงขึ้น โดยในอดีตความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนช่วงที่เกิดความเครียดและการหยุดชะงักระยะยาวจากวิกฤตการณ์ทางการเงินและภัยพิบัติ

๑๐. สถานการณ์ผู้ต้องขังหญิง

ประเทศไทยมีจำนวนผู้ต้องขังหญิง ๔๘,๐๓๗ คน (ข้อมูล เดือนพฤษภาคม ๒๕๖๓) และมีสถิติสูงที่สุดในโลกถึง ๒ ด้าน คือ มีอัตราผู้ต้องขังหญิงต่อจำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด (ร้อยละ ๑๔.๖ เปรียบเทียบกับร้อยละ ๘.๘ ของสหรัฐอเมริกา) และสัดส่วนผู้ต้องขังหญิงต่อแสนประชากรไทยสูงที่สุดในโลก ข้อจำกัดและผลกระทบเมื่อจำนวนคนมากเกินไปที่เรือนจำหรือทัณฑสถานรองรับได้ ทำให้ภาพรวมของคุณภาพชีวิตในเรือนจำ ทั้งการอยู่อาศัย สุขภาพอนามัย การทำกิจกรรมประจำวัน เรียนหนังสือ ฟีกอาชีพ พักผ่อนนอนหลับ ทั้งหมดล้วนเกิดขึ้นอย่างแออัดในพื้นที่คับแคบของแดนหญิงในเรือนจำหรือทัณฑสถาน ปัญหาหลักที่เกี่ยวข้องบริการทางสุขภาพต่อผู้ต้องขังหญิงในเรือนจำคือ การเข้าไม่ถึงบริการ หรือเข้าถึงได้ช้าในเวลาเจ็บป่วยเพราะบุคลากรในเรือนจำ เช่น พยาบาล หรือผู้คุมที่จะพาไปโรงพยาบาลมีไม่พอ ที่สำคัญคือขาดงบประมาณเนื่องจากระบบการสนับสนุนเงินงบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โอนเงินผ่านไปที่โรงพยาบาลประจำพื้นที่ที่ให้กรมราชทัณฑ์ไม่เอื้อต่อการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาลภายในเรือนจำ

ปัญหาเชิงรูปธรรมสำคัญของสุขภาพผู้ต้องขังหญิงที่ควรใส่ใจอย่างเร่งด่วน ได้แก่ (๑) ปัญหาอนามัยแม่และเด็กทารก รวมถึงปัญหาด้านสูติรีเวชที่เรือนจำยังขาดการคัดกรองและเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมอย่างเป็นระบบ (๒) ปัญหาผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ จากสถิติพบว่าผู้ต้องขังในเรือนจำมีอัตราการป่วยเป็นวัณโรคที่สูงมาก เนื่องจากความเป็นอยู่แออัด (๓) ปัญหาภาวะโรคติดต่อทางเดินอาหาร ท้องเสีย เพราะการปนเปื้อนในอาหารและน้ำดื่ม (๔) ปัญหาสุขภาพช่องปาก พบว่าผู้ต้องขังมากกว่าร้อยละ ๘๐ มีปัญหาทันตกรรม ซึ่งโรงพยาบาลในพื้นที่ไม่สามารถส่งเจ้าหน้าที่มาดูแลเป็นการเฉพาะ เนื่องจากไม่มีบุคลากรเพียงพอ (๕) ปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า จิตตก บางส่วนมีอาการเหมือนคนวิกลจริตเมื่ออยู่ในเรือนจำไปนานๆ และ (๖) ปัญหาการถูกคุกคามหรือละเมิดทางเพศโดยผู้คุมหรือผู้ต้องขังด้วยกันเอง

ในสถานการณ์โควิด-๑๙ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่ระบาด ทางกรมราชทัณฑ์มีนโยบายให้เรือนจำดำเนินการป้องกันอยู่พอสมควรโดยเฉพาะจำกัดการติดต่อกับภายนอก เช่น งดการนำผู้ต้องขังออกศาล ผู้ที่ออกไปโรงพยาบาลกลับมาจะมีการแยกขังและแยกข้าวของเครื่องใช้ ๑๔ วัน แยกผู้ต้องขังแรกรับออกไปขังแยก ๑๔ วัน รถหรือของที่นำเข้าเรือนจำจะถูกพ่นแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ เป็นต้น

^{๗๖} United Nations Women. (2020). Covid-19 and ending violence against women and girls. Available from: <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/04/issue-brief-covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls>. cited 2020 May 10.

๑๑. สถานการณ์ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ

แม้ว่ามีการดำเนินงานกับผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง แต่พบว่ายังมีข้อจำกัดในการจัดทำข้อมูลคาดประมาณประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล กำลังดำเนินงานพัฒนาเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลประชากรกลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศในประเทศไทย ซึ่งจะนำมาใช้ในอนาคตอันใกล้ LGBT Capital บริษัทที่ปรึกษาด้านการเงินที่ให้บริการกลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ หรือ LGBTIQN++^{๑๓๓} ระบุในช่วงเดือนสิงหาคม ๒๕๕๘ มีผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศทั่วโลกประมาณ ๔๕๐ ล้านคน ในประเทศไทยประมาณ ๔ ล้านคน^{๑๓๔} กฎหมายและนโยบายต่างๆ ของประเทศไทย ที่ยังไม่ครอบคลุมดูแลกลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ นำมาสู่การถูกตีตราและเลือกปฏิบัติในหลายรูปแบบ ได้แก่ การถูกเรียกด้วยชื่อที่ไม่ชอบ การล้อเลียน การถูกจำกัดการแสดงออกทางเพศในสถานศึกษา สถานที่ทำงานและที่บ้าน และถูกคาดหวังให้ทำตามบรรทัดฐานของสังคมในการรักเพศตรงข้าม ความยากลำบากในการเข้าถึงหรือถูกปฏิเสธการให้บริการด้านสุขภาพ จากที่ข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทย (IBBS) ในปี ๒๕๕๙ พบว่า ความชุกของการติดเชื้อในกลุ่มผู้หญิงข้ามเพศ ร้อยละ ๑๐.๒ พนักงานบริการชาย ร้อยละ ๑๔.๑ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ ๒๖.๖๑^{๑๓๕} นอกจากนี้การสำรวจเรื่องการฆ่าตัวตาย พบว่าเกือบ ๑ ใน ๖ เคยพยายามฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะกลุ่มอายุ ๑๘ - ๒๔ ปี ที่ไม่ได้รับการยอมรับและถูกเลือกปฏิบัติจากคนในครอบครัว เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงสุด^{๑๓๖}

ในสถานการณ์โควิด-๑๙ กฎหมายและนโยบายที่ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ ตามที่ได้กล่าวมาข้างต้นนำมาสู่การตีตราและเลือกปฏิบัติ ทำให้กลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศเข้าไม่ถึงบริการด้านสุขภาพที่รัฐจัดไว้ อาจส่งผลให้กลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศมีความเสี่ยงทั้งในด้านการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองโรค และบริการดูแลรักษามากกว่าประชากรในกลุ่มอื่น



จุดเน้นของแผน

แผนการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ของแผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะที่ได้ทบทวนสถานการณ์และแนวทางดำเนินงานร่วมกับภาคีหลักยังคงเป็นการทำงานที่สอดคล้องและยกระดับจากแผนการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ที่ยังคงสอดคล้องกับนโยบายระดับประเทศ เช่น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ นโยบายรัฐบาล และนโยบายระดับกระทรวงต่างๆ ที่แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงาน ตลอดจนดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ในทิศทางเป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๔) ของ สสส. และได้ทบทวนเตรียมแนวทางการดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพประชากร

^{๑๓๓} LGBTIQN เป็นกลุ่มคำที่ประกอบด้วยตัวอักษรย่อมาจากคำเรียกกลุ่มบุคคลที่มีอัตลักษณ์ทางเพศในภาษาอังกฤษ ได้แก่ Lesbian (หญิงรักหญิง) Gay (ชายรักชาย) Bisexual (บุคคลรักได้ทั้งสองเพศ) Transgender (บุคคลข้ามเพศ) Intersex (บุคคลที่มีเพศกำกวม) Queer (บุคคลที่ปฏิเสธการนิยามตนเองด้วยอัตลักษณ์ทางเพศทุกรูปแบบ) Non-Binary (นอน ไบนารี หรือบุคคลที่ปฏิเสธการนิยามตนเองด้วย อัตลักษณ์ทางเพศที่วางอยู่บนฐานการแบ่งเพศเป็นสองขั้วตรงข้าม คือ ชายและหญิง)

^{๑๓๔} BLT (2562). LGBT ไทยมากที่สุดเป็นอันดับ 4 ในเอเชีย เตรียมแผนรับสังคมสูงวัยที่มีความหลากหลายทางเพศ. แหล่งที่มา <https://www.blt-bangkok.com/news/4959/>. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๓

^{๑๓๕} ประเทศไทยยุติปัญหาเอดส์ (๒๕๖๑). รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑. แหล่งที่มา: https://hivhub.ddc.moph.go.th/Download/Report/APR/2018/TH_GAM%202018.pdf. สืบค้นเมื่อ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๓

^{๑๓๖} รับผิดชอบไม่ยอมรับ (๒๕๖๒). รายงานผลการสำรวจเพื่อสอบถามประสบการณ์การถูกตีตราและเลือกปฏิบัติของผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศในประเทศไทย.

กลุ่มเฉพาะในระยะถัดไป โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานที่รองรับกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันได้อย่างเหมาะสม และยังคงเน้นการลดความแตกต่างด้านการเข้าถึงสิทธิและโอกาส ในการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะ ไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากความแตกต่างของลักษณะประชากร และรองรับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยเฉพาะในประชากรกลุ่มเฉพาะที่มีความยากลำบาก ตลอดจนบูรณาการ เชื่อมร้อย แนวทางการดำเนินงานระหว่างกลุ่มประชากรเฉพาะเพื่อสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนในการดำเนินงาน

จากกรอบนโยบายในการจัดทำแผนการดำเนินงานข้างต้น สามารถสรุปเป็นกรอบแนวทางในการจัดทำ แผนดำเนินงานประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยมีจุดเน้นหลัก ดังนี้

๑. ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของประชากรกลุ่มเฉพาะ และการปรับตัวเพื่อรองรับกับ บริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลง และสถานการณ์วิกฤตที่จะมีผลต่อคุณภาพชีวิต
๒. สอดคล้องกับแนวนโยบายการดำเนินงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะ ทิศทาง เป้าหมาย และ ยุทธศาสตร์ ๑๐ ปีของ สสส. ในเรื่องปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเพื่อบูรณาการการทำงาน เช่น ลดอัตราการ สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ การเพิ่มกิจกรรมทางกาย การมีสุขภาพจิตที่ดีในประชากรกลุ่มเฉพาะ เป็นต้น
๓. ตอบสนองแนวนโยบายการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจ ตามทิศทางของยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ การสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม และเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs) โดยเฉพาะ เรื่องความเป็นธรรมทางสุขภาพ การลดปัญหาความยากจน ความรุนแรง และความเท่าเทียมทางเพศ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งของประชากรกลุ่มเฉพาะในการจัดการตนเอง ให้มีศักยภาพและศักดิ์ศรี ในการพึ่งพาตนเอง และเสริมพลังเครือข่ายพร้อมรับมือกับสถานการณ์วิกฤตในอนาคต และรองรับ กับบริบทชีวิตวิถีใหม่
๒. เพื่อพัฒนาความรู้และนวัตกรรมในการพึ่งตนเอง ดูแลกันและกันในสถานการณ์ทั่วไปและสถานการณ์ วิกฤต และลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ
๓. เพื่อพัฒนาแนวทางและกลไกการขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายสร้างความเท่าเทียม และลดความ เหลื่อมล้ำทางสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ
๔. เพื่อพัฒนาระบบการและเครื่องมือสนับสนุนการขับเคลื่อนและยกระดับความรู้ทางสุขภาพ สำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ



เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เสริมสร้างความเข้มแข็งของแกนนำ องค์กร เครือข่ายประชากรกลุ่มเฉพาะให้มีความสามารถในการจัดการตนเอง^{๑๑} ได้ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี อย่างน้อย ๕ รูปแบบ
๒. เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายการคุ้มครองทางสังคม (Social Protection)^{๑๒} ตลอดจนมีแนวทางการขับเคลื่อนอย่างมีส่วนร่วม^{๑๓} เพื่อลดความเหลื่อมล้ำสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ
๓. เกิดเครื่องมือหรือนวัตกรรมทางสังคมในการช่วยเหลือ ดูแลกันและกันในประชากรกลุ่มเฉพาะ^{๑๔}
๔. เกิดการมีส่วนร่วมในการออกแบบชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ที่เหมาะสมกับสภาพบริบทและความต้องการของประชากรกลุ่มเฉพาะ อย่างน้อย ๓ รูปแบบ

ตัวชี้วัดร่วม

๑. เกิดการนำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตของแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพใช้ในการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ^{๑๕}

ตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

๑. เกิดกระบวนการสื่อสาร และติดตามการใช้ประโยชน์เพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะ อย่างน้อย ๓ กลุ่มประชากร

^{๑๑} การจัดการตนเอง คือ กระบวนการที่ทำให้เกิดโครงสร้างหรือรูปแบบที่ลดการพึ่งพาจากภายนอก พึ่งพาตนเองได้ในด้านต่างๆ เช่น การมีงานทำ และมีรายได้ การลดรายจ่ายจากการสร้างความมั่นคงทางอาหารในครอบครัวของตนเอง เป็นต้น

^{๑๒} “การคุ้มครองทางสังคม” (Social Protection) หมายถึง ระบบการในการป้องกัน จัดการ และลดความเสี่ยงต่อสิ่งต่างๆ ที่กระทบต่อวิถีชีวิต และความเป็นอยู่ของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มคนที่เปราะบางในสังคม เช่น กลุ่มแรงงานที่ถูกเลิกจ้าง คนไร้บ้าน คนพิการ ผู้สูงอายุ และคนอื่นๆ ที่ถูกระบบเศรษฐกิจ สังคมกีดกัน ประกอบด้วย การกำหนดนโยบายต่างๆ เช่น ลดความยากจน การประกันรายได้ ลดความเสี่ยงภาวะเปราะบาง ส่งเสริมการพัฒนาตลาดแรงงานให้มีประสิทธิภาพและเป็นธรรม ความมั่นคงฐานทรัพยากรเพื่อดำรงชีพและการผลิต การสร้างความมั่นคงอาหารที่หลากหลาย และยั่งยืน การพัฒนาระบบการเงินชุมชน ระบบสวัสดิการชุมชน เป็นต้น

^{๑๓} ข้อเสนอเชิงนโยบายการคุ้มครองทางสังคม เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายที่เสนอต่อหน่วยงานภาครัฐ และร่วมขับเคลื่อนให้เกิดการปฏิบัติ หรือเปลี่ยนแปลงนโยบาย ที่จะนำไปสู่การมีการคุ้มครองทางสังคมในประเด็นต่างๆ เช่น ความคุ้มครองทางเศรษฐกิจผ่านระบบบำนาญพื้นฐาน การปฏิรูประบบประกันสังคม เป็นต้น

^{๑๔} เครื่องมือ หรือนวัตกรรมทางสังคมที่พัฒนา ประยุกต์นำมาใช้ในการพัฒนาสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ เช่น ธนาคารเวลารองรับสังคมผู้สูงอายุ การเยี่ยมยา พี่นุผู้หญิงที่ถูกกระทำความรุนแรงผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ เป็นต้น

^{๑๕} ในพื้นที่ดำเนินงานของแผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะซึ่งมีการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็ง เช่น ชุมชนเมือง ในเขตสัมพันธวงศ์ ภาษีเจริญ หัวขวง วังทองหลาง หรือพื้นที่ดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุร่วมกับสมาคมพัฒนาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย เป็นต้น



แนวทางการดำเนินงาน



แผนสุขภาพประชาชนกลุ่มเฉพาะมีกรอบแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับนโยบายระดับสากล และนโยบายของประเทศในระดับต่างๆ โดยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาศักยภาพ เครือข่ายประชาชนกลุ่มเฉพาะผ่านประเด็นงาน เพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มเฉพาะ และการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมกับบริบทสังคม รวมถึงขับเคลื่อนประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีแนวทางการดำเนินงานโดยสรุป ได้แก่

๑. กลุ่มงานพัฒนานวัตกรรม ความรู้ และนโยบาย

- ๑.๑ พัฒนาคำรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรกลุ่มเฉพาะภายใต้บริบททางสังคมและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงโดยรวมพัฒนาวิเคราะห์และถ่ายทอดข้อมูลงานวิชาการ รวมทั้งพัฒนาเครื่องมือในการปฏิบัติงาน หนุนเสริมการพัฒนาระบบให้มีความครอบคลุม เหมาะสม ลดข้อจำกัด หรือการกีดกันการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานหรือบริการด้านสังคม เพื่อนำสู่การขยายผลในระดับต่างๆ โดยมุ่งเน้นที่ระบบสุขภาพ ระบบสวัสดิการสังคม การปรับสภาพแวดล้อม และเศรษฐกิจ การฟื้นฟู เยียวยาประชากรกลุ่มเฉพาะจากสถานการณ์วิกฤต
- ๑.๒ วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะนโยบาย ที่นำไปสู่การผลักดันและขับเคลื่อนนโยบาย ทั้งในระดับประเทศ และระดับพื้นที่ รวมทั้งการหนุนเสริมให้เกิดการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในประเด็นที่สอดคล้องเชื่อมโยงกับสถานการณ์ในบริบทปัจจุบัน นโยบายของรัฐบาล นโยบายระดับประเทศ และนโยบายสากลเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรกลุ่มเฉพาะ



๒. กลุ่มงานด้านการพัฒนาศักยภาพภาคีและเครือข่าย

- ๒.๑ สร้างเสริมพลังภาคีในระดับบุคคล องค์กร เครือข่าย ให้มีศักยภาพ ขีดความสามารถในการจัดการตนเองและการทำงานเชิงรุกเพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาวะในประชากรกลุ่มเฉพาะ
- ๒.๒ เพิ่มขีดความสามารถเพื่อยกระดับฐานคิด การทำงานของภาคีเครือข่ายและประชากรกลุ่มเฉพาะที่มุ่งสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาวะตลอดจนการทำงานที่สามารถปรับตัวรองรับกับบริบทสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างฉับพลัน
- ๒.๓ มุ่งเน้นการสาน เสริมพลัง เชื่อมร้อยประเด็นระหว่างกลุ่มประชากรเฉพาะ เพื่อให้เกิดการบูรณาการการทำงานของเครือข่ายภาคีด้านการสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาวะของประชากรกลุ่มเฉพาะทั้งในระดับระดับประเทศและระดับพื้นที่

๓. กลุ่มงานด้านการสื่อสารสังคม

- ๓.๑ สนับสนุนการจัดการความรู้ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายประชากรกลุ่มเฉพาะผ่านการรวบรวมข้อมูลจากภาคีเครือข่ายต่างๆ การถอดบทเรียน การวิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูลทางวิชาการให้สามารถสื่อสาร และนำเสนอผ่านรูปแบบที่เหมาะสม เช่น ทางเว็บไซต์ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางวิชาการ เป็นต้น
- ๓.๒ พัฒนารูปแบบการสื่อสารเรื่องความเป็นธรรมทางสุขภาวะที่เหมาะสม เข้ากับยุคสมัย ในการเปลี่ยนมายาคติที่มีต่อประชากรกลุ่มเฉพาะ และช่วยสร้างความเข้าใจของสังคมต่อประเด็นที่มีความละเอียดอ่อนต่างๆ รวมทั้งการสร้างการยอมรับในการอยู่ร่วมกันท่ามกลางความหลากหลายของผู้คนในสังคม ภายใต้บริบททางสังคม และสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง



ภาคีหลัก

หน่วยงานภาครัฐ และสถาบันการศึกษา ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงยุติธรรม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข วิทยาลัยราชสุดา สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยศิลปากร มหาวิทยาลัยนครพนมมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ มหาวิทยาลัยพะเยา มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ เป็นต้น

ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน และอื่นๆ อาทิ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ มูลนิธิโกลมคิมทอง มูลนิธิเพื่อนหญิง มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล สมาคมเพศวิถีศึกษา มูลนิธิเพื่อนเยาวชนเพื่อการพัฒนา เครือข่ายสตรีชนเผ่า มูลนิธิสร้างสุขมุสลิมไทย มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย สมาคมวิถีทางเลือกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน มูลนิธิพัฒนาชนกลุ่มน้อยและชาติพันธุ์ มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย มูลนิธิพัฒนาชุมชน

และเขตภูเขา มูลนิธิชุมชนไทย ศูนย์ปฏิบัติการร่วมเพื่อแก้ปัญหาประชาชนบนพื้นที่สูง มูลนิธิเพื่อเยาวชนชนบท มูลนิธิช่วยไร้พรมแดน มูลนิธิพัฒนาสาธารณสุข สถาบันเพื่อชุมชนเกษตรกรรมยั่งยืน เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือกภาคอีสาน มูลนิธินวัตกรรมทางสังคม มูลนิธิสร้างสรรค์สังคมและสุขภาวะ มูลนิธิการเรียนรู้และพัฒนาประชาสังคม มูลนิธิวัฒนธรรมชุมชน สมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม มูลนิธิอาชีวเวชศาสตร์ไทย สถาบันวิจัยและพัฒนาเพื่อเฝ้าระวังสภาวะไร้รัฐ สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ สมาคมนักขับเคลื่อนสังคมเพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาวะ มูลนิธิส่งเสริมความเสมอภาคทางสังคม สมาคมส่งเสริมภาคประชาสังคม มูลนิธิพิทักษ์ดวงตาลำปาง มูลนิธิพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนเพื่อคุณภาพชีวิตดี จังหวัดขอนแก่น มูลนิธิเครือข่ายพัฒนาศักยภาพผู้นำการสร้างสุขภาวะ มูลนิธิอารยสถาปัตย์เพื่อคนทั้งมวล มูลนิธิสถาบันวิจัยระบบสุขภาพชุมชน สมาคมคนไร้บ้าน มูลนิธิเพื่อการศึกษาและพัฒนาชาวเขาในประเทศไทย เป็นต้น

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานพัฒนานวัตกรรม ความรู้ และนโยบาย	๙๑
๒. กลุ่มแผนงานพัฒนาศักยภาพภาคีและเครือข่าย	๖๐
๓. กลุ่มแผนงานสื่อสารสังคม	๑๐
๔. การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	๙
รวม	๑๗๐



แผนสุขภาวะชุมชน

๖

สถานการณ์และแนวโน้ม

แผนสุขภาวะชุมชนออกแบบการทำงานโดยยึดสองหลักการ คือ การใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา (Area-Based Development : ABD) และการคำนึงถึงสุขภาพในทุกนโยบายของชุมชนท้องถิ่น (Health in All Policies : HiAP) มาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ๒๕๕๒ จนถึงปัจจุบัน ส่งผลให้ เกิดเป็นกลไกการบริหารจัดการ **เครือข่าย** ที่เรียกรวมกันว่า “เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่” ประกอบด้วย *กลไกการจัดการเรียนรู้และบริหารจัดการเครือข่ายระดับพื้นที่* จำแนกเป็น ระดับตำบล ๓,๑๔๒ ตำบล ระดับอำเภอ ๒๖ อำเภอ ระดับจังหวัด ๑๑ จังหวัด *กลไกสนับสนุนวิชาการ* มีสถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือ ๓๐ แห่ง รวมถึงยังมี *กลไกที่สนับสนุนเชิงนโยบาย* คือ ภาควิชาขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และนโยบายสู่การปฏิบัติและภาควิชายุทธศาสตร์ที่เป็นเจ้าภาพของประเทศ นอกจากนี้ ยังได้พัฒนา **เครื่องมือเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนท้องถิ่น** ประกอบด้วย (๑) เครื่องมือพื้นฐาน ๒ ประการ คือ การวิจัยชุมชน RECAP (Rapid Ethnographic Community Assessment Process : RECAP) และระบบข้อมูลตำบล TCNAP (Thailand Community Networking Appraisal Program : TCNAP) สำหรับใช้วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ชุมชนท้องถิ่น และบ่งชี้ถึงทุนทางสังคมและศักยภาพชุมชน (๒) เครื่องมือการวิเคราะห์สถานะสุขภาวะของชุมชน ที่นำไปเพื่อบ่งชี้ถึงความก้าวหน้าของการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน (๓) เครื่องมือสำหรับการพัฒนางานประเด็นพื้นฐานของชุมชนที่กระทบต่อสุขภาวะและสอดคล้องกับสถานการณ์ในระดับประเทศและโลก และ (๔) เครื่องมือการประเมินความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น ๒ เรื่อง คือ ตัวชี้วัดชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งและตัวชี้วัดอยู่ดีมีสุข ทั้งยังให้ความสำคัญกับการพัฒนาขีดความสามารถกำลังคนผ่านหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพสมาชิกเครือข่าย **ร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่** ประกอบด้วย (๑) กำลังคนในชุมชนท้องถิ่นที่เป็น “นักสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน” จำนวนกว่า ๔๐๐,๐๐๐ คน โดยในช่วงปีที่ผ่านมาเน้นการยกระดับผู้นำชุมชนท้องถิ่นให้มีสถานะเป็น “สุดยอดผู้นำชุมชนท้องถิ่น” และ (๒) กำลังคนในกลไกสนับสนุนวิชาการ ซึ่งเป็นกำลังคนที่มีความเชี่ยวชาญ มีทักษะในการสนับสนุนหน่วยงานและให้คำปรึกษากำลังคนในชุมชนท้องถิ่น จำนวนกว่า ๑๐๐ คน

ในปี ๒๕๖๔ แผนสุขภาวะชุมชนยังคงสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานผ่านการใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่มาเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนท้องถิ่นทั้งในระดับตำบล อำเภอ จังหวัด และประเทศ โดยยึดหลักของศาสตร์พระราชา^๑ มาเป็นแนวทางการพัฒนาพื้นที่ใน ๓ เรื่อง คือ (๑) ระบบการจัดการพื้นที่ (คน-กลไก-ข้อมูล) (๒) การพัฒนานวัตกรรม และ (๓) การบูรณาการภายในชุมชน

^๑ การพัฒนานับหลักของศาสตร์พระราชา ๓ ประการ ประกอบด้วย (๑) เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา (๒) ระเบิดจากข้างใน และ (๓) ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง



และภายนอกชุมชน จนเกิดเป็นพื้นที่เข้มแข็งรองรับการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับโลกและระดับประเทศที่เข้ามากระทบกับวิถีชีวิตของชุมชนท้องถิ่น รวมถึงสามารถเตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์ที่เป็นประเด็นสำคัญของชุมชนท้องถิ่น มีรายละเอียดดังนี้

๑.๑ นโยบาย กฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวข้อง

๑) ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) แผนสุขภาวะชุมชนส่งเสริมและสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติผ่านทุนทางสังคมและศักยภาพของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ที่มุ่งเน้นการสร้างสมดุลระหว่างการพัฒนาความมั่นคง เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยการใช้พื้นที่เป็นฐานในการขับเคลื่อนทั้ง ๖ ยุทธศาสตร์

๒) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ที่รัฐบาลได้กำหนดให้เป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาประเทศ โดยบูรณาการเข้ากับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) ซึ่งแผนสุขภาวะชุมชนมุ่งสนับสนุนให้มีการประเมินผลการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาวะชุมชนสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนโดยการนำข้อมูลจากการพัฒนาระบบข้อมูลตำบล (TCNAP) ข้อมูลการวิจัยชุมชน (RECAP) และข้อมูลจากการประเมินตนเองของชุมชนท้องถิ่น

๓) การพัฒนาเชิงพื้นที่ (Area-Based Development) แผนสุขภาวะชุมชนระดับชุมชนท้องถิ่นที่มีความเข้มแข็งให้ทำหน้าที่ “กลไกการจัดการเรียนรู้และบริหารจัดการเครือข่าย” ระดับตำบลและอำเภอ (อาจจะรวมถึงจังหวัด^{๙๙}) เพื่อขับเคลื่อนขบวนการพัฒนาสุขภาวะชุมชนทั้งอำเภอ โดยเน้นการเปลี่ยนนโยบายสู่การปฏิบัติตามระเบียบวาระทางนโยบายทั้งระยะสั้นและระยะยาว อาทิ (๑) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ที่เน้นการพัฒนาเชิงพื้นที่ (๒) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ ที่กำหนดให้มีกลไกในการทำหน้าที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการบูรณาการหน่วยงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่โดยเฉพาะระดับอำเภอ^{๑๐๐} และ (๓) ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจัดทำแผนและประสานพัฒนาพื้นที่ในระดับอำเภอและตำบล พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่ได้กำหนดกลไกให้มีคณะกรรมการบริหารงานตำบลแบบบูรณาการ (ก.บ.ต.) และคณะกรรมการบริหารงานอำเภอแบบบูรณาการ (ก.บ.อ.) ขึ้นเพื่อให้เกิดการบูรณาการและการพัฒนาในระดับพื้นที่

๑.๒ แนวโน้มทางสุขภาพ

๑) ระดับโลกและระดับประเทศ

สถานการณ์ที่น่าจับตามองในปี ๒๕๗๓^{๑๐๑} ประกอบด้วย สังคมสูงวัย เศรษฐกิจโลกใหม่ โลกขาดแคลนทรัพยากร โลกของการเปลี่ยนแปลงผ่านสู่ยุค ๔.๐ และโลกที่หมุนบนแกนของความยั่งยืนและความรับผิดชอบทางสังคม และประเด็นความเสี่ยงของโลกที่น่าจับตาในปี ๒๕๖๓^{๑๐๒} ประกอบด้วย ความเสี่ยงต่อเสถียรภาพทางเศรษฐกิจและการเมือง ความเสี่ยงทางด้านการคุกคามของภูมิอากาศและความหลากหลายทางชีวภาพที่ลดลง ความเสี่ยงด้านผลกระทบของความไม่เท่าเทียมทางด้านดิจิทัล และความเสี่ยงด้านระบบสาธารณสุข

^{๙๙} ปี ๒๕๖๓ อยู่ระหว่างพัฒนาแนวทางการพัฒนาสุขภาวะชุมชนโดยใช้รูปแบบ ๑ มหาวิทยาลัย ๑ จังหวัด

^{๑๐๐} มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกในการขับเคลื่อน

^{๑๐๑} ที่มา : Mega trends: 1) A bigger picture for a better society โดย Roland Berger 2) World population prospect 2030 โดย United Nations 3) Living planer report โดย WWF 4) <http://themomentum.co/successful-feature-5-megatrends-2030>

^{๑๐๒} ที่มา : The Global Risks Report by World Economic Forum 2020

ที่ต้องเผชิญกับแรงกดดันใหม่ๆ ส่วนส่งผลให้ชุมชนท้องถิ่นจำเป็นต้องเตรียมการสำหรับรับมือกับวิกฤตและความหลากหลายจากสถานการณ์ต่างๆ เพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นในสังคมเมืองและสังคมชนบท^{๑๑} เช่น เรื่องสุขภาพจิต ภัยคุกคามจากโลกออนไลน์ ข่าวปลอม (Fake News) เด็กติดเกมส์ การพนันออนไลน์ โรคไม่ติดต่อ (NCDs) อุบัติเหตุ ฝุ่นจิ๋ว (PM_{2.5}) ขยะอาหารส่วนเกิน เป็นต้น

๒) สถานการณ์โรคติดเชื้อโควิด-๑๙

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ประชาชนในพื้นที่ควบคุมการแพร่กระจายของโรคโควิด-๑๙ โดยใช้ทุกสรรพกำลังที่มีอยู่ดำเนินการตามมาตรการที่รัฐกำหนด โดยใช้วิธีการที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ดังที่ปรากฏในสังคมไทยและสังคมโลกถึงบทบาทของชุมชนท้องถิ่นและการบูรณาการการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วน ซึ่งสถานการณ์โควิด-๑๙ สามารถจัดการได้ด้วย ๓ เงื่อนไขเป็นอย่างน้อย ประกอบด้วย ๑) การณรงค์และการเตรียมความพร้อมของคนในชุมชน ๒) มีระบบเฝ้าระวังที่มีความตื่นตัวสูง โดยจัดเป็นระดับการเฝ้าระวัง การคัดแยก การตรวจสอบ และการกักตัว และ ๓) สนับสนุน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ปฏิบัติกรดูแลบุคคลและครอบครัวที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งสมาชิกเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการพัฒนาตำบล และสถาบันวิชาการที่ครอบคลุมกว่า ๓,๐๐๐ ตำบล ได้ดำเนินการตั้งที่กล่าวมาข้างต้น โดยในปี ๒๕๖๓ แผนสุขภาวะชุมชนยังได้สนับสนุนให้ตำบลมีการจัดการอย่างเป็นระบบเพื่อจัดการกับการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทุกโรค

๑.๓ สถานการณ์ ๑๐ ประเด็นสำคัญของชุมชนท้องถิ่น^{๑๒}

แผนสุขภาวะชุมชน (เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่) ได้ทบทวนทางวิชาการ วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจระดับตำบล^{๑๓} และทบทวนนโยบายที่เกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาวะของประชากรทุกกลุ่มทุกวัย พบว่าชุมชนท้องถิ่นจำเป็นต้องมีขีดความสามารถในการจัดการกับปัญหา (รวมถึงผลกระทบจากภาวะวิกฤตต่างๆ เช่น จากการระบาดใหญ่ของโรคโควิด-๑๙ เป็นต้น) อย่างน้อย ๑๐ ประเด็นสำคัญ ประกอบด้วย ๑) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ๒) การดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชน ๓) การเฝ้าระวังความรุนแรงในครอบครัว ๔) การจัดการขยะ ๕) การจัดการภัยพิบัติ ๖) การดูแลสุขภาพในชุมชน (ที่รวมถึงการจัดการกับการแพร่ระบาดของโรคติดต่อต่างๆ) ๗) การจัดการอาหารในชุมชน ๘) เศรษฐกิจชุมชน ๙) การควบคุมการบริโภคยาสูบและสารเสพติด และ ๑๐) การลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และอุบัติเหตุจราจร ซึ่งทั้ง ๑๐ ประเด็นดังกล่าว แผนสุขภาวะชุมชนได้กระตุ้นและรณรงค์ให้มีการดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน องค์กรชุมชน และหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง (๔ องค์กรหลัก) ร่วมกันขับเคลื่อน พร้อมทั้งแผนสุขภาวะชุมชนสนับสนุนให้เกิดเป็น “ศูนย์เรียนรู้” เฉพาะเรื่องเฉพาะประเด็น และเครือข่ายเฉพาะเรื่องเฉพาะประเด็น

๑.๔ ข้อเสนอแนะจากภาคี

แผนสุขภาวะชุมชน ได้จัดประชุมรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอต่อกรอบการดำเนินงานของแผนสุขภาวะชุมชน โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดำเนินงานร่วมกับแผนสุขภาวะชุมชนและความคาดหวังต่อการดำเนินงานของแผนสุขภาวะชุมชนจากภาคีสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน ๓ กลุ่ม ดังนี้ (๑) ภาคีปฏิบัติการ

^{๑๑} ที่มา ๑๐ ประเด็นนำจับตาในปี ๒๕๖๓ จาก Thaihealth Watch

^{๑๒} ข้อมูลจากฐานข้อมูลตำบลโดยการสำรวจ (TCNAP) พ.ศ. ๒๕๖๒

^{๑๓} จำนวน ๒,๑๔๘ แห่ง มีทั้งหมด ๒,๔๗๕,๓๕๐ ครัวเรือน มีจำนวนประชากร ๘,๘๔๔,๓๘๑ คน แยกเป็นชาย ๔,๓๘๐,๔๗๔ คน (ร้อยละ ๔๙.๒๔) หญิง ๔,๔๖๓,๘๐๗ คน (ร้อยละ ๕๐.๗๕)



ประกอบด้วย ผู้บริหารฝ่ายการเมือง ผู้บริหารฝ่ายประจำ และเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยครอบคลุม กำนันและผู้ใหญ่บ้าน (๒) ภาควิชาเคสเรียนยุทธศาสตร์และนโยบายสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย ภาควิชาระดับจังหวัด เช่น ผู้ว่าราชการจังหวัด สาธารณสุขจังหวัด เป็นต้น ภาควิชาระดับอำเภอ เช่น นายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ เป็นต้น คณะกรรมการกำกับทิศทางของแผนสุขภาวะชุมชนและผู้ทรงคุณวุฒิ และ (๓) ภาควิชายุทธศาสตร์ของแผนสุขภาวะชุมชน พร้อมทั้งรับฟังข้อเสนอจากคณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๓ โดยสรุปภาพรวมของข้อเสนอแนะจากภาคี ดังนี้

(๑) ควรสนับสนุนให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในเรื่องระบบข้อมูล การพัฒนาศักยภาพ และการพัฒนาเครื่องมือในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น โดยบูรณาการเข้าสู่งานประจำของชุมชนท้องถิ่นผ่านหน่วยงานภาควิชายุทธศาสตร์ รวมถึงให้มีสถาบันวิชาการเข้ามาหนุนเสริมแบบคู่ความร่วมมือกับชุมชนท้องถิ่น

(๒) ควรสร้างความร่วมมือกับภาคีสร้างเสริมสุขภาพใน ๓ ระดับ คือ ระดับนโยบาย ระดับบริหารจัดการ และระดับปฏิบัติการ เพื่อแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติและหนุนเสริมการทำงานของชุมชนท้องถิ่น ด้วยการน้อมนำศาสตร์ของพระราชามาเป็นหลักการในการดำเนินงาน สามารถจัดการกับผลกระทบจากสถานการณ์ทั่วไปและสถานการณ์วิกฤต

(๓) ควรเพิ่มความเข้าใจและการรับรู้ถึงบทบาทและภารกิจในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นของ สสส. กับกลไกของรัฐทั้งในระดับอำเภอ ระดับจังหวัด และระดับชาติ และกลไกการบริหารราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น



จุดเน้นของแผน

๑. สานพลังเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นนำอยู่ร่วมกับภาควิชายุทธศาสตร์ในการรับมือกับสถานการณ์วิกฤตที่มีผลกระทบต่อวิถีชีวิต สังคม และเศรษฐกิจของประชาชนไทย อย่างเช่น ผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ การเปลี่ยนแปลงของสภาวะภูมิอากาศ รวมทั้ง การรับมือกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านแนวโน้มนโยบายของรัฐ การปฏิรูปสังคม และเศรษฐกิจตามทิศทางยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ โดยน้อมนำศาสตร์ของพระราชามาเป็นหลักการในการดำเนินงาน

๒. พัฒนาเครื่องมือและแนวทางการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนทุกระดับ โดยเสริมสร้างระบบจัดการพื้นที่ (Area-based system management) ให้สามารถปรับตัวได้อย่างรวดเร็วเมื่อเผชิญภาวะวิกฤตที่กระทบต่อชุมชนท้องถิ่น (resilience) อันนำไปสู่ความรอบรู้ด้านสุขภาพ^{๑๔} และพัฒนานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาวะโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อปรับสู่ฐานวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) รวมทั้งสร้างความยั่งยืนของการสร้างเสริมสุขภาพตามเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs)

^{๑๔} ศาสตร์ของพระราชามา ๓ ประการ ประกอบด้วย ๑) เข้าใจ-เข้าถึง-พัฒนา ๒) ระเบิดจากข้างใน และ ๓) ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

^{๑๕} ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง สมรรถนะของบุคคลที่ประกอบด้วย ความสามารถด้านความรู้หนังสือ ทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคม ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพในรูปแบบที่ส่งเสริมและรักษาสุขภาพให้ดีและยั่งยืน

๓. **เพิ่มขีดความสามารถผู้นำชุมชนท้องถิ่นให้เป็นสุดยอดผู้นำชุมชนท้องถิ่นที่เหมาะสม^{๑๑} และมีสมรรถนะในการจัดการและรองรับสถานการณ์ทั่วไปและสถานการณ์วิกฤตที่มีผลกระทบทางสุขภาพ รวมถึงกระตุ้นและสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้มากยิ่งขึ้น**

คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่นำไปใช้ในแผนสุขภาพะชุมชน

๑. **สุขภาพะชุมชน** หมายถึง ความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งด้านการเมืองการปกครอง สังคม เศรษฐกิจ สภาวะแวดล้อม และสุขภาพโดยตรง

๒. **ตำบลน่าอยู่ (สุขภาพะ)** หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลในเขตรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือโดยองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล ที่มีกระบวนการและปฏิบัติการสร้างสุขด้วย ๕ สร้าง ประกอบด้วย ๑) สร้างคนมีสุข ๒) สร้างระบบข้อมูลใช้ร่วมกัน ๓) สร้างกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างสุขภาพะ ๔) สร้างกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพะและ ๕) สร้างแผนงานและโครงการ โดยตำบลจะน่าอยู่สำหรับคนในชุมชนและผู้มาเยือน รวมถึงชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งพอที่จะรองรับนโยบายสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. **ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาพะชุมชน (ศจค.)** หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือโดยองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล ที่มีกระบวนการค้นหาทุนทางสังคมและศักยภาพ มีการระบุชัดเจนถึงทุนทางสังคมที่มีศักยภาพในการทำหน้าที่เป็นผู้ถ่ายทอดองค์ความรู้ มีการพัฒนาผู้รู้และแกนนำของพื้นที่ให้มีขีดความสามารถในการสร้างการเรียนรู้ภายในพื้นที่ของตนเองและมีกระบวนการออกแบการจัดการเรียนรู้ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือโดยองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบลเครือข่าย ๑๕ - ๒๐ แห่ง พร้อมทั้งทำหน้าที่กลไกบริหารจัดการเครือข่าย และร่วมกันพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อร่วมสร้างประเทศไทยให้น่าอยู่ที่มีการประกาศปฏิญญาร่วมกัน

๔. **ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาพะชุมชนเชี่ยวชาญเฉพาะ (ศชช.)** หมายถึง ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาพะชุมชนที่มีความชำนาญเฉพาะที่เป็นทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนท้องถิ่น และสามารถทำหน้าที่จัดการฝึกอบรมให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น องค์กร หน่วยงาน บุคคลและผู้ที่เกี่ยวข้อง

๕. **ศูนย์ประสานงานเครือข่ายเฉพาะประเด็น (ศปง.)** หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือโดยองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล ที่มีทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ การดูแลสุขภาพกลุ่มเปราะบางและกลุ่มวัย และมีความพร้อมในการถ่ายทอดกระบวนการดำเนินงานให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่าย องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล หน่วยงาน บุคคลและผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงทำหน้าที่เป็นกลไกบริหารจัดการเครือข่าย ๑๕ - ๒๐ แห่ง และอำนวยความสะดวกให้การขับเคลื่อนงานเฉพาะประเด็นสู่การปฏิบัติและบูรณาการในพื้นที่

^{๑๑} จากการประชุมสุดยอดผู้นำท้องถิ่นปี ๒๕๖๒ ที่ประชุมเห็นพ้องกันว่าคุณลักษณะของสุดยอดผู้นำท้องถิ่น มีดังนี้ ๑. คำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตน ๒. ตั้งใจเอาใจใส่รับผิดชอบต่อหน้าที่ ๓. ซื่อสัตย์ สุจริตโปร่งใส ตรวจสอบได้ ๔. รักษาไว้ซึ่งคุณธรรม จริยธรรม ไม่ขัดต่อศีลธรรม ๕. ประพฤติตนให้เป็นที่ยอมรับนับถือจากสังคม ๖. เรียนรู้ และพัฒนางานด้วยข้อมูลและใช้ข้อมูลในการพัฒนางาน ๗. ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ หาทางออกให้ชุมชนท้องถิ่นไม่หยุดนิ่ง ๘. ร่วมสร้างผู้นำชุมชนท้องถิ่นรุ่นใหม่ ๙. สร้างและสานเครือข่ายในหลากหลายลักษณะ ๑๐. ทำงานร่วมกับทุกฝ่ายทุกภาคส่วน



๖. **สถาบันวิชาการ** หมายถึง หน่วยงาน องค์กร สถาบัน ที่ทำหน้าที่สนับสนุนให้เกิดการจัดการความรู้ และสร้างความรู้ใหม่เพื่อหนุนเสริมการดำเนินงานของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ พร้อมทั้งผลักดัน กระบวนการกำหนดยุทธศาสตร์ในการสร้างการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย

๗. **องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล** หมายถึง กลไกที่ได้รับการยอมรับในระดับตำบล มี ๒ ลักษณะ ประกอบด้วย ๑) มีกฎหมายรองรับ เช่น สภาองค์กรชุมชน มูลนิธิ สมาคม เป็นต้น และ ๒) เกิดจากรวมตัวกัน ของบุคคลหรือคณะบุคคล เช่น คณะกรรมการพัฒนาตำบล คณะกรรมการบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับตำบล เป็นต้น

๘. **องค์กรหลัก** หมายถึง องค์กรในชุมชนท้องถิ่น ประกอบด้วย ๔ องค์กรเป็นอย่างน้อย คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องที่ (กำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน) องค์กรชุมชน และหน่วยงานรัฐในพื้นที่ (ในบางพื้นที่อาจจะ มีองค์กรศาสนาเข้ามาร่วมเป็นองค์กรหลักด้วยตามบริบทของพื้นที่)

๙. **เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่** หมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องที่ (กำนัน-ผู้ใหญ่ บ้าน) องค์กรชุมชน กลุ่มทางสังคม หน่วยงานรัฐ สถาบันวิชาการหรือองค์กรทางวิชาการ องค์กรภาคเอกชน ศูนย์สนับสนุนวิชาการของแผนสุขภาวะชุมชนและสำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชน (สำนัก ๓) ที่มีเป้าหมายเพื่อ ร่วมขับเคลื่อนชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ โดยมีบทบาทสำคัญในการสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน การผลักดันให้เกิด นโยบายสาธารณะระดับตำบล อำเภอ เครือข่าย และจังหวัด รวมถึงการขับเคลื่อนและรณรงค์เพื่อการสร้าง เสริมสุขภาวะชุมชน รวมถึงร่วมผลักดันให้มีการคืนอำนาจให้ชุมชนท้องถิ่น

๑๐. **การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ** หมายถึง ประเด็นที่สอดคล้องกับทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส. โดยแผนสุขภาวะชุมชนมีการขับเคลื่อน ๕ ประเด็นหลัก ประกอบด้วย ๑) ควบคุมยาสูบ ๒) ควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และลดอุบัติเหตุจราจร ๓) เกษตรกรรมสู่อาหารปลอดภัย ๔) การจัดการสิ่งแวดล้อมและ รับมือภาวะโลกร้อน และ ๕) การจัดการภัยพิบัติ ที่เกิดจากการประมงและถอดบทเรียนปฏิบัติการของชุมชนท้องถิ่น เพื่อแสดงให้เห็นถึงผลจากปฏิบัติการที่จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชนดีขึ้น

๑๑. **การดูแลสุขภาพกลุ่มเปราะบางและกลุ่มวัย** หมายถึง ประเด็นที่สอดคล้องกับการพัฒนาที่ยั่งยืน และยุทธศาสตร์ชาติ ๑๐ ปี แผนสุขภาวะชุมชนขับเคลื่อน ๔ ประเด็นหลัก ดังนี้ ๑) ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ๒) การเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน ๓) ระบบการดูแลเด็กปฐมวัยโดยชุมชนท้องถิ่น และ ๔) ระบบสนับสนุน การดูแลกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เกิดจากการประมง และถอดบทเรียนปฏิบัติการของชุมชนท้องถิ่น เพื่อแสดงให้เห็นถึงผลจากปฏิบัติการที่จะส่งผลต่อการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชนดีขึ้น

๑๒. **ระบบข้อมูลตำบล** หมายถึง การจัดทำข้อมูลตำบลโดยใช้โปรแกรม TCNAP (Thailand Community Networking Appraisal Program : TCNAP) ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำท้องที่ ภาคประชาชน และหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบ นำใช้ข้อมูล และเป็นเจ้าของ โดยการสร้างทีมพัฒนาฐานข้อมูลตำบลในการเก็บรวบรวมข้อมูลและนำใช้ข้อมูล ของชุมชนเพื่อจัดการกับปัญหาที่สอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิตของแต่ละชุมชน จนเกิดการพึ่งตนเองและ นำไปสู่การพัฒนาตำบลสู่การเป็นตำบลน่าอยู่ (สุขภาวะ)

๑๓. **การวิจัยชุมชน** หมายถึง การประเมินชุมชนด้วยการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วน (Rapid Ethnographic Community Assessment Process : RECAP) ในการพัฒนาทักษะด้านการถอดบทเรียน



และการเขียนสรุปข้อมูลทุนทางสังคมและศักยภาพของกลุ่มหรือแหล่งปฏิบัติการในพื้นที่ ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้างชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง โดยการนำใช้ศักยภาพในการจัดการปัญหาสู่การจัดการตนเองในระดับพื้นที่ รวมถึงการสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงกับองค์กรและหน่วยงานหนุนเสริมเพื่อเข้ามาเกื้อหนุนให้ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองได้ดีขึ้น

๑๔. ทุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์เชื่อมโยงของคนในชุมชนทั้งงาน เงิน และข้อมูลเสริมสร้างความเข้มแข็งในการจัดการตนเองที่เกิดขึ้นในพื้นที่ โดยมี ๓ องค์ประกอบหลัก คือ (๑) ทุนมนุษย์ (Human capital) (๒) ทุนองค์กร/สถาบัน (Institute capital) และ (๓) ทุนภูมิปัญญา/วัฒนธรรม (Wisdom capital) ทั้งนี้ ทุนทางสังคมแบ่งได้เป็น ๖ ระดับ ประกอบด้วย ระดับบุคคลและครอบครัว ระดับกลุ่มทางสังคม องค์กรชุมชน ระดับหน่วยงานและแหล่งประโยชน์ ระดับชุมชนหรือหมู่บ้าน ระดับตำบล และ ระดับเครือข่าย^{๙๙}

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

๑๖. นโยบายสาธารณะ หมายถึง การประมวลองค์ความรู้และวิเคราะห์กิจกรรมจากปฏิบัติการของชุมชนท้องถิ่นที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่โดยชุมชนท้องถิ่น จนเกิดเป็นปัญญาเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่และมีข้อตกลงร่วมของเครือข่ายในภาพรวม ซึ่งสมาชิกเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ได้ใช้เป็นแนวทางการขับเคลื่อนของแต่ละพื้นที่ทั้งระดับตำบล อำเภอ เครือข่าย และจังหวัด รวมถึงมีการปรับปรุงปัญญาให้สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ด้วย

๑๗. ชุมชนท้องถิ่นที่มีความยืดหยุ่น (community resilience) หมายถึง ชุมชนท้องถิ่นที่มีความสามารถในการปรับตัวหรือตั้งรับต่อผลกระทบจากสถานการณ์ทั่วไปและสถานการณ์วิกฤต สามารถจัดการปัญหาที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่

๑๘. ระบบเฝ้าระวังโรคโดยชุมชนท้องถิ่น หมายถึง ระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อโดยชุมชนท้องถิ่นโดยมีส่วนร่วมจาก ๔ องค์การหลัก ด้วยการพัฒนากลไกการจัดการ เครื่องมือและระบบข้อมูล เพื่อสร้างความเข้าใจและเพิ่มทักษะให้มีศักยภาพและความเชี่ยวชาญในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ โดยปฏิบัติการอย่างน้อย ๕ กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ ๑) เสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ (ทุกโรคติดต่อ) ๒) สื่อสารและรณรงค์เพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ๓) ลดปัจจัยเสี่ยงหรือเงื่อนไขที่เสี่ยงทางสุขภาพอันส่งผลต่อความรุนแรง ๔) จัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการขจัด ควบคุม เฝ้าระวัง และป้องกันโรคติดต่อ และ ๕) การจัดการกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการระบาดของโรคติดต่อ

๑๙. การจัดการสุขภาวะชุมชนโดยเทคโนโลยีดิจิทัล หมายถึง การจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งระดับตำบล อำเภอ เครือข่าย และจังหวัด ด้วยเครื่องมือ อุปกรณ์ และเทคโนโลยีที่มีอยู่ในปัจจุบัน เช่น คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ แท็บเล็ต โปรแกรมสำเร็จรูป สื่อออนไลน์ เป็นต้น มาใช้ในการพัฒนางานด้านต่างๆ เพื่อเสริมศักยภาพให้สามารถจัดการเรียนรู้ การปรับตัว การจัดการปัญหาของตนเอง และตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่

^{๙๙} รายละเอียดในเอกสารการวิจัยชุมชนด้วยวิธีวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วน (RECAP)



๒๐. สูดยอดผู้นำชุมชนท้องถิ่น หมายถึง บุคคลที่มีความรู้ ความสามารถและมีความเชี่ยวชาญ โดยมีคุณสมบัติเป็นไปตามสัปดาห์ที่ ๑๐ ประการ ที่เป็นข้อตกลงในการปฏิบัติร่วมกันของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ได้ประกาศไว้เมื่อวันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๑ ดังนี้ (๑) คำเนืงถึงประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตน (๒) ตั้งใจ เอาใจใส่ และรับผิดชอบต่อหน้าที่ (๓) ซื่อสัตย์ สุจริต โปร่งใส ตรวจสอบได้ (๔) รักษาไว้ซึ่งคุณธรรม มีจริยธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ ไม่ขัดต่อศีลธรรม ประเพณี กติกาและข้อตกลงของสังคม (๕) ประพฤติตนให้เป็นที่ยอมรับนับถือจากสังคม (๖) เรียนรู้และพัฒนาางานด้วยข้อมูลที่เป็นความจริง และใช้ข้อมูลในการพัฒนาางาน (๗) คิดริเริ่ม สร้างสรรค์ หาทางออกให้กับชุมชนท้องถิ่น และไม่หยุดนิ่ง (๘) ร่วมสร้างผู้นำชุมชนท้องถิ่นรุ่นใหม่ (๙) สร้างและสานเครือข่ายในหลากหลายลักษณะ และ (๑๐) ทำงานร่วมกับทุกฝ่ายทุกภาคส่วน

๒๑. ชุดเครื่องมือการประเมินตนเองเรื่องสุขภาวะชุมชน หมายถึง แนวทางการประเมินและวิเคราะห์ความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการตนเอง โดยประกอบไปด้วยเครื่องมือในเบื้องต้น ดังนี้ ๑) ตัวชี้วัดชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง ๒) ตัวชี้วัดอยู่ดีมีสุข และ ๓) สถานะสุขภาวะของชุมชน (Healthy Community Profile) เพื่อตอบโจทย์และสนับสนุนในเรื่องต่างๆ เช่น ทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส. ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี แผนการปฏิรูปประเทศ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) เป็นต้น

๒๒. นักบริหารกระบวนการเรียนรู้ หมายถึง บุคคลในหน่วยงาน องค์กร สถาบันหรือภาคประชาชนที่มีความรู้ความสามารถในการบริหารจัดการเครือข่ายและจัดการเรียนรู้ สร้างปฏิบัติการให้เกิดผลได้จริง โดยผ่านกระบวนการในการเพิ่มขีดความสามารถในด้านต่างๆ เช่น การวิจัยชุมชน ระบบข้อมูลตำบล การจัดการกระบวนการเรียนรู้ การสื่อสาร การวิเคราะห์และนำใช้ข้อมูล การออกแบบและพัฒนาระบบการจัดการพื้นที่ การประเมินตนเอง เป็นต้น



วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบลร่วมกับองค์กรหลักในพื้นที่พัฒนาเครือข่ายตำบลน่าอยู่ (สุขภาวะ) ในระดับอำเภอและระดับตำบลที่มีขีดความสามารถในการจัดการผลกระทบจากสถานการณ์ทั่วไปและสถานการณ์วิกฤต
๒. เพื่อเสริมสร้างเครือข่ายตำบลน่าอยู่ (สุขภาวะ) ในระดับอำเภอและระดับตำบลให้มีขีดความสามารถในการจัดการผลกระทบจากสถานการณ์ทั่วไปและสถานการณ์วิกฤต โดยให้การสนับสนุนแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบลร่วมกับองค์กรหลักในพื้นที่
๓. เพื่อสนับสนุนการพัฒนาและรณรงค์การใช้เครื่องมือสำหรับประเมินตนเองของชุมชนท้องถิ่น โดยบูรณาการเข้าสู่งานประจำครอบคลุมทุกมิติของการสร้างเสริมสุขภาพ
๔. เพื่อสนับสนุนการพัฒนาขีดความสามารถของสมาชิกเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ให้สามารถใช้เครื่องมือจัดการเรียนรู้บริหารจัดการเครือข่ายและรับมือกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ทั่วไปและสถานการณ์วิกฤต
๕. เพื่อพัฒนาแนวทางการบูรณาการสนับสนุนแผนอื่นใน สสส. โดยเน้นรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในทุกช่วงวัยตามนโยบายการพัฒนาสุขภาพโดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ ๗๕)

- (๑) เกิดเครือข่ายตำบลน่าอยู่ (สุขภาวะ) ที่มีความเชี่ยวชาญสามารถปรับตัวหรือตั้งรับ (resilience)^{๙๙} ต่อการจัดการผลกระทบจากสถานการณ์ทั่วไปและสถานการณ์วิกฤตในระดับตำบลและระดับอำเภอ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐ เครือข่าย^{๑๐๐}
- (๒) เกิดตำบลน่าอยู่ (สุขภาวะ) ที่มีระบบเฝ้าระวังโรคโดยชุมชนท้องถิ่นและมีการปรับสู่ฐานวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) จำนวนไม่น้อยกว่า ๖๐๐ แห่ง^{๑๐๑}
- (๓) เกิดตำบลน่าร้องที่สามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการจัดการสุขภาวะชุมชน จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๖ แห่ง^{๑๐๒}
- (๔) เกิดตำบลน่าอยู่ (สุขภาวะ) ที่สามารถตอบสนองต่อแผนนโยบายในสถานการณ์ทั่วไปและสถานการณ์วิกฤต และรวมตัวกันเป็นเครือข่ายภายใต้เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ จำนวนไม่น้อยกว่า ๒,๐๐๐ แห่ง
- (๕) เกิดนักบริหารกระบวนการเรียนรู้จำนวนไม่น้อยกว่า ๘,๐๐๐ คนที่มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการเครือข่ายและจัดการเรียนรู้ รวมตัวกันเป็นเครือข่ายภายใต้เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ (ที่มีสมาชิกจำนวนกว่า ๒,๐๐๐ แห่ง)
- (๖) เกิดสุดยอดผู้นำชุมชนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๑,๐๐๐ คน^{๑๐๓} รวมตัวกันเป็นเครือข่ายภายใต้เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ (ที่มีสมาชิกจำนวนกว่า ๒,๐๐๐ แห่ง)
- (๗) เกิดชุดเครื่องมือการประเมินตนเองเรื่องสุขภาวะชุมชน จำนวน ๑ ชุดเครื่องมือ

ตัวชี้วัดร่วม และตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง (น้ำหนักร้อยละ ๒๕)

ตัวชี้วัดร่วม

- (๑) เกิดพื้นที่นำร่องการจัดการภัยพิบัติจากไฟป่า จำนวนไม่น้อยกว่า ๒ พื้นที่^{๑๐๓}
- (๒) เกิดรูปแบบการจัดการการดูแลการพัฒนาและการจัดการเรียนรู้ สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ปี^{๑๐๔} โดยชุมชนท้องถิ่น

ตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

- (๓) เกิดเครื่องมือประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพโดยชุมชนท้องถิ่นและรณรงค์ให้เกิดการนำมาใช้ในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ จำนวน ๑ เครื่องมือ

^{๙๙} ชุมชนท้องถิ่นที่มีความยืดหยุ่น (community resilience) หมายถึง ชุมชนท้องถิ่นที่มีความสามารถในการปรับตัวหรือตั้งรับต่อผลกระทบจากสถานการณ์ทั่วไปและสถานการณ์วิกฤต สามารถจัดการปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อภาคการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่

^{๑๐๐} จำนวน ๑๐ เครือข่าย เป็นเครือข่ายนำร่องในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่

^{๑๐๑} จำนวน ๖๐๐ แห่ง ไม่ซ้ำกับตัวชี้วัดหลักที่ ๑

^{๑๐๒} จำนวน ๑๖ แห่ง เป็นพื้นที่นำร่องเพื่อขยายผลต่อในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่

^{๑๐๓} จำนวน ๑,๐๐๐ คน เป็นสุดยอดผู้นำชุมชนท้องถิ่นที่ไม่ซ้ำกับปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ และผ่านการประเมินตามกลไกของแผนสุขภาวะชุมชน

^{๑๐๔} area หมายถึง พื้นที่ที่ถูกเผาไหม้

^{๑๐๕} ตาม พ.ร.บ. การพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. ๒๕๖๒



แนวทางการดำเนินงานและการบูรณาการ

แนวทางการดำเนินงาน ประกอบด้วย ๓ แผนงาน ประกอบด้วย (๑) แผนงานสนับสนุนการพัฒนาชีวิตวิถีใหม่ โดยชุมชนท้องถิ่น (๒) แผนงานบริหารจัดการเครือข่ายและธรรมาภิบาล และ (๓) แผนงานเสริมศักยภาพผู้นำเครือข่าย ร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. แผนงานสนับสนุนการพัฒนาชีวิตวิถีใหม่โดยชุมชนท้องถิ่น

สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับภาคีหลักในพื้นที่ทำหน้าที่เป็นกลไกจัดการเครือข่ายและบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาวะของทุกฝ่ายในพื้นที่ระดับตำบล

หนุนเสริมการขับเคลื่อนนโยบายหลักของรัฐสู่การปฏิบัติ เป็นกลไกเอื้ออำนวยต่อขบวนการปฏิรูปประเทศ โดยใช้ศักยภาพของทุนทางสังคมและบุคลากรของชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานในการพัฒนา

ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสร้างการเรียนรู้ และยกระดับการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคโดยชุมชนท้องถิ่น ที่นำไปสู่การปรับฐานวิถีชีวิตใหม่

รวมถึงคัดสรรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ทำหน้าที่เป็นศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน (ศจค.) ในระดับตำบลและระดับอำเภอ ที่มีความเชี่ยวชาญและยืดหยุ่นต่อการจัดการผลกระทบจากสถานการณ์ทั่วไปและสถานการณ์วิกฤตในพื้นที่ของตนเองและเครือข่าย ทั้งนี้อาจจะยกระดับเป็นศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนเชี่ยวชาญเฉพาะ (ศชช.) หรือพัฒนาให้เป็นศูนย์ประสานงานเครือข่ายเฉพาะประเด็น (ศปง.)

มีเป้าหมายและตัวชี้วัดดังนี้

๑) เกิดเครือข่ายตำบลน่าอยู่ (สุขภาวะ) ที่มีความเชี่ยวชาญและสามารถในการปรับตัวหรือตั้งรับ (resilience)^{๑๐๕} ต่อการจัดการผลกระทบจากสถานการณ์ทั่วไปและสถานการณ์วิกฤตในระดับตำบลและระดับอำเภอ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐ เครือข่าย^{๑๐๖}

๒) เกิดตำบลนำร่องที่ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการจัดการสุขภาวะชุมชน จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๖ แห่ง

๓) เกิดพื้นที่นำร่องการจัดการภัยพิบัติจากไฟป่า จำนวนไม่น้อยกว่า ๒ พื้นที่ (area)^{๑๐๗}

๔) เกิดตำบลน่าอยู่ (สุขภาวะ) ที่มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคโดยชุมชนท้องถิ่นและมีการปรับสู่ฐานวิถีชีวิตใหม่ จำนวนไม่น้อยกว่า ๖๐๐ แห่ง^{๑๐๘}

๒. แผนงานบริหารจัดการเครือข่ายและธรรมาภิบาล

พัฒนาและสนับสนุนองค์กรหรือหน่วยงานหรือสถาบันหรือคณะบุคคลให้ทำหน้าที่สนับสนุนทางวิชาการและการบริหารจัดการเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ สามารถต่อยอดการทำงานกับหน่วยงานในพื้นที่ภาคียุทธศาสตร์ และการธรรมาภิบาลตอบสนองต่อแนวนโยบายของรัฐและคณะกรรมการกองทุนสนับสนุน

^{๑๐๕} อ้างแล้วใน ๔๘

^{๑๐๖} อ้างแล้วใน ๔๔

^{๑๐๗} อ้างแล้วใน ๑๐๓

^{๑๐๘} อ้างแล้วใน ๑๐๐

การสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับความจำเป็นและความต้องการของชุมชนท้องถิ่น รวมถึงการปรับตัวของชุมชนท้องถิ่นให้มีขีดความสามารถในการปรับตัวจากผลกระทบภายนอกบนฐานของการพึ่งตนเองและพอเพียง

มีเป้าหมายและตัวชี้วัดดังนี้

- ๑) เกิดตำบลน่าอยู่ (สุขภาวะ) ที่สามารถตอบสนองต่อแผนนโยบายในสถานการณ์ทั่วไปและสถานการณ์วิกฤต และรวมตัวกันเป็นเครือข่ายภายใต้เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่จำนวนไม่น้อยกว่า ๒,๐๐๐ แห่ง
- ๒) เกิดชุดเครื่องมือการประเมินตนเองเรื่องสุขภาวะชุมชน จำนวน ๑ ชุดเครื่องมือ
- ๓) เกิดรูปแบบการจัดการการดูแลการพัฒนาและการจัดการเรียนรู้ สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ปี^{๑๐๙} โดยชุมชนท้องถิ่น
- ๔) เกิดเครื่องมือประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพโดยชุมชนท้องถิ่นและรณรงค์ให้เกิดการนำใช้ในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ จำนวน ๑ เครื่องมือ

๓. แผนงานเสริมศักยภาพผู้นำเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่

เสริมศักยภาพสำหรับผู้นำชุมชนท้องถิ่นของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ภาควิชาขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และนโยบายสู่การปฏิบัติ และภาควิชายุทธศาสตร์ โดยน้อมนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงในการออกแบบหลักสูตรและแนวทางการจัดการเรียนรู้ และยึดหลักสัปปายะ ๑๐ ประการ^{๑๑๐} ในการขับเคลื่อนขบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น จนเกิดเป็นเครือข่ายนักบริหารกระบวนการเรียนรู้ที่มีทักษะในการรู้เท่าทันการจัดการผลกระทบของชุมชนท้องถิ่นจากสถานการณ์ทั่วไปและสถานการณ์วิกฤต มีความสามารถชั้นนำ พัฒนานวัตกรรมการทำงาน และขับเคลื่อนขบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นสู่ฐานวิถีชีวิตใหม่ (New Normal)

มีเป้าหมายและตัวชี้วัดดังนี้

- ๑) เกิดนักบริหารกระบวนการเรียนรู้ จำนวนไม่น้อยกว่า ๔,๐๐๐ คนที่มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการเครือข่ายและจัดการเรียนรู้ รวมตัวกันเป็นเครือข่ายภายใต้เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ (ที่มีสมาชิกจำนวนกว่า ๒,๐๐๐ แห่ง)
- ๒) เกิดสุดยอดผู้นำชุมชนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๑,๐๐๐ คน^{๑๑๑} รวมตัวกันเป็นเครือข่ายภายใต้เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ (ที่มีสมาชิกจำนวนกว่า ๒,๐๐๐ แห่ง)

^{๑๐๙} อ้างแล้วใน ๑๐๔

^{๑๑๐} (๑) ค่านึงถึงประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตน (๒) ตั้งใจ เอาจริง และรับผิดชอบต่อหน้าที่ (๓) ชื่อสัตย์ สุจริต โปร่งใส ตรวจสอบได้ (๔) รักษาไว้ซึ่งคุณธรรม มีจริยธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ ไม่ขัดต่อศีลธรรม ประเพณี กติกาและข้อตกลงของสังคม (๕) ประพฤติตนให้เป็นที่ยอมรับนับถือจากสังคม (๖) เรียนรู้และพัฒนาทางด้วยข้อมูลที่เป็นความจริง และใช้ข้อมูลในการพัฒนางาน (๗) คิดริเริ่ม สร้างสรรค์ หาทางออกให้กับชุมชนท้องถิ่น และไม่หยุดนิ่ง (๘) ร่วมสร้างผู้นำชุมชนท้องถิ่นรุ่นใหม่ (๙) สร้างและสานเครือข่ายในหลากหลายลักษณะ และ (๑๐) ทำงานร่วมกับทุกฝ่ายทุกภาคส่วน

^{๑๑๑} อ้างแล้วใน ๑๐๒



ภาคีที่เข้าร่วมการดำเนินงาน

๑. ภาคีปฏิบัติการ

๑) **ระดับจังหวัด** เช่น ผู้ว่าราชการจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หอการค้าจังหวัด สำนักงานสภาเกษตรกรจังหวัด เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

๒) **ระดับอำเภอ** เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาอำเภอ เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

๓) **ระดับตำบล** เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน สภาผู้นำชุมชน องค์กรชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มทางสังคมในตำบล เป็นต้น

๔) **ระดับหมู่บ้าน** เช่น คณะกรรมการหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข คณะกรรมการกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมือง สภาผู้นำชุมชน กลุ่มทางสังคมในหมู่บ้าน เป็นต้น

๒. ภาคีขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และนโยบายสู่การปฏิบัติ

๑) **หน่วยงานในคณะกรรมการกำกับทิศทางของแผนสุขภาพชุมชน** ประกอบด้วย กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กรมการพัฒนาชุมชน และสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน)

๒) **ระดับจังหวัด** เช่น ผู้ว่าราชการจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสภาเกษตรกรจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด สถาบันวิชาการ เป็นต้น

๓) **ระดับอำเภอ** เช่น นายอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นต้น

๓. ภาคียุทธศาสตร์

๑) กระทรวงมหาดไทย เช่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมการพัฒนาชุมชน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กรมการปกครอง เป็นต้น

๒) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เช่น สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) กรมกิจการผู้สูงอายุ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เป็นต้น

๓) กระทรวงสาธารณสุข

๔) กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

๕) กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม

๖) กระทรวงศึกษาธิการ

๗) สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

๘) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๙) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. แผนงานสนับสนุนการพัฒนาชีวิตวิถีใหม่โดยชุมชนท้องถิ่น	๑๘๐
๒. แผนงานบริหารจัดการเครือข่ายและรณรงค์	๕๐
๓. แผนงานเสริมศักยภาพผู้นำเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่	๒๐
๔. การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	๓๐
รวม	๒๘๐



แผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว

๗

สุขภาพเด็ก คือ ฐานทุนสุขภาพตลอดช่วงชีวิต การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการภายในห้าขวบปีแรกของชีวิตนับว่าเป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่จะช่วยลดภาระโรคในระดับประชากร และกุญแจสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพเด็ก คือ การเพิ่มศักยภาพของครอบครัวและชุมชนให้ทำหน้าที่ดังกล่าวได้อย่างเต็มที่ และต่อเนื่องจนเด็กเติบโตสู่วัยเรียน วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ อันจะส่งผลให้เกิดรากฐานสุขภาพที่มั่นคงและส่งผลกระทบต่อสุขภาพตลอดช่วงชีวิต^{๑๑๖}

เมื่อเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-๒๐๑๙ จนกลายเป็นวิกฤตทั่วโลกตั้งแต่ต้นปี ๒๕๖๓ เป็นต้นมา การส่งเสริมขีดความสามารถของครอบครัวและชุมชน เพื่อให้สามารถทำหน้าที่บ่มเพาะพลเมืองเด็กรุ่นใหม่ให้เกิดความอยู่ดีมีสุข มีพัฒนาการสมวัย และเกิดศักยภาพพร้อมต่อยุคที่ยิ่งทวีความท้าทายด้วยความเหลื่อมล้ำในมิติต่างๆ ที่ดำรงอยู่ในสังคมไทยส่งผลกระทบต่อครอบครัวอย่างแตกต่างและหนักเบาไม่เท่ากัน แนวนโยบาย มาตรการ และโครงการระดับมหภาคต่างๆ สามารถช่วยเยียวยาความเดือดร้อนและฟื้นฟูความเข้มแข็งของครอบครัวทั่วไปได้ระดับหนึ่ง แต่จำเป็นต้องมีแนวนโยบาย มาตรการ และโครงการที่ถูกออกแบบอย่างจำเพาะเจาะจงและเข้าถึงได้ง่ายสำหรับกลุ่มเด็ก เยาวชน และครอบครัวที่อยู่ในภาวะเปราะบางซึ่งมีสภาพปัญหาและความสามารถในการฟื้นตัวที่แตกต่างกัน

แผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ของแผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยคำนึงถึงผลกระทบจากสถานการณ์โรคโควิด ๑๙ ที่มีต่อสุขภาพของเด็กทุกช่วงวัย ตลอดจนบทบาทสำคัญของครอบครัวและภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยให้น้ำหนักแก่การสนับสนุนสุขภาพเด็กในกลุ่มครอบครัวเปราะบางมากขึ้น เนื่องจากได้รับผลกระทบหนักกว่าครอบครัวทั่วไป อีกทั้งยังมีโอกาสและทรัพยากรน้อยกว่าในการฟื้นฟูเยียวยาตนเอง

สถานการณ์และแนวโน้ม

สถานการณ์และแนวโน้มสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว ที่นำเสนอในแผนนี้แบ่งเป็น ๒ ส่วน คือ สถานการณ์ก่อนเกิดการระบาดของโรคโควิด ๑๙ และข้อมูลเจาะลึกผลกระทบจากการระบาดที่เกิดกับเด็ก และครอบครัวจากผลการสำรวจทั่วประเทศโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ร่วมกับสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนา

^{๑๑๖} B.Mistry et al., A New Framework for Childhood Health Promotion: The Role of Policies and Programs in Building Capacity and Foundations of Early Childhood Health, Am J Public Health. 2012; 102: 1688 - 1696: doi:10.2105/AJPH. 2012.300687

ประเทศไทยและองค์กรทุนเพื่อเด็กแห่งประเทศไทย ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องเยียวยาฟื้นฟู เด็กเล็กและครอบครัวที่ขาดความพร้อมในการต่อสู้กับวิกฤตโควิด ๑๙ เพื่อลดความรุนแรงของปัญหาคุณภาพ เด็กเล็กและความเหลื่อมล้ำในอนาคต

สถานการณ์และแนวโน้มโดยทั่วไป

สุขภาพเด็กปฐมวัย จำนวนเด็กเกิดใหม่ปี ๒๕๖๒ มีจำนวนลดลงเหลือ ๖๑๘,๑๔๓ คน เมื่อเทียบกับปีก่อน ซึ่งมีจำนวน ๖๖๖,๑๐๔ คน รายงานการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างครอบครัวประเภทต่างๆ บทบาทของพ่อและแม่ กับการดูแลทางสาธารณสุขและพัฒนาการของเด็กช่วงอายุปฐมวัยในประเทศไทย ปี ๒๕๖๓ พบว่า **ครอบครัวที่นำเป็นหัวในมิติของการดูแลเด็กปฐมวัย (๐ - ๕ ปี) ได้แก่ ครอบครัวที่เด็กอยู่กับญาติ ครอบครัวพ่อเลี้ยงเดี่ยว ครอบครัวแม่เลี้ยงเดี่ยว และครอบครัวข้ามรุ่น** ตามลำดับ พบประเด็นน่ากังวลทั้งเรื่องของความครบถ้วนในการได้รับวัคซีน การถูกปล่อยให้อยู่ตามลำพัง อาการหอบ อาการท้องเสีย การเลี้ยงดูด้วยนมแม่ พัฒนาการทางสติปัญญา และพัฒนาการทางพฤติกรรม ซึ่งพบว่าการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เช่น มือถือ แท็บเล็ต เครื่องเล่นเกม ทีวี จะส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการที่แย่ง ขณะที่กิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการที่ดีของเด็กอย่างชัดเจน ได้แก่ การอ่านนิทานหรือดูสมุดภาพ การที่แม่หรือผู้เลี้ยงดูอ่านนิทานให้เด็กฟัง การที่ครัวเรือนมีนิทานติดไว้ที่บ้าน ตลอดจนการได้ออกไปเล่นหรือมีกิจกรรมกลางแจ้งที่ทำให้เด็กได้เคลื่อนไหวและออกแรง ทั้งนี้ ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตรายงานว่า จากการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าให้เข้าสู่กระบวนการกระตุ้นพัฒนาการต่อเนื่องจนกลับมามีพัฒนาการสมวัย สามารถติดตามเด็กให้มารับการกระตุ้นพัฒนาการได้เพียงร้อยละ ๓๐.๔๘ อยู่ระหว่างการติดตามร้อยละ ๑๙.๑๙ และไม่สามารถติดตามได้ถึงร้อยละ ๕๐.๘๕ ถือเป็นความสูญเสียโอกาสของเด็กและสังคมไทย

ในการประเมินสถานการณ์และสภาพแวดล้อมการดูแลเด็กปฐมวัยในประเทศไทย โดยพิจารณาจากกรอบการดูแลและการเลี้ยงดู (Nurturing care) เด็กปฐมวัย ๕ ด้านขององค์การอนามัยโลก องค์กรทุนเพื่อเด็กแห่งประเทศไทย และธนาคารโลก กับโปรแกรมสนับสนุนเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุ ๒๕ โปรแกรมของธนาคารโลก มาใช้เป็นกรอบการประเมิน โดยใช้ข้อมูลจากรายการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๕๙ และข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคคลากรภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ผลการประเมินพบว่า **สภาพแวดล้อมในการดูแลเด็กปฐมวัยในประเทศไทยยังมีปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการพิจารณาแก้ไขใน ๔ ด้าน (๕ เรื่อง)^{๑๑๓}**

ด้านที่ ๑ สุขภาพที่ดีของเด็ก การที่เด็กจะมีสุขภาพดีขึ้นอยู่กับสุขภาพกายและใจของผู้ดูแลเด็กเป็นอย่างมากจะให้ความรัก และตอบสนองต่อความต้องการของเด็กในด้านต่าง ๆ ในแต่ละวันได้เพียงพอหรือไม่ ผลจากการประเมินชี้ให้เห็นปัญหาเรื่องการศึกษาของผู้เป็นแม่ (เรื่องที่ ๑) เนื่องจากช่วงอายุที่เพศหญิงมีบุตรคนแรกมากที่สุดอยู่ในช่วง ๑๕ ถึง ๒๐ ปี (ร้อยละ ๓๖.๗๙) โดยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาเทียบเท่าหรือต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ ๙๕.๕๓) ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ขาดความพร้อมทั้งความรู้ ฐานะทางเศรษฐกิจ และวุฒิภาวะในการดูแลและการอบรมเลี้ยงดูบุตร ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการเติบโต สุขภาพ พัฒนาการ และโอกาสของเด็กสำหรับการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น

^{๑๑๓} ศาสตรา สุตสวัสดิ์, รายงานโครงการการศึกษาของงบประมาณรายจ่ายภาครัฐเพื่อการพัฒนาเด็กในช่วงอายุ ๐ - ๓ ปี ในประเทศไทย, ๒๕๖๓



ด้านที่ ๒ โภชนาการที่เพียงพอ สำหรับเด็กแรกเกิดจนถึงอายุ ๖ เดือนนั้น การให้นมแม่แต่เพียงอย่างเดียว ส่งผลที่ดีเป็นอย่างมากต่อสุขภาพและพัฒนาการของเด็กทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว เนื่องจากน้ำนมแม่มีคุณค่าของสารอาหารสูงและมีสัดส่วนที่เหมาะสม ต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย อีกทั้งทารกที่ได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมแม่จะมีพัฒนาการทางด้านจิตสังคมดีจากการมีโอกาสใกล้ชิดและสร้างความผูกพันระหว่างเด็กและมารดา และสำหรับเด็กตั้งแต่อายุ ๖ เดือนเป็นต้นไป การให้อาหารเสริมการให้นมแม่ ก็จะทำให้เด็กได้รับสารอาหารและมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมต่อการเติบโตในแต่ละช่วงวัย ผลจากการประเมินสภาพแวดล้อมในการดูแลเด็กปฐมวัยพบปัญหาในสองเรื่อง ได้แก่ หนึ่ง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว (เรื่องที่ ๒) โดยเด็กในช่วงอายุ ๐ - ๕ เดือนที่ได้กินนมแม่เพียงอย่างเดียวพบว่า มีเพียงร้อยละ ๒๓.๑ เท่านั้น และ สอง อาหารปลอดภัย และมีปริมาณสารอาหารที่เพียงพอ (เรื่องที่ ๓) โดยเด็กในช่วงอายุ ๖ - ๒๓ เดือน มีเพียงร้อยละ ๕๕.๖ เท่านั้น ที่ได้รับอาหารอย่างเพียงพอทั้งจำนวนมื้อและความหลากหลายของอาหาร ทั้งนี้จากการสำรวจโดยแบบสอบถามเด็กในเขตพื้นที่เทศบาลในเขตนครรังสิตพบว่า เด็กในพื้นที่เขตเมืองถึงร้อยละ ๑๘ ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ไม่ได้รับประทานอาหารเข้า นอกจากนี้ ผู้ปกครองที่ปรุงอาหารเข้าให้เด็กรับประทานเองมีเพียงร้อยละ ๔๘ ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งหมายความว่า เด็กเกินครึ่งหนึ่งต้องรับประทานอาหารที่ซื้อระหว่างการเดินทางมาโรงเรียน ซึ่งรวมถึงข้าวเหนียวหมูปิ้ง และอาหารทอด (ร้อยละ ๑๔ ของเด็กทั้งหมดที่สำรวจ) โดยอาหารเหล่านี้เป็นอาหารที่ควบคุมคุณภาพและสารอาหารได้ยาก

ด้านที่ ๓ การดูแลที่ตอบสนอง (Responsive Caregiving)^{๑๑๔} ข้อมูลจากการสำรวจเชิงคุณภาพในงานศึกษานี้พบปัญหาในเรื่องสิทธิการลาคลอดของพ่อแม่ และการดูแลเด็กอย่างเพียงพอ (เรื่องที่ ๔) ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีการประกาศใช้กฎหมายคุ้มครองแรงงานที่กำหนดสิทธิให้ลูกจ้างหญิงตั้งครรภ์สามารถลาคลอดได้ไม่เกิน ๙๘ วัน (รวมวันลาเพื่อตรวจครรภ์ก่อนคลอดบุตร) อย่างไรก็ตาม การดำเนินการตามกฎหมายคุ้มครองแรงงานนี้ยังคงเกิดขึ้นในระดับจำกัดเฉพาะในส่วนของการทำงานในระบบเท่านั้น นอกจากนี้ผู้เป็นแม่ส่วนใหญ่จะได้รับรายได้ลดลงในช่วงการลาคลอดบุตร และอาจไม่มีรายได้เลยในหลายกรณี

ด้านที่ ๔ ความมั่นคงและปลอดภัย เด็กเล็กเป็นช่วงวัยที่ไม่สามารถปกป้องตนเองและเสี่ยงต่ออันตรายที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ ซึ่งอาจนำไปสู่ความเจ็บปวดและความเครียดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมที่สะอาด การปฏิบัติด้านสุขลักษณะที่ดี และการมีสุขาภิบาลที่เพียงพอ (เรื่องที่ ๕) ย่อมมีส่วนสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงด้านสุขภาพของสตรีมีครรภ์และเด็กเล็ก แต่การสำรวจสถานการณ์ในมิตินี้ยังไม่พบข้อมูลที่บ่งชี้เพียงพอ

นอกจากนี้ จากผลการศึกษางบประมาณรายจ่ายภาครัฐเพื่อการพัฒนาเด็กในช่วงอายุ ๐ - ๓ ปีในประเทศไทย^{๑๑๕} ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ พบว่ามีจำนวนทั้งสิ้น ๕๘,๕๐๘ ล้านบาทซึ่งคิดเป็นสัดส่วนของงบประมาณรายจ่ายประจำปีทั้งที่ร้อยละ ๒.๐ หรือคิดเป็นร้อยละ ๐.๔ ของ GDP เท่านั้น หากคิดเป็นงบประมาณรายหัวจะพบว่าเท่ากับ ๒๒,๘๐๖ บาทต่อคนต่อปี เมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณรายจ่ายเฉพาะด้านการศึกษาที่รัฐจัดสรรให้เด็กที่มีอายุ ๓ - ๑๗ ปีที่อยู่ในระบบการศึกษาขั้นพื้นฐานพบว่ามีการจัดสรรงบประมาณในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ที่ ๔๐๕,๑๗๔ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๕ ของงบประมาณรายจ่ายประจำปี หรือคิดเป็นร้อยละ ๒.๖ ของ GDP หรือ ๓๔,๘๓๗ บาทต่อคนต่อปี ซึ่งสูงกว่างบประมาณต่อคนของเด็กอายุ ๐ - ๓ ปีถึง ๑.๕ เท่า เท่ากับว่าประเทศไทยลงทุนในการพัฒนาเด็กปฐมวัยต่ำกว่าเด็กโตถึง ๑.๕ เท่า

^{๑๑๔} หมายถึง การดูแลเด็กโดยตอบสนองความต้องการของเด็กอย่างเอาใจใส่สม่ำเสมอโดยเหมาะสมสอดคล้องกับพัฒนาการการเจริญเติบโตและการเรียนรู้ของเด็ก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่ส่งผลให้สมองพัฒนาอย่างแข็งแรง (อ้างอิงจาก The Center for Developing Child, Harvard University)

^{๑๑๕} อ้างแล้วใน ๑๑๓

ขณะทำงานวิจัยระดับโลกพบว่า การลงทุนเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นหนึ่งในหนทางที่ดีที่สุดที่ช่วยให้ประเทศเจริญก้าวหน้า เติบโตอย่างทั่วถึง มีความเท่าเทียมในด้านโอกาส และยุติความยากจนอย่างรุนแรงได้ และการลงทุนในเด็กช่วงอายุ ๐ - ๓ ปี ให้ผลตอบแทนที่สูงกว่าการลงทุนในช่วงวัยอื่นๆ ทั้งหมด^{๑๑๑}

เมื่อเด็กเริ่มเข้าสู่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในช่วงอายุ ๒ - ๕ ปี พบว่า ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ผ่านมาตรฐานเกณฑ์ขั้นต่ำมีเพียงร้อยละ ๓๔ โดยศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน ๒,๐๐๐ แห่ง อยู่ในกลุ่มที่ต้องปรับปรุงคุณภาพ ในขณะที่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทั่วประเทศมีกว่า ๔๐,๐๐๐ แห่ง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในฐานะที่เป็นหน่วยสำคัญในการพัฒนาเด็กปฐมวัยทั่วประเทศจึงต้องการการเสริมหนุนศักยภาพเพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลเด็กอย่างเร่งด่วน ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อเกิดสถานการณ์วิกฤตโรคระบาดโควิด-๑๙ ส่งผลให้มีการปิดสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทั่วประเทศ และแม้ว่าจะสามารถเปิดทำการได้อีกครั้งก็ยังคงเผชิญสถานการณ์ปิด/เปิดตามความรุนแรงของการระบาด พบว่าในช่วงของการปิดทำการ มีผลกระทบอย่างน้อย ๒ ประการสำคัญ ได้แก่^{๑๑๒}

๑. เด็กไม่สามารถมาโรงเรียนได้ ต้องใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านในพื้นที่จำกัด ทำให้เด็กใช้เวลาอยู่กับสื่อจอใสนานขึ้น เด็กไม่ได้เล่นกับเพื่อน ไม่มีกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้เหมือนอยู่ที่โรงเรียน อีกทั้ง ผู้ปกครองขาดความรู้ความเข้าใจในการเลี้ยงดูเด็ก และไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลเด็กตลอดทั้งวัน มีความกังวลว่าเด็กจะเรียนรู้พัฒนาอย่างไรหากไม่ได้ไปศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
๒. เด็กปฐมวัยที่อยู่ในครอบครัวรายได้น้อย ครอบครัวยากจน ไม่ได้รับนมและอาหารกลางวันเพียงพอต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการและการเรียนรู้ ซึ่งเดิมเคยได้รับนมและอาหารกลางวันฟรีจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ข้อมูลการสำรวจของกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา ได้ทำการสำรวจผลกระทบจากสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ในกลุ่มเป้าหมายผู้ปกครองนักเรียนยากจนพิเศษพบว่า ผลกระทบมากที่สุด ๕ อันดับแรกคือ ๑) ไม่มีอาหารรับประทาน ๒) ถูกพักงานหรือถูกเลิกจ้าง ๓) ไม่มีของใช้จำเป็นในครอบครัว ๔) การศึกษาเล่าเรียนของคนในครอบครัว และ ๕) ปัญหาสุขภาพ

ในด้านสุขภาวะเด็กวัยเรียน จากการศึกษาจากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ และ ๖ โรงเรียนรัฐบาลและเอกชน จำนวน ๓,๒๘๒ คน ทั่วประเทศที่เป็นตัวแทนของประชากรไทยในปี ๒๕๖๒^{๑๑๓} พบว่า เด็กประถมศึกษา มีความสุขในระดับปานกลาง โดยปัจจัยที่มีผลต่อความสุขที่เพิ่มขึ้นของเด็กกลุ่มนี้ประกอบด้วย (๑) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ การอยู่อาศัยกับบิดามารดาและการอยู่อาศัยในครอบครัวที่ปราศจากความขัดแย้ง (๒) ปัจจัยด้านโรงเรียน ได้แก่ ระดับชั้นเรียน (ชั้นประถมศึกษาตอนต้น) ประเภทโรงเรียน (โรงเรียนรัฐบาล) การมีชั่วโมงเรียนต่อวันน้อยกว่า ๖ ชั่วโมง การใช้เวลาทำการบ้านน้อยกว่า ๒ ชั่วโมงต่อวัน การเรียน เวลาเรียนพิเศษเชิงวิชาการน้อยกว่า ๒ ชั่วโมงต่อวัน การได้รับความรักและการยอมรับฟังความคิดเห็นจากครู และการทำกิจกรรมในชั้นเรียนที่ไม่ต้องนั่งฟังครูสอนด้วยวิธีการบรรยายหรือทำแบบฝึกหัดอย่างเดียว (๓) ปัจจัยด้านโภชนาการ ได้แก่ การรับประทานอาหารเช้าที่อิ่ม และการรับประทานอาหารเช้าครบทั้ง ๓ มื้อ และ (๔) ปัจจัยด้านการเล่น ได้แก่ การมีเพื่อนเล่น การมีของเล่นของตนเอง และการมีเวลาเล่นมากกว่า ๓๐ นาทีในช่วงเย็นหลังเลิกเรียน สำหรับกิจวัตรประจำวันของเด็กวัยเรียนในวันที่มาเรียน พบว่าเด็กประถมศึกษาอยู่ในโรงเรียนเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ ของโรงเรียนเฉลี่ยวันละ ๘ ชั่วโมงเป็นอย่างน้อย ใน ๘ ชั่วโมงนี้เด็กมีเวลาว่างเป็นของตัวเองไม่ถึงหนึ่งชั่วโมง เด็กประถมศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้รับการจัดสรรเวลาพักระหว่างคาบเรียนทั้งในภาคเช้าและ

^{๑๑๑} James J Heckman, 2008

^{๑๑๒} จุฑามาศ โชติบางและคณะ, การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเรียนรู้ที่บ้านของเด็กอายุ ๒ - ๕ ปี ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย, ๒๕๖๓

^{๑๑๓} ยศวีร์ สายฟ้า, รายงานการศึกษาโครงการความสุขของเด็กไทยในวัยเรียน : เด็กประถมศึกษา (๖ - ๑๒ ปี), ๒๕๖๓





ภาคบ่ายรวมถึงการมีเวลาพักเที่ยงแบบเต็มเวลา ๖๐ นาที โดยที่ไม่มีกิจกรรมอื่นของโรงเรียนมาเบียดบังเวลานอกจากมีเวลาพักน้อยลงแล้ว กิจกรรมประจำวันของเด็กไทยในวัยเรียนยังเต็มไปด้วยความริบเร่ง เห็นได้จากการมีเวลารับประทานอาหารกลางวันไม่ถึง ๑๕ นาที ด้านกิจกรรมการเล่นของเด็กไทยในวัยเรียน พบว่าเด็กประถมศึกษามากกว่าร้อยละ ๔๘.๐๕ ระบุว่าได้เล่นในแต่ละวัน แต่ไม่ค่อยเล่นแบบที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยมากมักเป็นการเล่นกับอุปกรณ์เทคโนโลยี ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการที่เด็กประถมศึกษามีเวลาเล่นจำกัดขณะอยู่ที่โรงเรียน สำหรับการเรียนพิเศษเชิงวิชาการ พบว่าเด็กประถมศึกษาร้อยละ ๖๐ ระบุว่าเรียนพิเศษเชิงวิชาการในทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ โดยมีทั้งการเรียนเสริมพิเศษที่โรงเรียน หลังเลิกเรียนไปจนถึงการเรียนเพื่อติวเข้มสำหรับการสอบเข้าเรียนและการสอบ O-NET ทั้งนี้ สอดคล้องกับผลการสำรวจพฤติกรรมพึงประสงค์ของเด็กวัยเรียนโดยกรมอนามัย ปี ๒๕๖๐ ในนักเรียนอายุ ๑๒ ปี ซึ่งพบว่ามีการอ่านร้อยละ ๒๑.๖ รับประทานอาหารครบ ๓ มื้อ ร้อยละ ๓๓.๒ ดื่มน้ำอัดลมร้อยละ ๘๑.๒ มีกิจกรรมทางกายมากกว่า ๓ วัน/สัปดาห์ (มากกว่า ๖๐ นาที/วัน) เพียงร้อยละ ๑๘.๕ ใช้โทรศัพท์มือถือนานเกิน ๒ ชั่วโมง ร้อยละ ๓๘.๓ ไม่แปรงฟันก่อนนอนร้อยละ ๔๑.๑ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเด็กวัยเรียนยังต้องการการปรับพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านการบริโภค สุขอนามัย ความปลอดภัย รวมทั้งพฤติกรรมเนือยนิ่ง อันจะส่งผลเสียทางสุขภาพและนำไปสู่ความเสี่ยงที่จะเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่

เมื่อเกิดวิกฤตโรคโควิด ๑๙ เด็กวัยเรียนจำนวนกว่า ๑๕ ล้านคนได้รับผลกระทบจากการปิดเทอมที่ยาวนานกว่าปกติและจะต้องเข้าสู่ระบบการเรียนทางไกล ตลอดจนรูปแบบการเปิดเรียนในวิถีใหม่ที่ต้องมีมาตรการป้องกันการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาอย่างเคร่งครัด และอาจมีโอกาสดังกล่าวการเรียนการสอนได้อีกหากเกิดการระบาดระลอกใหม่ พบว่าความยืดหยุ่นปรับตัวของเด็กและครอบครัวต่อความไม่แน่นอนของสถานการณ์รอบตัวอาจเป็นเรื่องที่ไม่ยากสำหรับครอบครัวที่มีความพร้อม แต่สำหรับครอบครัวที่ขาดความพร้อมและอาจมีปัญหาการขาดรายได้ของผู้หาเลี้ยงครอบครัว จะกลายเป็นปัจจัยซ้ำเติมปัญหาความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาและโอกาสในการพัฒนาศักยภาพอย่างมาก กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษาพบว่า การที่เด็กต้องออกจากโรงเรียนประมาณ ๖ สัปดาห์ อาจจะทำให้ความรู้หายไปถึงครึ่งปีการศึกษา โดยเฉพาะนักเรียนกลุ่มด้อยโอกาสหรือนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ด้านต่างๆ เด็กที่ต้องพึ่งพิงอาหารเข้า อาหารกลางวันจากทางโรงเรียน ผู้ที่ต้องการการดูแลจากครูอย่างใกล้ชิด เด็กกลุ่มยากจนและเปราะบาง ผู้ขาดแคลนทรัพยากร ไม่มีคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ผู้ปกครอง สภาพแวดล้อมในบ้านมีปัญหา เช่น ยาเสพติด ความรุนแรงในครอบครัว ถือว่าได้รับผลกระทบรุนแรงและน่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง

สุขภาวะวัยรุ่นและเยาวชน รายงานสุขภาพคนไทย ปี ๒๕๖๓ ระบุสถานการณ์ผ่าน ๑๒ ตัวชี้วัด พบว่าแม้วัยรุ่นและเยาวชนจะเป็นวัยที่มีสุขภาพแข็งแรงกว่าวัยอื่นๆ แต่ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อสุขภาวะและศักยภาพของวัยรุ่นและเยาวชน ได้แก่ เรื่องอุบัติเหตุทางท้องถนน ปัญหาสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า การบริโภคผักและผลไม้ยังอยู่ในระดับที่ต่ำ มีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงทางสังคม เช่น ปัญหายาเสพติด หรือ การเล่นหรือติดพนัน สื่อสังคมออนไลน์เข้ามามีบทบาทเพิ่มมากขึ้นในชีวิตเกือบทุกด้าน แต่ความสัมพันธ์ของวัยรุ่นและเยาวชนไทยกับครอบครัวดูเหมือนจะห่างเหินมากขึ้น การใช้เวลาทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันในครอบครัว การปรึกษาปัญหา และเปิดใจคุยกันในเรื่องต่างๆ กลับมีน้อยลง พบว่ามีวัยรุ่นและเยาวชน ๑ ใน ๒ เท่านั้นที่ได้ใช้เวลาทำกิจกรรมพร้อมหน้ากันในบ้านกับสมาชิกในครอบครัวอย่างมีความสุขเป็นประจำ และไม่ถึง ๑ ใน ๓ ที่ได้พูดคุยปรึกษาหารือ หรือตัดสินใจร่วมกันด้วยเหตุผลในเรื่องสำคัญของครอบครัวเป็นประจำซึ่งเป็นหัวใจสำคัญสำหรับครอบครัวกับวัยรุ่น/เยาวชน และมีผลต่อการเพิ่มสุขภาวะและการลดพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นและเยาวชนได้อีกด้วย

ในช่วงวิกฤตโรคโควิด-๑๙ องค์กรทุนเพื่อเด็กแห่งประเทศไทย ร่วมกับกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ และสภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย ทำการสำรวจวัยรุ่นและเยาวชนพบว่า กว่า ๘ ใน ๑๐ คน มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาการเงินของครอบครัวมากที่สุด เนื่องจากพ่อแม่ผู้ปกครองไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ อันเป็นผลมาจากการปิดตัวของธุรกิจต่างๆ ตลอดจนการถูกเลิกจ้าง โดยกว่า ๗ ใน ๑๐ คน ระบุว่าวิกฤตโควิด-๑๙ ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจโดยมีความเครียด วิตกกังวล และเบื่อหน่าย นอกจากนี้ วัยรุ่นและเยาวชนเกินครึ่ง รู้สึกกังวลด้านการเรียน การสอบ และโอกาสในการศึกษาต่อ เนื่องจากการปิดโรงเรียนเป็นระยะเวลานาน ในขณะที่ ร้อยละ ๗ รู้สึกกังวลเกี่ยวกับปัญหาความรุนแรงในครอบครัว เช่น การทะเลาะกันของผู้ปกครองและการทำร้ายร่างกาย ผลสำรวจยังสะท้อนปัญหาของเยาวชนกลุ่มหลากหลายทางเพศจากการที่ต้องอยู่แต่ในบ้าน โดยร้อยละ ๔ ของผู้ตอบแบบสอบถามรู้สึกกังวลเรื่องเพศสภาพที่ถูกกดดันเพิ่มขึ้น

สภาวะครอบครัว ข้อมูลการสำรวจข้อมูลพื้นฐานของครัวเรือน พ.ศ. ๒๕๖๒ สำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ปี ๒๕๖๒ มีจำนวนครัวเรือนทั้งสิ้น จำนวน ๒๑.๕๘ ล้านครัวเรือน มีจำนวนสมาชิกเฉลี่ยประมาณ ๓.๑๔ คนต่อครัวเรือน และจากรายงานผลการสำรวจสถานการณ์ความเข้มแข็งของครอบครัว ในปี ๒๕๖๑ ของกรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว พบว่า มีค่าเฉลี่ยดัชนีความเข้มแข็งในภาพรวมของครอบครัวไทย ร้อยละ ๘๕.๐๔ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานครอบครัวเข้มแข็ง โดยมีจำนวนครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ ๘๙.๕๐ อย่างไรก็ตาม เมื่อเกิดภาวะวิกฤตโควิด-๑๙ ขึ้น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ได้ทำการสำรวจ “ครอบครัวไทยในภาวะวิกฤต COVID-19” ในช่วงเดือนเมษายน ๒๕๖๓ โดยสำรวจกลุ่มตัวอย่างประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ทุกสาขาอาชีพ ทั่วประเทศ จำนวน ๒,๐๖๙ ตัวอย่าง

- **ด้านผลกระทบทางเศรษฐกิจและการเงิน** พบว่า ครอบครัวที่พอจะสามารถจัดการแก้ไขปัญหาทางการเงิน และดูแลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของครอบครัวได้ ร้อยละ ๖๑.๔ และครอบครัวที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจอย่างมาก เพราะแทบไม่สามารถจัดการด้านการเงินและค่าใช้จ่ายของครอบครัวได้เลยมีร้อยละ ๑๔.๗ อย่างไรก็ตาม มีประเด็นที่น่ากังวล คือ มีครอบครัวไทยเพียงร้อยละ ๒๓.๔ เท่านั้น ที่ไม่มีปัญหาด้านการเงินและสามารถดูแลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของครอบครัวได้ในภาวะวิกฤตนี้ แต่สะท้อนให้เห็นว่าอีกร้อยละ ๗๖.๖ กลับต้องเผชิญกับปัญหาด้านการเงินและเศรษฐกิจในระดับที่แตกต่างกันไป

- **ด้านการปฏิบัติตัวของสมาชิกในครอบครัวในภาวะวิกฤตโควิด-๑๙** ประชาชนส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือปฏิบัติตามนโยบายและมาตรการของรัฐบาลอย่างเคร่งครัด โดยสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่สวมใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าทุกครั้งที่ออกนอกบ้าน ร้อยละ ๙๖.๔ มีความพยายามหลีกเลี่ยงการออกนอกบ้าน ไม่ไปอยู่ในสถานที่สาธารณะที่มีผู้คนแออัดและหลีกเลี่ยงงานเลี้ยงสังสรรค์ร้อยละ ๘๘.๓ มีการทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ กินร้อน ช้อนส่วนตัวและล้างมือบ่อยมากขึ้นร้อยละ ๘๔.๓

- **ด้านการอยู่ร่วมกันของครอบครัวในภาวะวิกฤตโควิด-๑๙** พบว่า ประชาชนมีความเห็นว่าสถาบันครอบครัว คือ สถาบันที่มีความสำคัญมากที่สุด ร้อยละ ๙๔.๖ รองลงมาคือ รู้สึกมีความสุขที่ได้อยู่ร่วมกับครอบครัวร้อยละ ๘๔.๐ และมีการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ร่วมกับครอบครัว ร้อยละ ๖๘.๙

- **ด้านสถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัว** พบว่า ครอบครัวไทยส่วนใหญ่กว่า ร้อยละ ๙๖.๐ ไม่มีการใช้ความรุนแรงทำร้ายร่างกายกัน พบข้อมูลว่า สมาชิกครอบครัวเพียงร้อยละ ๕๖.๔ เท่านั้นที่สามารถควบคุมการใช้อารมณ์รุนแรงหรือไม่ใช้อารมณ์รุนแรงกับคนในครอบครัว แต่ที่น่าห่วงใย คือ มีครอบครัวไทย ร้อยละ ๕.๘ ที่เมื่อมีความหงุดหงิดและโมโหแทบไม่สามารถควบคุมการใช้อารมณ์กับคนในครอบครัวได้เลย ซึ่งในจำนวนนี้ สมาชิกในครอบครัวร้อยละ ๐.๙ มีการใช้ความรุนแรงทำร้ายร่างกายกัน จนได้รับบาดเจ็บ ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากความตึงเครียดในครอบครัวที่ได้รับผลกระทบมาจากภาวะวิกฤตโควิด-๑๙



นอกจากมิติทางเศรษฐกิจ สังคม และการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวแล้ว การที่สมาชิกในครอบครัวต้องต่อสู้กับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความกดดัน ความเครียด และความวิตกกังวลสะสมมาโดยตลอด ซึ่งอาจจะส่งผลต่อสุขภาพจิตของคนในครอบครัวได้ ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต “การสำรวจความสุขของครอบครัวไทยในช่วงการระบาดของไวรัสโควิด-๑๙” ซึ่งเป็นการสำรวจออนไลน์ในกลุ่มตัวอย่าง ๑,๕๐๐ คน โดยประมาณ ๒ ใน ๓ อาศัยอยู่ในต่างจังหวัด พบว่า ร้อยละ ๙๐ มีความสุขมากถึงมากที่สุดที่ได้อยู่ร่วมกับครอบครัว หนึ่งในสามรู้สึกใกล้ชิดกับครอบครัวมากขึ้น ประมาณครึ่งหนึ่งรู้สึกเป็นห่วงกังวลเมื่อต้องเว้นระยะห่างระหว่างสมาชิกในครอบครัว กว่าร้อยละ ๒๐ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ครอบครัวมีความเครียดสูงถึงสูงมาก ครอบครัวส่วนใหญ่สร้างวิธีเพื่อลดความเครียดในบ้านมากกว่า ๑ วิธี วิธีที่ใช้มากที่สุดคือ สอบถามความสุข ความทุกข์กันบ่อยๆ รองลงมาคือ รักษากิจวัตรประจำวันในครอบครัวให้คงที่ เช่น กินนอนเป็นเวลา นอนพักผ่อนเพียงพอ ยิ่งไปกว่านั้น มากกว่าร้อยละ ๙๗ เห็นว่าครอบครัวของตนร่วมแก้ปัญหาเป็นทีมเดียวกัน และเชื่อมั่นว่าครอบครัวจะผ่านวิกฤตครั้งนี้ไปได้ ซึ่งสะท้อนว่า ครอบครัวไทยส่วนใหญ่ยังรู้สึกเป็นสุขและมีความหวัง แม้จะเผชิญวิกฤตในขณะนี้

ผลกระทบของวิกฤตโควิด-๑๙ ต่อครอบครัวที่มีเด็กเล็ก

ผลจากการสำรวจออนไลน์ระหว่างวันที่ ๒๗ เมษายน ถึงวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๓ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ร่วมกับสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยและ UNICEF จำนวนผู้ตอบ ๒๗,๙๘๖ คน มีผู้ตอบแบบสอบถามจากทุกจังหวัดในประเทศไทยพบว่า ครอบครัวที่มีเด็กเล็กอายุไม่เกิน ๖ ปี ถูกกระทบจากวิกฤตโควิด-๑๙ มากกว่าครอบครัวที่ไม่มีเด็กเล็กในเกือบทุกด้านแต่เข้าถึงมาตรการเยียวยาในสัดส่วนที่น้อยกว่า ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ลักษณะของผลกระทบ	ครอบครัวที่มีเด็กเล็ก	ครอบครัวที่ไม่มีเด็กเล็ก	หมายเหตุ
รายได้ลดลง	๘๑%	๗๐%	ครอบครัวที่มีเด็กเล็กมีสัดส่วนที่เป็นคนทำงานไม่ประจำ หรือธุรกิจนอกระบบมากกว่า
รายจ่ายเพิ่มกว่า ๕๐% เมื่อเทียบกับก่อนโควิด-๑๙	๑๓%	๑๐%	-
มีหนี้ในระบบเพิ่มขึ้น	๑๘%	๑๓%	-
มีหนี้นอกระบบเพิ่มขึ้น	๑๓%	๙%	-
มีผู้สูงอายุอยู่ในครัวเรือนด้วย	๕๑%	๔๓%	สัดส่วนการพึ่งพิงสูงขึ้น เพราะมีทั้งเด็กและผู้สูงอายุ
ความสามารถในการแก้ปัญหาเมื่อเกิดผลกระทบ	๒๗ - ๓๑% (ตอบว่าแก้ปัญหาไม่ได้)	๒๔ - ๒๖% (ตอบว่าแก้ปัญหาไม่ได้)	-



ลักษณะของผลกระทบ	ครอบครัวที่มีเด็กเล็ก	ครอบครัวที่ไม่มีเด็กเล็ก	หมายเหตุ
คนในครอบครัวสามารถทำงานจากบ้านได้ต่อเนื่อง ๒ อาทิตย์	๑๗%	๑๘%	-
สามารถอยู่ในภาวะ lockdown หรือ semi-lockdown ได้ไม่เกิน ๑ เดือน	๒๑%	๑๘.๕%	-
ได้ยื่นขอเงินเยียวยา ๕,๐๐๐ บาท	๖๓%	๔๙%	-
ยื่นขอเงินเยียวยาแต่ไม่ได้รับเงินด้วยเหตุต่างๆ	๒๕.๘%	๒๐.๒%	-

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นชี้ชัดว่าจำเป็นต้องออกแบบวิธีการ “โอบอุ้ม” ครอบครัวเปราะบางที่มีเด็กเล็กเพื่อลดความเสียหายต่อการพัฒนาศักยภาพประชากรรุ่นใหม่ของสังคมไทยเพราะเด็กปฐมวัย คือ โอกาสทองของการพัฒนาทุนมนุษย์ แนวทางใหม่ในการพัฒนาตาข่ายรองรับทางสังคม (social safety net) ควรได้รับความสำคัญในลำดับต้นๆ ของกระบวนการออกแบบนโยบายเพราะเด็กกลุ่มนี้ คือ ประชากรรุ่นที่จะต้องรับผิดชอบต่อระบบเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในอีก ๑๐ - ๑๕ ปีข้างหน้า

ทั้งนี้ แผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว ในช่วงดำเนินงานตามแผนหลัก ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ ได้สนับสนุนโครงการต่างๆ เพื่อมุ่งส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนมีสุขภาพที่ดี มีพัฒนาการที่เหมาะสมตามช่วงวัย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญา และสังคม รวมทั้งส่งเสริมความอบอุ่นเข้มแข็งของครอบครัวให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ ชุมชนเกิดความตื่นตัวและเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลเด็กและครอบครัว ตลอดจนสนับสนุนให้เด็กและเยาวชนกลุ่มที่อยู่ในภาวะเปราะบางได้รับโอกาสในการพัฒนาศักยภาพ เข้าถึงสิทธิและสวัสดิการสังคมในงบประมาณ ๒๕๖๔ แผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว จะต่อยอดจากฐานทุนในการดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อมุ่งลดผลกระทบจากสถานการณ์โรคโควิด-๑๙ ต่อสุขภาพเด็กและครอบครัวในกลุ่มเปราะบางโดยคำนึงถึงกระบวนการพัฒนาระยะยาวเมื่อสถานการณ์โรคโควิด-๑๙ ทุเลาลง

จุดเน้นของแผน

แผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว พัฒนาแผนการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ภายใต้กรอบนโยบาย แนวทางการจัดทำแผนการดำเนินงาน ข้อเสนอระเบียบวาระกลาง และกรอบวงเงินงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่ได้รับอนุมัติโดยคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายผ่านการสำรวจสถานการณ์ผลกระทบของวิกฤตโควิด-๑๙ ต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัวในพื้นที่ปฏิบัติการ ตลอดจนฐานทุนการทำงานและทิศทางของแผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัวในระยะต่อไปตามคำแนะนำเบื้องต้นของคณะทำงานประเมินผลลัพธ์ของแผนภายใต้แผนหลัก สสส. (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) โดยมีจุดเน้นสำหรับการดำเนินงานในงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ คือ **ให้ความสำคัญแก่กลุ่มประชากรเด็กปฐมวัยและครอบครัวในภาวะเปราะบางที่ได้รับผลกระทบจากวิกฤตโรคระบาดโควิด-๑๙**

และกลุ่มเด็ก เยาวชน และครอบครัวในภาวะเปราะบางเพื่อหนุนเสริมให้สามารถฟื้นฟูคืนสู่ภาวะปกติโดยเร็ว โดยสนับสนุนนวัตกรรมการทำงานและการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการทำงาน ทั้งนี้ การออกแบบแผนดำเนินงานมีความสอดคล้องกับทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะสิบปีของ สสส. เพื่อบูรณาการการทำงานและมุ่งเน้นความเป็นธรรมทางสุขภาพ ตลอดจนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ประชากรเด็กและเยาวชนตามเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs) และจะมีบทบาทมุ่งเน้นตอบสนองต่อการขับเคลื่อนทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี ของ สสส. ในประเด็นการเพิ่มสัดส่วนครอบครัวอบอุ่นเข้มแข็ง

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสนับสนุนภาคีเครือข่ายให้ดำเนินการสร้างเสริมความรู้และทักษะในการเลี้ยงดูเด็กทุกช่วงวัย แก่ ครอบครัวควบคู่กับการสร้างเสริมสัมพันธภาพของครอบครัวทั้งในระดับชุมชนและในสังคมวงกว้าง
๒. เพื่อสนับสนุนภาคีเครือข่ายให้ดำเนินการจัดประสบการณ์การเรียนรู้สำหรับเด็กและเยาวชนเพื่อเพิ่มทักษะชีวิต ทักษะสุขภาพ และส่งเสริมสุขภาวะองค์รวม
๓. เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายที่เอื้อต่อการสร้างเสริมพัฒนาการและสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัวโดยการจัดการความรู้ การสื่อสารสาธารณะและการสานพลังภาคีเครือข่าย เพื่อผลักดันข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
๔. เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายเพื่อสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

ตัวชี้วัดหลัก^{๑๑๔}

๑. ครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐^{๑๑๐}
๒. พ่อแม่/ผู้ดูแลเด็ก/ครู/นักพัฒนาเด็กและเยาวชน มีความรู้เรื่องการเลี้ยงดู และการพัฒนาเด็กเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐
๓. เด็กปฐมวัย (๐ - ๖ ปี) มีพัฒนาการที่ดีขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐^{๑๑๑}

^{๑๑๔} วัดผลจากกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ภายใต้การดำเนินงานของแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว

^{๑๑๐} ในเอกสาร “ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี” ของ สสส. กำหนดว่าต้องเพิ่มสัดส่วนครอบครัวอบอุ่น โดยอ้างอิงดัชนีครอบครัวอบอุ่นที่ร่วมพัฒนา กับสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ซึ่งมีการจัดทำค่าดัชนีครอบครัวอบอุ่นครั้งสุดท้ายในปี ๒๕๕๔ และปัจจุบัน สศช. ได้ยุติการใช้ดัชนีครอบครัวอบอุ่นและใช้ดัชนีความก้าวหน้าของคน (HAI) ในหัวข้อด้านชีวิตครอบครัวและชุมชนแทน แต่เนื่องจาก สสส. ยังคงดำเนินงานภายใต้เป้าหมาย “เพิ่มสัดส่วนครอบครัวอบอุ่น” ซึ่งปี ๒๕๖๔ เป็นปีสุดท้ายของการดำเนินงาน แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัวจึงยังคงยึดเป้าหมาย “เพิ่มสัดส่วนครอบครัวอบอุ่น” แต่จะเจาะจงเฉพาะองค์ประกอบที่ ๑ ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อช่วยอุดช่องว่างจากผลการสำรวจประจำปีของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ที่ระบุว่าประเด็นสัมพันธภาพเป็นประเด็นที่มีค่าคะแนนต่ำที่สุดต่อเนื่องหลายปี

^{๑๑๑} วัดด้วยเครื่องมือ DSPM



๔. เด็กวัยเรียนและวัยรุ่น (๖ - ๑๙ ปี) มีกิจกรรมทางกาย^{๑๒๒} เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐
๕. นโยบายที่มุ่งสร้างปัจจัยเอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาการของเด็กปฐมวัยได้รับการผลักดันสู่กลไกกำหนดนโยบายระดับชาติอย่างน้อย ๑ นโยบาย

ตัวชี้วัดร่วม

พื้นที่เรียนรู้ในการพัฒนาศักยภาพพ่อแม่ผู้ปกครอง เพื่อการเลี้ยงดูเด็กให้มีทักษะแห่งศตวรรษที่ ๒๑ โดยนำไปใช้ในองค์กรสุขภาพอย่างน้อย ๒ แห่ง (แผนสุขภาพเด็ก เยาวชนและครอบครัว ร่วมกับแผนสุขภาพในองค์กร)

ตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

๑. โรงเรียนสุขภาพอย่างน้อย ๑๐๐ โรงเรียน นำใช้ข้อมูลเพื่อสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพและชีวิตวิถีใหม่ของ สสส.

แนวทางการดำเนินงาน



^{๑๒๒} กิจกรรมทางกาย (Physical Activity) หมายถึง การเคลื่อนไหวของร่างกายโดยกล้ามเนื้อโครงร่าง (skeletal muscles) ที่ทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานที่ส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งรวมอยู่ในรูปแบบกิจกรรม ๓ ประเภท ได้แก่ ๑) กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวกับการทำงาน ๒) กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวข้องกับการเดินทาง ๓) กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวข้องกับการนันทนาการและกีฬา (คู่มือนิยามศัพท์ของ สสส.)

แผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว ดำเนินงานโดยมุ่งเน้นการพัฒนาเด็กทุกช่วงวัยอย่างเป็นองค์รวม เพื่อสร้างฐานทุนสุขภาพ ทักษะการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาวะ และเกิดศักยภาพในการพัฒนาต่อยอดเป็นทุนมนุษย์ ที่สำคัญของสังคม โดยความร่วมมือของพ่อแม่และผู้ดูแลเด็กทุกฝ่าย โดยมีองค์ประกอบการทำงาน ๕ ด้าน ได้แก่

๑. การเผยแพร่และนำใช้ชุดความรู้เพื่อการพัฒนาสุขภาวะและทักษะชีวิต^{๑๓๓} ของเด็กทุกช่วงวัย อาทิ หลักจิตวิทยาเด็ก หลักการเรียนรู้บนฐานการพัฒนาสมอง หลักการสร้างเสริมกระบวนการทำงานขั้นสูงของสมองส่วนหน้า ทักษะในศตวรรษที่ ๒๑
๒. การพัฒนาพื้นที่นำร่องเพื่อส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาวะเด็กโดยให้ความสำคัญแก่ระบบนิเวศในการเลี้ยงดูเด็ก^{๑๓๔} เน้นการทำงานร่วมกันระหว่างครอบครัวและภาคส่วนต่างๆ ในระดับชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเด็กทุกช่วงวัย อาทิ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย สถานศึกษา หน่วยงานสาธารณสุข กลุ่มทางสังคม องค์กรชุมชน ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม โดยมีมาตรการที่จำเพาะและละเอียดอ่อนต่อกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในภาวะยากลำบาก/มีความเปราะบาง เช่น เด็กในครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว ครอบครัวข้ามรุ่น ครอบครัวยากจน เป็นต้น
๓. การพัฒนาพื้นที่การเรียนรู้สำหรับเด็ก เยาวชน และครอบครัวในระดับชุมชน เพื่อจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เหมาะสมต่อพัฒนาการของเด็กแต่ละช่วงวัย เน้นสร้างความสุข กระตุ้นให้เกิดทักษะชีวิต ทักษะสุขภาพ ตลอดจนเผยแพร่ความรู้และสื่อส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนสำหรับผู้ใหญ่ในครอบครัวและชุมชน
๔. การพัฒนาระบบนิเวศการเรียนรู้ที่เชื่อมโยงพื้นที่การเรียนรู้ทั้งออนไลน์ ออนแอร์ และออนกราวนด์ (Online-On Air-On Ground) ทำหน้าที่สร้างเสริมความรู้และทักษะการเลี้ยงดูพ่อแม่เด็กและเยาวชนให้แก่พ่อแม่ ผู้ดูแลเด็ก ครู นักพัฒนาเด็กและเยาวชน เพื่อให้ประชาชนวงกว้างเข้าถึงการเรียนรู้ได้โดยง่าย
๕. การสร้างความร่วมมือกับภาคยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จะมุ่งเน้นการสนับสนุนการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. ๒๕๖๒ และนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับเด็ก เยาวชน และครอบครัวกลุ่มเปราะบางที่ได้รับผลกระทบอย่างหนักจากสถานการณ์โรคโควิด-๑๙

แผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว ดำเนินงานตามกรอบแนวคิดข้างต้นผ่านแผนงานหลัก ๓ แผนงาน และแผนงานสนับสนุน ๑ แผนงาน มีรายละเอียดแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

แผนงานสุขภาพเด็ก ครอบคลุมกลุ่มเด็กปฐมวัย เด็กวัยเรียนและวัยรุ่น มีแนวทางดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ดังนี้

^{๑๓๓} องค์การอนามัยโลกกำหนดองค์ประกอบสำคัญของทักษะชีวิต ๑๐ ประการ ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการคิดสร้างสรรค์ ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทักษะการตระหนักรู้ในตน ทักษะการเข้าใจผู้อื่น ทักษะการจัดการกับอารมณ์ ทักษะการจัดการกับความเครียด ซึ่งนอกจากจะช่วยให้เด็กเติบโตอย่างมีภูมิคุ้มกันในตัวที่เหมาะสมต่อการใช้ชีวิตในโลกยุคใหม่แล้ว ทักษะชีวิตเหล่านี้ยังช่วยลดโอกาสการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคตได้ด้วย

^{๑๓๔} ระบบนิเวศในการเลี้ยงดูเด็ก (Child's Ecological System) หมายถึง สภาพแวดล้อมการเลี้ยงดูและการป้อนคุณค่าของเด็ก ประกอบด้วย บ้าน โรงเรียน และที่อื่นๆ ที่ไม่ใช่บ้านและโรงเรียน หรือเรียกว่าพื้นที่แห่งที่สาม ซึ่งแบ่งออกเป็นพื้นที่จริง และพื้นที่เสมือน (โครงการวิจัยชุมชนนิเวศของประชากรเจนเอเรชันซี-แอลฟาในประเทศไทย โดย ภูเบศร์ สมุทรจักรและคณะ, ๒๕๖๓)



๑. สนับสนุนให้สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยจัดสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขอนามัยที่ดี เช่น การจัดอุปกรณ์ล้างมือ การวัดไข้ครู บุคลากรและนักเรียนทุกคน การจัดสถานที่ที่รักษาระยะห่างทางสังคม การฆ่าเชื้อทำความสะอาดหนังสือ ของเล่นของใช้ การให้เด็กและบุคลากรที่มีอาการไม่สบายหยุดอยู่ที่บ้าน เพื่อลดการสัมผัสใกล้ชิด รวมถึงการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้เด็กสามารถดูแลสุขภาพส่วนตัวมากขึ้น รวมถึงการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
๒. สนับสนุนให้ครอบครัวมีขีดความสามารถในการเสริมสร้างการเรียนรู้ให้เด็กที่บ้าน เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้สมวัยทั้งร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา โดยส่งเสริมความร่วมมือระหว่างบ้านและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย
๓. หนุนเสริมความเข้มแข็งของพื้นที่นำร่องที่มีการจัดกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง
๔. สนับสนุนการผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กเล็กแบบถ้วนหน้า^{๑๑๔}
๕. สนับสนุนการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยเน้นการเชื่อมโยงและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
๖. สนับสนุนการพัฒนาสถานศึกษาภายใต้กรอบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพนักเรียนในสถานศึกษาขององค์การอนามัยโลก โดยนำใช้แนวทางการพัฒนาทั้งระบบ (Whole System Approach) ที่เชื่อมทั้งระบบการศึกษา ระบบสุขภาพ และครอบครัว/ชุมชน
๗. ส่งเสริมและพัฒนาพื้นที่การเรียนรู้ในระดับชุมชน (Community Learning Space) ให้เป็นแหล่งสนับสนุนครอบครัวเพื่อการเลี้ยงดูและสร้างการเรียนรู้แก่เด็กโดยมุ่งเน้นทักษะในศตวรรษที่ ๒๑
๘. พัฒนาชุดความรู้ สื่อ ชุดการเรียนรู้ สำหรับกลุ่มเด็กที่มีฐานะยากจน หรือเด็กที่อยู่ในภาวะยากลำบาก เข้าไม่ถึงประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีคุณภาพ เน้นการนำใช้ชุดความรู้ที่ได้รับการพัฒนาไว้แล้ว อาทิ การพัฒนาทักษะสมองส่วนหน้า (Executive Function) หนังสือนิทานอ่านตามระดับ (leveled book) ชุดการเรียนรู้เรื่องการมีกิจกรรมทางกาย การกินผักผลไม้ การดูแลสุขภาพช่องปาก การดูแลสุขภาพให้ห่างไกลเชื้อไวรัสโคโรนา-๑๙ เป็นต้น
๙. พัฒนาระบบนิเวศการเรียนรู้เพื่อหนุนเสริมพ่อแม่ผู้ปกครอง/ครูให้สามารถสร้างกระบวนการเรียนรู้ที่ส่งเสริมพัฒนาการ ทักษะการเรียนรู้ ทักษะชีวิต และทักษะสุขภาพให้กับเด็กทุกช่วงวัย
๑๐. ประสานความร่วมมือและบูรณาการงานร่วมกับแผนต่างๆ ของ สสส. เพื่อส่งเสริมสุขภาวะและลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย วัยเรียน และวัยรุ่น

แผนงานสุขภาวะครอบครัว มุ่งเน้นให้ครอบครัวเป็นพื้นที่ของการสร้างสุขภาวะสำหรับเด็กทุกช่วงวัยโดยการสนับสนุนของชุมชนและสถานประกอบการในฐานะนายจ้างของคนวัยแรงงานซึ่งเป็นกำลังหลักของครอบครัว

๑. พัฒนาต่อยอดเครือข่ายสถานประกอบการที่มีนโยบายเป็นมิตรต่อครอบครัว (Family-friendly policy/workplace) และสานพลังความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องในระดับนโยบาย

^{๑๑๔} ข้อเสนอเชิงนโยบายจากผลการประเมินนโยบายเงินอุดหนุนเด็กเล็ก โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยร่วมกับ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สสส. และองค์การยูนิเซฟ



๒. พัฒนาและนำใช้ชุดความรู้และสื่อการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างศักยภาพพ่อแม่ผู้ปกครองในการจัดกิจกรรมและส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามช่วงวัย รวมถึงการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมต่างๆ ทั้งในภาวะปกติและภาวะการระบาดของโรคโควิด-๑๙
๓. เสริมศักยภาพกลไกในระดับชุมชนเพื่อหนุนเสริมการทำงานของท้องถิ่น/กลไกภาครัฐในระดับปฐมภูมิ โดยการบูรณาการการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนเพื่อส่งเสริมสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัวแบบมีส่วนร่วม
๔. พัฒนาต่อเนื่องเพื่อให้เกิดพื้นที่ต้นแบบที่มีการดำเนินงานคุ้มครองและส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวเปราะบาง เช่น ครอบครัวพ่อแม่วัยรุ่น ครอบครัวข้ามรุ่นที่ต้องดูแลเด็กเล็กและวัยรุ่น ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว ครอบครัวที่เด็กอยู่กับเครือญาติ รวมถึงพื้นที่เปราะบาง เช่น ชุมชนคนจนเมือง ชุมชนชายแดนที่ขาดโอกาสในการพัฒนา
๕. พัฒนาเครื่องมือวัดผลลัพธ์ตามทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ระยะสิบปี สสส. ในประเด็นครอบครัวอบอุ่นเข้มแข็งที่ใช้งานง่ายและเชื่อถือได้ เพื่อให้เป็นเครื่องมือประเมินตนเองของบุคคลในครอบครัว
๖. พัฒนาโมเดลงานเพื่อช่วยแก้ปัญหาของครอบครัวเปราะบางที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-๑๙ โดยขยายผลจากระบบฐานข้อมูลที่เริ่มพัฒนาไว้แล้วให้เชื่อมโยงจับคู่ความต้องการของครอบครัวเปราะบางกับความช่วยเหลือจากสาธารณะ/ภาคส่วนต่างๆ มุ่งเน้นเรื่องปัจจัยการดำรงชีวิต การป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาวะ การพัฒนาการเรียนรู้ของเด็ก และการส่งเสริมทักษะการทำงาน ตลอดจนการมีงานทำ/มีรายได้ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนเฉพาะหน้าและหนุนเสริมความเข้มแข็งในระยะยาวของครอบครัวเปราะบาง

แผนงานศักยภาพเยาวชน มุ่งเน้นการให้โอกาสในการเรียนรู้และลงมือปฏิบัติเพื่อให้เยาวชนสามารถพัฒนาเป้าหมายชีวิตและพัฒนาทักษะรอบด้านเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ตลอดจนได้ใช้ความสามารถให้เป็นประโยชน์ต่อชุมชนและสังคม ก่อให้เกิดคุณค่าในตนเองและมีความภาคภูมิใจในตนเอง

๑. พัฒนาต่อเนื่องในพื้นที่ต้นแบบทั้งระดับตำบลและอำเภอที่มีกลไกด้านเด็กและเยาวชน โดยมุ่งเน้นเด็กและเยาวชนที่มีภาวะเปราะบาง และดูแลให้สามารถเข้าถึงสิทธิ สวัสดิการ และความช่วยเหลือที่เหมาะสม ตลอดจนพัฒนาศักยภาพกลุ่มเด็กและเยาวชนเพื่อสร้างคุณค่าในตนเอง
๒. สนับสนุนการพัฒนาความเข้มแข็งของหน่วยปมเพาะด้านการพัฒนาศักยภาพเยาวชนคนรุ่นใหม่เพื่อให้มีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์นวัตกรรมเพื่อสังคม และต่อยอดให้เป็นระบบนิเวศการเรียนรู้สำหรับภาคที่มีภารกิจด้านการพัฒนาศักยภาพเยาวชน
๓. สนับสนุนการขยายผลแนวทางการพัฒนาศักยภาพเยาวชนและลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพร่วมกับแผนต่างๆ ของ สสส.
๔. ต่อยอดทุนเดิมของการสนับสนุนการดำเนินงานแนวเสริมพลังเด็กและเยาวชนในกระบวนการยุติธรรม โดยประสานพลังภาคีเครือข่ายด้านนโยบาย วิชาการ และปฏิบัติการ ค้นหาช่องว่างและโอกาสของการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่ได้ผลดียิ่งขึ้น



แผนงานสนับสนุนความรู้ การสื่อสาร การพัฒนาศักยภาพ

๑. พัฒนาและนำใช้แนวทาง/หลักสูตร/สื่อ/เครื่องมือทำงาน (toolkit) เพื่อยกระดับความรู้และทักษะการเลี้ยงดูเด็กในศตวรรษที่ ๒๑ สำหรับผู้ทำงานสร้างเสริมสุขภาวะเด็กและครอบครัวในระดับชุมชน/พ่อแม่/ผู้ดูแลเด็ก/ครู
๒. พัฒนาชุดความรู้/นวัตกรรมในการสร้างเสริมสุขภาวะสำหรับกลุ่มเฉพาะ เช่น กลุ่มเด็กและเยาวชนกลุ่มเปราะบาง ครอบครัวในลักษณะต่างๆ เด็ก เยาวชนและครอบครัวในพื้นที่พิเศษและพื้นที่เฉพาะ
๓. ต่อยอดการพัฒนาแนวทางส่งเสริมศักยภาพครู/ผู้ดูแลเด็กด้วยศิลปะสร้างสรรค์สุนทรียะและสุขภาวะทางปัญญาเพื่อให้เกิดระบบนิเวศการเรียนรู้ที่ครบวงจรและสามารถสนับสนุนการขยายผลในอนาคต
๔. สนับสนุนการสำรวจสถานการณ์เกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กรุ่นใหม่อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมิติของผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-๑๙ ตลอดจนผลักดันให้เกิดการนำใช้ข้อมูลจากงานสำรวจ/วิจัยด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัวในการวางแผนนโยบายและแผนปฏิบัติการของหน่วยงานต่างๆ
๕. สื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจใหม่เกี่ยวกับการพัฒนาเด็ก เยาวชน และครอบครัวในโลกยุคใหม่ และเพื่อหนุนเสริมการผลักดันนโยบายที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว
๖. พัฒนาศักยภาพภาคีและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนทิศทางแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว



งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. แผนงานสุขภาวะเด็ก	๗๖
๒. แผนงานสุขภาวะครอบครัว	๔๑
๓. แผนงานศักยภาพเยาวชน	๑๒
๔. กลุ่มแผนงานสนับสนุนความรู้ การสื่อสาร การพัฒนาศักยภาพ	๒๔
๕. การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	๒
รวม	๑๖๐

แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร



สถานการณ์และแนวโน้ม

สถานการณ์สุขภาพของคนวัยทำงาน ข้อมูลของประเทศไทยผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ณ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า จำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป มีประมาณ ๕๖.๗ ล้านคน โดยเป็นผู้ที่อยู่ในกำลังแรงงานหรือผู้ที่พร้อมที่จะทำงานประมาณ ๓๘.๒ ล้านคน ประกอบด้วย ผู้มีงานทำ ๓๗.๖ ล้านคน ผู้ว่างงาน ๐.๖ ล้านคน และผู้ที่รอฤดูกาล ๐.๕ ล้านคน ทั้งนี้ ผู้มีงานทำ ๓๗.๖ ล้านคน ประกอบด้วย ผู้ทำงานในภาคเกษตรกรรม ๑๒.๗ ล้านคน ภาคการผลิต ๖.๑ ล้านคน และภาคบริการและการค้า ๑๘.๘ ล้านคน มีประชากร วัยทำงานที่อยู่ในระบบประกันสังคมภาคบังคับของสำนักงานประกันสังคม รวมทั้งสิ้น ๑๑,๖๘๖,๓๙๓ คน จากจำนวนสถานประกอบการทุกขนาดทั้งสิ้น ๔๘๓,๙๒๔ แห่ง ณ เดือนธันวาคม ๒๕๖๒ และส่วนมากใช้เวลาอยู่ในที่ทำงานประมาณวันละ ๘ - ๙ ชั่วโมง ซึ่งจะเห็นได้ว่าประชากรวัยทำงาน (อายุ ๑๕ - ๕๙ ปี) เป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศและเป็นกลุ่มที่ต้องทำหน้าที่ดูแลวัยสูงอายุ เด็ก และผู้พิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศไทยกำลังอยู่ในภาวะที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยมีผู้สูงอายุจำนวน ๑๑.๑ ล้านคน ณ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๖๑ ของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ประมาณการว่าในปี ๒๕๘๑ ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป สูงถึง ๒๑ ล้านคน การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตนั้น จะก่อให้เกิดปรากฏการณ์สำคัญที่มีผลต่อสังคมไทยอย่างมากนั่นคือ การมีผู้สูงอายุมากกว่าเด็ก ปรากฏการณ์นี้เกิดขึ้นจากจำนวนเด็กที่ลดลงในขณะที่ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อีกประมาณ ๑๕ ปีข้างหน้า จำนวนเด็กจะพอๆ กับผู้สูงอายุ และหลังจากนั้น จะเกิดปรากฏการณ์มีผู้สูงอายุมากกว่าเด็ก

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าว ประชากรวัยทำงานซึ่งถือเป็นวัยที่เป็นกำลังหลักสำคัญในการพัฒนาประเทศและดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจึงต้องรับภาระหนักมากยิ่งขึ้น แต่ในปัจจุบันกลับพบว่า ประชากรวัยทำงานกลับเป็นวัยที่กำลังประสบปัญหาสุขภาพสำคัญหลายอย่าง ดังเช่นจากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย 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/ลางาน การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร



“ศูนย์วิจัยความสุขคนทำงานแห่งประเทศไทย” สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ดำเนินการสำรวจความสุขคนทำงาน (ในองค์กร) ประจำปี ๒๕๖๑ โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตและความสุขคนทำงาน “HAPPINOMETER” จัดเก็บข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต และความสุขของประชากร โดยเฉพาะวัยแรงงาน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนและพัฒนาเศรษฐกิจ เพื่อเป็นประโยชน์ในการกำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและความสุขให้แก่คนทำงานทุกระดับและทุกภาคส่วนได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง 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 สุขภาพเงินดี (Happy Money) รวมถึงได้เพิ่มองค์ประกอบขึ้นอีก ๑ มิติ คือ การงานดี (Happy Work life) ซึ่งเป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับบริบทขององค์กร การทำงานและความพึงพอใจของคนทำงานที่มีต่อองค์กร

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

และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขคนทำงานในองค์กรระดับประเทศ 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

นอกจากนี้เมื่อจำแนกตามสถานภาพการทำงานพบว่า “ลูกจ้างรัฐบาล” (๖๕.๕๔ คะแนน) มีคะแนนความสุขสูงกว่า “ลูกจ้างเอกชน” (๕๖.๐๗ คะแนน)

ผลสำรวจความสุขคนทำงานในองค์กรประจำปี ๒๕๖๑ ในภาพรวมระดับประเทศ คนทำงานส่วนใหญ่มีความสุขเกินครึ่ง สะท้อนให้เห็นว่า นายจ้างมีขีดความสามารถดูแลลูกจ้างให้มีความสุขและใช้ชีวิตในที่ทำงานอย่างมีความสุข เมื่อลองลึกในรายละเอียดพบว่า คนทำงานที่มีความสุขส่วนใหญ่จะมีพื้นฐานครอบครัวที่ดีและอบอุ่น และการได้คะแนนในมิติใฝ่รู้ติน้อย อาจเป็นไปได้ว่า ธุรกิจส่วนใหญ่กำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงแบบพลิกผัน ทำให้คนทำงานไม่สามารถปรับตัวได้ทัน การพัฒนาคนให้มีศักยภาพ ก้าวทันการเปลี่ยนแปลงไปกับองค์กร

สถานการณ์สุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ หลังจากมีการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ ก็เกิดการขับเคลื่อนร่วมกันโดยภาคีหลายภาคส่วนต่างๆ ตามแนวทางธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติมากขึ้น ทั้งหน่วยงานด้านสาธารณสุข เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับหน่วยงานที่ดูแลองค์กรพระพุทธศาสนา เช่น สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ กรมการศาสนา ตลอดจนมหาวิทยาลัยสงฆ์มีการทำงานเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์มากขึ้น อย่างไรก็ตาม สถานการณ์สุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ก็ยังมีประเด็นสุขภาพที่ยังจำเป็นต้องติดตามต่อเนื่อง จากข้อมูลของอนุกรรมการวัดส่งเสริมสุขภาพและพระคิลานุปัฏฐาก นำเสนอโดยกองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขเมื่อวันที่ ๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๓ เรื่องผลการคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ ณ วันที่ ๓๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ พบว่า ในภาพรวมยังมีพระสงฆ์ถึงร้อยละ ๔๑ ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย โดยเฉพาะพระภิกษุสงฆ์ที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป มีเป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยมากถึงร้อยละ ๕๕ โดยปัญหาสุขภาพพระสงฆ์และสามเณรที่อาพาธมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน โดยสาเหตุของการเกิดโรคส่วนใหญ่มาจากการบริโภคไม่ถูกหลักโภชนาการ อีกทั้งพระสงฆ์ไม่สามารถเลือกฉันอาหารเองได้ ต้องฉันอาหารตามที่ฆราวาสใส่บาตร หรือนำอาหารมาถวาย ประกอบกับสถานภาพของพระภิกษุไม่เอื้อต่อการออกกำลังกายได้อย่างประชาชนทั่วไป เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ

แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาสุขภาพตามแนวพระพุทธศาสนา โดยร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ตลอดจนหน่วยงานสถาบันการศึกษา สนับสนุนการทำงานเพื่อร่วมปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนาของมหาเถรสมาคมอันเป็นองค์กรสูงสุดที่ปกครองคณะสงฆ์ สร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มองค์กรพระพุทธศาสนาแบบบูรณาการและพัฒนาสุขภาพตามแนวพระพุทธศาสนา สุขุมชน อาทิ การสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับองค์กรพระพุทธศาสนา สร้างสุขภาพะทางกายผ่านการสื่อสารด้านโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์ พัฒนาหน่วยอบรมประจำตำบลของคณะสงฆ์เพื่อให้เป็นแกนนำพระสงฆ์เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

ด้วยความตระหนักว่า พระสงฆ์เป็น “ทุนทางสังคม” ที่สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพองค์รวมของคนในสังคม และพัฒนาวัดสู่การเป็นพื้นที่สาธารณะที่สามารถพัฒนาให้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้สุขภาพได้

สถานการณ์คุณภาพชีวิตกลุ่มองค์กรข้าราชการพลเรือน จากการสำรวจด้วยแบบประเมินองค์กรสุขภาพ (Healthy Organization Assessment : HOA) ประจำปี ๒๕๖๒ พบว่า

- ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) - ร้อยละ ๕๗.๐ ของบุคลากรภาครัฐ มีภาวะน้ำหนักเกินจนถึงภาวะเสี่ยงเป็นโรค
- การตรวจสุขภาพประจำปี - ร้อยละ ๖๕.๑ ของบุคลากรภาครัฐ ได้เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี



- โรคประจำตัว - ร้อยละ ๓๗.๗ ของบุคลากรภาครัฐมีโรคประจำตัว ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมทางสุขภาพ ได้แก่ ร้อยละ ๓๕.๒ ของบุคลากรภาครัฐมีการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ผัด ทอด ใส่กะทิ เบเกอรี่ บ่อยครั้งถึงทุกวัน ร้อยละ ๒๗.๒ ของบุคลากรภาครัฐมีการบริโภคอาหารที่มีรสจัด เช่น เค็มจัดเปรี้ยวจัด หวานจัด เผ็ดจัด บ่อยครั้งถึงทุกวัน
- การออกกำลังกายที่ใช้เวลาแต่ละครั้งมากกว่า ๓๐ นาทีขึ้นไป - ร้อยละ ๒๑.๐ ของบุคลากรภาครัฐมีการออกกำลังกายที่ใช้เวลาแต่ละครั้งมากกว่า ๓๐ นาทีขึ้นไป บ่อยครั้งถึงทุกวัน
- การทำงานเฉลี่ยเกินสัปดาห์ละ ๔๐ ชั่วโมง หรือเกินเวลาการทำงานปกติ - ร้อยละ ๒๗.๓ ของบุคลากรภาครัฐทำงานเกินเวลาปกติ เป็นประจำถึงทุกวัน
- การมีภาระหนี้สิน - ร้อยละ ๘๔.๕ ของบุคลากรภาครัฐมีภาระหนี้สิน โดยเป็นหนี้ ๑ ล้านบาท ขึ้นไป มีอยู่ร้อยละ ๕๔.๐
- การออมเงินเพื่อการเกษียณ (ไม่คำนึงถึงการออม) - ร้อยละ ๑๙.๑ ของบุคลากรภาครัฐไม่มีการออมเงินเพื่อการเกษียณ

ความหลากหลายของ Generation ในองค์กร

ในปัจจุบันโครงสร้างอายุและรุ่นประชากรในที่ทำงานมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ทำให้ **องค์กร** ในปัจจุบันตั้งอยู่บนความหลากหลายของพนักงาน (Diversity) โดยเฉพาะความหลากหลายในมิติของอายุ (Age) ซึ่งหากแบ่งตามช่วงอายุนั้น จะพบว่าในองค์กรหนึ่งจะประกอบไปด้วย

๑. Generation B (Baby Boomers Generation) คือ ผู้ที่เกิดในช่วง พ.ศ. ๒๔๘๙ - ๒๕๐๗ ลักษณะนิสัยจะเป็นคนจริงจัง เคร่งครัดเรื่องขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นเจ้าคนนายคน ชีวิตทุ่มเทให้กับการทำงาน มีความอดทนสูง ประหยัดอดออม

๒. Generation X คือ ผู้ที่เกิดในช่วง พ.ศ. ๒๕๐๘ - ๒๕๒๒ ลักษณะนิสัยชอบอะไรง่าย ๆ ไม่ต้องเป็นทางการ มีแนวคิดสร้างความสมดุลในเรื่องงานและครอบครัว คือ ทำงานตามหน้าที่ ไม่บ้างาน ไม่ทุ่มเท ทำทุกอย่างได้เพียงลำพัง ไม่พึ่งพาใคร เป็นตัวของตัวเองสูง มีความคิดเปิดกว้าง สร้างสรรค์

๓. Generation Y คือ ผู้ที่เกิดในช่วง พ.ศ. ๒๕๒๓ - ๒๕๔๐ คน มีลักษณะมักต้องการความชัดเจนในการทำงาน เช่น ต้องชัดเจนว่าสิ่งที่ทำมีผลต่อตนเองและต่อหน่วยงานอย่างไร คาดหวังที่จะมีเงินเดือนสูงๆ คาดหวังค่าชม แต่ไม่อดทนต่องานที่ทำ ชอบเปลี่ยนงานอยู่บ่อยๆ และ

๔. Generation Z คือคนที่เกิดหลัง พ.ศ. ๒๕๔๐ คนเจนนี้ติดโลกออนไลน์และรับข้อมูลข่าวสารมากมายอย่างรวดเร็ว ทันโลกและวิเคราะห์สถิติเรื่องต่างๆ เพื่อคาดการณ์อนาคตได้เร็ว ตัดสินใจทำอะไรอย่างรวดเร็ว ไม่ชอบรอคอย แต่ก็เป็นคนที่กลัวอนาคต จึงมักหาข้อมูลมาเปรียบเทียบและป้องกัน เช่น เรียนอะไรไม่ตงงาน อาชีพอะไรมั่นคง นอกจากนี้ ยังมีแนวโน้มว่าจะเลือกงานที่เงินดีมากกว่าที่ชอบจริงๆ

องค์กรที่ประกอบด้วยคนทั้ง ๔ Generations นี้ ควรมีการบริหารความหลากหลาย (Diversity Management) ของบุคลากรในองค์กร ซึ่งเป็นกลยุทธ์สำคัญที่จะทำให้องค์กรมีความได้เปรียบหรือเสียเปรียบในการแข่งขันที่ผู้บริหารองค์กรมีโอกาสจะเลยได้ ทั้งการเตรียมพร้อมวางแผนให้คนที่กำลังจะเกษียณ



สามารถใช้ชีวิตหลังเกษียณได้ มีการวางแผนในการจัดการทำงานร่วมกันระหว่างคนรุ่นเก่าและคนรุ่นใหม่ รวมทั้งการวางแผนรองรับคนรุ่นใหม่ที่จะมาเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร สิ่งเหล่านี้ได้กลายเป็นคำถามสำคัญที่จะสะท้อนอนาคตขององค์กร การบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ขององค์กร ๔ Generations ในประเทศไทย

สถานการณ์เศรษฐกิจในปัจจุบัน

ปัจจุบันเศรษฐกิจไทยอยู่ในภาวะชะลอตัว ซึ่งการชะลอตัวของเศรษฐกิจนี้มีปัจจัยสำคัญมาจาก ๑. การขยายตัวในเกณฑ์ที่ต่ำของเศรษฐกิจโลก ความไม่แน่นอนของทิศทางมาตรการกีดกันทางการค้า และการแข็งค่าของเงินบาท ๒. ความล่าช้าของกระบวนการงบประมาณ และ ๓. ผลกระทบจากปัญหาภัยแล้ง และปัจจัยชั่วคราว ในการผลิตสินค้าอุตสาหกรรมบางรายการ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้องค์กรธุรกิจหลายแห่งเริ่มปรับเปลี่ยนกลยุทธ์เพื่อรองรับอนาคตที่ไม่สามารถบอกได้ อย่างไรก็ตามปัจจัยที่สำคัญมากซึ่งผู้บริหารมักจะละเลย แต่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จและล้มเหลวขององค์กรธุรกิจ คือ เรื่องของวัฒนธรรมองค์กร ซึ่งจากกรณีศึกษาขององค์กรชั้นนำในโลกหลายแห่ง ที่ผ่านช่วงวิกฤตต่างๆ มาได้และกลับมาเติบโตได้ดีกว่าเดิมนั้น ต่างระบุเหมือนกันว่า วัฒนธรรมองค์กร เป็นเบื้องหลังที่สำคัญต่อความสำเร็จดังกล่าว และประเด็นสำคัญที่องค์กรเหล่านั้นต่างมุ่งเน้นเหมือนกันในวัฒนธรรมองค์กร คือ การให้ความสำคัญกับเรื่องของคน เมื่อเศรษฐกิจหรือผลประกอบการไม่ดี ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับเรื่องคน มักจะเป็นหนึ่งในค่าใช้จ่ายต้นๆ ที่องค์กรส่วนใหญ่จะตัดไปก่อน แต่ถ้าองค์กรที่มีวัฒนธรรมที่มุ่งเน้นและให้ความสำคัญกับคนนั้น ในช่วงที่ผลประกอบการไม่ดี องค์กรเหล่านั้นจะไม่ตัดลดค่าใช้จ่ายต่างๆ เกี่ยวกับคนลงไป แถมยังจะลงทุนเข้าไปในด้านคนเพิ่มมากขึ้น ทั้งเพื่อดึงดูดพนักงานที่มีความรู้ ความสามารถ อีกทั้งการลงทุนและให้ความสำคัญในด้านคน ในช่วงที่องค์กรต้องเผชิญความยากลำบากนั้น จะทำให้ได้ใจบุคลากร ซึ่งจะนำไปสู่ความผูกพันและภักดีกับองค์กรมากขึ้น ดังนั้น การที่ปัจจุบัน เศรษฐกิจอยู่ในภาวะชะลอตัว จึงเป็นทั้งวิกฤตในแง่ของการดำเนินธุรกิจ แต่ก็ก็เป็นโอกาสขององค์กรในการใช้ช่วงจังหวะนี้ เพื่อการพัฒนาบุคลากร โดยเฉพาะการพัฒนาทักษะทางด้านอารมณ์ (soft skill) เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมบุคลากรในการรับมือกับวิกฤตต่างๆ ที่จะเข้ามาให้สามารถจัดการให้ผ่านพ้นไปได้

สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-๑๙

ส่งผลกระทบต่อทั่วโลกเป็นวงกว้างในทุกด้าน ทั้งด้านมิติทางเศรษฐกิจ มิติทางด้านคุณภาพชีวิตและสุขภาพ สังคม และมิติทางด้านสังคม ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อประชาชนทั่วโลก ทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะประชากรวัยแรงงาน ดังนี้

๑. **ด้านเศรษฐกิจ** ได้ส่งผลกระทบต่อด้านการค้าและการลงทุนทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศ ส่งผลให้เศรษฐกิจทั่วโลกหยุดดำเนินการและระบบเศรษฐกิจไทยได้รับผลกระทบในเกือบทุกสาขาธุรกิจ โดยสามารถจัดลำดับความความรุนแรงของผลกระทบจากสูงไปต่ำ ดังนี้ **ธุรกิจภาคการท่องเที่ยวและบริการ การบันเทิง การขนส่ง การก่อสร้าง ภาคการเกษตร การบริการทั่วไปธุรกิจสาธูปโภค การบริการของรัฐและสาธารณสุข** เนื่องจากนโยบายการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโรคของรัฐ กำหนดให้ประชาชนงดการเดินทางเพื่อลดการแพร่ระบาดของเชื้อ มาตรการปิดประเทศ และกำหนดเวลาการเดินทางออกจากบ้านและไม่นอญญาติให้เดินทางข้ามจังหวัด โดยวิกฤตดังกล่าวเป็นความเสี่ยงต่อตลาดแรงงาน ซึ่งมีสัญญาณความอ่อนแอมาตั้งแต่ในช่วงก่อนหน้า โดยกลุ่มแรงงานที่มีความเสี่ยงสูง คือ **กลุ่มลูกจ้างชั่วคราว ผู้ประกอบอาชีพอิสระ และลูกจ้าง SMEs ซึ่งมีสัดส่วนมากถึง ๖๒% ของกำลังแรงงานไทย** และมีความอ่อนไหวสูงต่อสภาวะเศรษฐกิจ ดังนั้นจึงไม่สามารถปฏิเสธได้ว่า เศรษฐกิจโลกของเรากำลังเข้าสู่วิกฤตเศรษฐกิจ (Global Economic Crisis) ซึ่งมีที่มาจากวิกฤตสุขภาพ (Global Health Crisis) ซึ่งส่งผลดังนี้



การจ้างงานลดลงส่งผลให้การว่างงานเพิ่มสูงขึ้น ได้มีการประเมินจำนวนผู้ว่างงานจะเพิ่มขึ้นสูงถึงราว ๓ - ๕ ล้านคน ซึ่งจะคิดเป็นอัตราการว่างงานประมาณ ๘ - ๑๓% ของกำลังแรงงานรวมปัจจุบัน โดยจะสูงกว่าสถิติอัตราการว่างงานสูงสุดเดิมที่ ๕.๙% ในปี ๒๕๓๐ ทิ้งห่างอัตราการว่างงานในวิกฤตต้มยำกุ้งที่ ๓.๔% ในปี ๒๕๔๑ และในวิกฤตการเงินโลกปี ๒๕๕๑ - ๒๕๕๒ ที่ ๑.๕% ในปี ๒๕๕๒

ภาคอุตสาหกรรมการผลิตประสบปัญหาการชะงักงันในการผลิต โดยเฉพาะภาคอุตสาหกรรมที่จะต้องพึ่งพาการนำเข้าจากประเทศจีน ซึ่งได้รับฉายาว่าเป็นโรงงานการผลิตของโลก เมื่อภาคอุตสาหกรรมในประเทศจีนจำเป็นต้องหยุดการผลิตในโรงงานแล้ว ย่อมกระทบกับยอดการผลิตและการส่งออกจากภาคอุตสาหกรรมทั่วโลก โดยเฉพาะกับประเทศกำลังพัฒนาอย่างประเทศไทยที่ระบบเศรษฐกิจจำเป็นต้องพึ่งพาการค้าระหว่างประเทศเป็นสำคัญ

- **การสูญเสียรายได้-ตงานของแรงงาน** จะนำไปสู่ความเดือดร้อนของครัวเรือนจำนวนมากจากกันชนทางการเงินที่มีไม่มาก จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ปี ๒๕๖๒ พบว่า ครัวเรือนไทยที่พึ่งพารายได้จากการทำงานเป็นลูกจ้างอย่างเดียวมีจำนวน ๗.๙ ล้านครัวเรือน หรือคิดเป็นประมาณ ๓๖.๒% ของจำนวนครัวเรือนทั้งหมด ซึ่งในกลุ่มนี้มีจำนวนถึง ๕.๒ ล้านครัวเรือน หรือคิดเป็น ๖๕.๕% ของครัวเรือนกลุ่มดังกล่าวที่มีมูลค่าสินทรัพย์ทางการเงินครอบคลุมรายจ่ายได้ไม่เกิน ๓ เดือน และหากเป็นครัวเรือนที่ได้รับค่าจ้างน้อยกว่า ๓ หมื่นบาทต่อเดือน จะมีครัวเรือนจำนวนถึง ๔.๓ ล้านจากทั้งหมด ๕.๘ ล้านครัวเรือน หรือคิดเป็นสัดส่วนถึง ๗๒.๙% ที่มีสินทรัพย์ทางการเงินไม่เพียงพอสำหรับการใช้จ่าย ๓ เดือน ซึ่งจะส่งผลให้ครัวเรือนเหล่านี้จะต้องปรับตัวโดยการลดการบริโภคลงอย่างมาก ตลอดจนขายหรือจำนองสินทรัพย์ที่มี ไปจนถึงการก่อหนี้เพื่อนำมาใช้จ่ายอันจะเป็นการสร้างความเสี่ยงบางเพิ่มเติมในระยะต่อไป

๒. ด้านคุณภาพชีวิตและสุขภาพ ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตได้ป่วยและการเสียชีวิต (Direct Costs from Sickness and Mortality) ผลกระทบทางตรง (Direct Effects) ของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ จะต้องเริ่มจากผลกระทบด้านสุขภาพเป็นอย่างแรก ซึ่งผลกระทบนี้จะเริ่มตั้งแต่ การที่มีผู้เจ็บป่วยจากการติดเชื้อจำนวนมาก อันนำมาสู่ค่าใช้จ่ายในการรักษา และร้ายที่สุดก็คือการเสียชีวิต ซึ่งการที่มีผู้เจ็บป่วยเป็นจำนวนมากนี้เองย่อมกระทบไปถึงข้อจำกัดในการจัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุขของประเทศ ทั้งทางด้านกำลังคนงบประมาณ สถานที่ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ ที่หลายประเทศต้องประสบปัญหาข้อจำกัดในด้านนี้ และด้วยข้อจำกัดนี้เองจึงส่งผลทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะกับคนจนที่จะต้องเป็นผู้แบกรับปัญหาดังกล่าว

๓. ด้านสังคม ผลกระทบจากพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยง (Aversion Behavior) เพื่อให้ห่างไกลจากโอกาสในการติดเชื้อไวรัส ประชาชน (รวมไปถึงรัฐบาลของหลายประเทศ) ได้ตัดสินใจที่จะยกเลิกกิจกรรมที่จะส่งผลกระทบต่อการแพร่กระจายของเชื้อไวรัส ตั้งแต่ ๑) การที่ภาครัฐในหลายประเทศที่ตัดสินใจปิดประเทศ/ปิดเมือง และห้ามไม่ให้เกิดการเดินทางระหว่างกัน ๒) การประกาศให้ธุรกิจหรือสถานบริการที่โดยปกติจะต้องรับคนเป็นจำนวนมากต้องปิดทำการชั่วคราว ๓) สถาบันการศึกษาที่จำเป็นต้องหยุดการเรียนการสอน (ถึงแม้ว่าจะมีการเรียนการสอนออนไลน์เข้ามาช่วยก็ตาม) และ ๔) ประชาชนที่ต้องกักตัวเองอยู่กับบ้าน ตามมาตรการรักษา ระยะห่างทางสังคมเพื่อพยายามที่จะควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโควิด-๑๙ นี้ ซึ่งการหยุดกิจกรรมต่างๆ นี้ได้ส่งผลให้ประชาชนมีการปรับตัวและเกิดรูปแบบการใช้ชีวิตแบบใหม่ทั้งเรื่องของเศรษฐกิจวิถีชีวิตของคน



การจับจ่ายใช้สอย การบริโภค การไปทำงาน การใช้บริการขนส่งสาธารณะ การเดินทาง การท่องเที่ยว แม้กระทั่ง การเข้าไปใช้ในสถานรักษาพยาบาล New Normal การมีระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) ใช้ชีวิต ในพื้นที่ส่วนรวม รวมถึงองค์กรหรือสถานประกอบการต่างๆ มีนโยบายให้พนักงานปฏิบัติงานอยู่ที่บ้าน (Work from home) ลดเวลาทำงานด้วยการเลื่อนเวลาหรือสลับกันเข้ามาปฏิบัติงาน ใช้วิธีการประชุมออนไลน์มากขึ้นถึง เกือบจะ ๑๐๐% ในการทำงานร่วมกัน

จุดเน้นของแผน

๑. มีการจัดการความรู้และพัฒนาระบบฐานข้อมูลองค์กรสู่ภาวะเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริม ภาวะในองค์กรและใช้ขยายผลในการดำเนินงานระยะต่อไป
๒. สนับสนุนให้เกิดการพัฒนานวัตกรรม งานวิจัย ค้นคว้าองค์ความรู้ รวมถึงการสร้างพื้นที่แลกเปลี่ยน เรียนรู้เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานองค์กรสู่ภาวะให้สอดคล้องกับสถานการณ์และพลวัตทางสังคม ที่เปลี่ยนแปลงไป
๓. สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรในองค์กร รวมถึงครอบครัว ชุมชน และ สังคมของคนในองค์กร โดยพัฒนาองค์กรให้เป็นฐานรองรับงานสุขภาพ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสนับสนุนการจัดการความรู้และพัฒนาระบบฐานข้อมูลองค์กรสู่ภาวะในการขยายผลการ ดำเนินงานระยะต่อไป
๒. เพื่อสนับสนุนให้องค์กรได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างการรับรู้และตระหนักถึงความสำคัญของ การสร้างเสริมสุขภาพขององค์กร รวมถึงสุขภาพทางกาย จิต สังคม และปัญญา รวมถึงมีการสื่อสาร และขยายผลแนวคิดการสร้างเสริมองค์กรสู่ภาวะในวงกว้างอย่างเป็นรูปธรรม
๓. เพื่อส่งเสริมการพัฒนาและขยายเครือข่ายองค์กรภาคสาธารณะ^{๑๖๖} และองค์กรภาคเอกชน สร้างเสริม สุขภาพเพื่อเป็นพื้นที่ (Platform) รองรับงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ตลอดจนพัฒนานโยบาย ที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรและผลักดันสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมและเกิดความยั่งยืน

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

ตัวชี้วัดหลัก

๑. กลไกกลางการจัดการข้อมูลเครือข่ายองค์กรสู่ภาวะ เพื่อนำข้อมูลไปสู่การปฏิบัติอย่างน้อย ๑ กลไก
๒. ชุดความรู้และการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพขององค์กรจำนวน ๕ เรื่อง

^{๑๖๖} เพิ่มเติมนิยามวัตถุประสงค์ข้อ ๓. อ้างอิงจากคู่มือนิยามศัพท์ของ สสส. (ประกอบการจัดทำแผนและกำหนดตัวชี้วัดของ สสส.) ฝ่ายติดตามและ ประเมินผล สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มิถุนายน ๒๕๖๓ หน้า ๓๗ (๑) องค์กรภาคสาธารณะ (๑. = นิยามศัพท์เฉพาะ) หมายถึง หน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นเพื่อดำเนินการ อันมุ่งประโยชน์สาธารณะ เช่น หน่วยงานภาครัฐ ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ องค์กรมหาชน หน่วยงาน ของรัฐบาลใหม่ สถาบันทางทหาร ตำรวจ มหาวิทยาลัย สถานพยาบาล หน่วยงานในสังกัดหน่วยงานของรัฐสภา หน่วยงานในสังกัดหน่วยงาน ของศาล หน่วยงานรัฐอื่นๆ องค์กรทางพระพุทธศาสนา เป็นต้น



๓. เครือข่ายศูนย์เรียนรู้สุขภาวะองค์กร อย่างน้อย ๒ เครือข่าย ได้แก่ เครือข่ายศูนย์เรียนรู้ภาคสาธารณะ และเครือข่ายศูนย์เรียนรู้ภาคเอกชน โดยมีจำนวนศูนย์เรียนรู้สุขภาวะเข้าร่วมไม่น้อยกว่าเครือข่ายละ จำนวน ๕๐ ศูนย์ สำหรับทำหน้าที่เป็นกลไกกลางในการขับเคลื่อนสุขภาวะองค์กรในพื้นที่

ตัวชี้วัดร่วม

๑. พื้นที่เรียนรู้ในการพัฒนาศักยภาพพ่อแม่ผู้ปกครองเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแห่งศตวรรษ ที่ ๒๑ โดยนำไปใช้ในองค์กรสุขภาวะอย่างน้อย ๒ แห่ง ร่วมกับแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว

ตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

๑. ภาศึเครือข่ายองค์กรสุขภาวะเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน ๑๐๐ องค์กร

แนวทางการดำเนินงาน และการบูรณาการ

แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรได้ดำเนินการตามยุทธศาสตร์การดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ๔ ด้าน ดังนี้

๑. สนับสนุนการพัฒนาองค์กรให้เป็นฐานที่สามารถรองรับแนวคิดและนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาวะของบุคลากรในองค์กร
๒. สร้างเสริมศักยภาพและสนับสนุนการปรับพื้นฐานเชิงโครงสร้างและนโยบายด้านการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตขององค์กรที่เอื้อต่อการเป็นองค์กรสุขภาวะ
๓. สร้างนวัตกรรมทางสังคมเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร
๔. เน้นการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบผลักดันแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรในระบบปกติของการดำเนินงานขององค์กร

ภาคีที่เข้าร่วมการดำเนินงาน

ภาคีหลัก

กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มองค์กรภาคสาธารณะ เช่น กลุ่มข้าราชการพลเรือน เครือข่ายกองทัพทุกเหล่า สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม ศูนย์คุณธรรม (องค์การมหาชน) กลุ่มองค์กรภาคเอกชน เช่น สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย สมาคมการจัดการงานบุคคลแห่งประเทศไทย สมาคมบริษัทจดทะเบียนไทย ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย กลุ่มอุตสาหกรรมไฟฟ้าอิเล็กทรอนิกส์และโทรคมนาคมไทย กลุ่มอุตสาหกรรมแฟชั่น กลุ่มอุตสาหกรรมบรรจุภัณฑ์ กลุ่มอุตสาหกรรมเครื่องเรือนและเฟอร์นิเจอร์ และสถานประกอบการภาคธุรกิจ

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตบุคลากรวัยทำงานในกลุ่มองค์กร ภาคสาธารณสุขและภาคเอกชน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมดูแลสุขภาพของกลุ่มคนวัยทำงาน โดยงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายพัฒนาบุคลากรขององค์กร และเป็นส่วนหนึ่งของการเพิ่มผลผลิตขององค์กร

กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรภาคสาธารณสุข

ภารกิจ

กลุ่มแผนงานนี้มีเป้าประสงค์ในการพัฒนาขีดความสามารถในการวางระบบการบริหารจัดการและพัฒนากลไกการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพภายในองค์กรภาคสาธารณสุข ให้มุ่งไปสู่การที่บุคลากร ครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรภาคเอกชน

ภารกิจ

กลุ่มแผนงานนี้มีเป้าประสงค์การพัฒนาและขยายองค์กรสุขภาพะต้นแบบในภาคเอกชนในเชิงคุณภาพ เพื่อเป็นฐานรองรับงานประเด็นสุขภาพของ สสส. และสร้างความยั่งยืนในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร ด้วยการสนับสนุนระบบและกลไกร่วมกับภาคียุทธศาสตร์หลัก เพื่อผลักดันนโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของคนทำงานในทุกมิตินำไปสู่การปฏิบัติ และเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม พัฒนานวัตกรรมทางสังคมและองค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร รวมทั้งกลไกการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร



งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรภาคสาธารณสุข	๕๙.๐
๒. กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรภาคเอกชน	๓๙.๕
๓. การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	๑.๕
รวม	๑๐๐.๐

แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

๕

สถานการณ์และแนวโน้ม

การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (Physical Inactivity) เป็นหนึ่งใน ๕ ปัจจัยเสี่ยงหลักด้านสุขภาพที่นำไปสู่การเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable Diseases : NCDs) ของทั่วโลก ร่วมกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ และอาหารที่ไม่เหมาะสมตามหลักโภชนาการ และการสัมผัสกับมลพิษทางอากาศ อันจะนำไปสู่การเกิด ๕ โรค ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และภาวะทางสุขภาพจิต องค์การอนามัยโลกระบุว่า ปัจจุบันมีประชากรโลกเสียชีวิตจากการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอราวปีละ ๓.๒ ล้านคน หรือประมาณร้อยละ ๕.๕ ของประชากรโลก และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ สำหรับประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs ถึงร้อยละ ๗๕ หรือประมาณ ๓๒๐,๐๐๐ คนต่อปี โดยการประเมินความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากโรค NCDs ใน ๔ กลุ่มโรคหลัก (ไม่รวมภาวะสุขภาพจิต) พบว่ามีมูลค่าทั้งสิ้น ๑๔๘,๕๑๒ ล้านบาท หรือคิดเป็นมูลค่าถึง ๓,๑๒๘ บาทต่อหัวประชากร หรือคิดเป็นร้อยละ ๒.๒ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ ซึ่งถ้านับเฉพาะประเด็นการขาดกิจกรรมทางกายจะคิดเป็นมูลค่าการสูญเสีย ๕,๔๗๗ ล้านบาท แต่หากนับจากภาวะอ้วนและมีน้ำหนักเกิน ซึ่งสัมพันธ์กับการขาดกิจกรรมทางกายควบคู่กับการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมจะคิดเป็นมูลค่าการสูญเสีย ๑๒,๑๔๒ ล้านบาท โดยการส่งเสริมให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมีแนวโน้มช่วยลดความสูญเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อได้ถึง ๑๑,๑๒๔ รายต่อปี และลดต้นทุนค่ารักษาพยาบาลได้ถึง ๕,๔๗๗ ล้านบาท

การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยองค์การอนามัยโลกแนะนำว่า ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไป ควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางอย่างน้อย ๑๕๐ นาทีต่อสัปดาห์ หรือระดับหนัก ๗๕ นาทีต่อสัปดาห์ ขณะที่ประชากรวัยเด็ก (อายุ ๕ - ๑๗ ปี) ควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางขึ้นไปอย่างน้อย ๖๐ นาทีทุกวัน กิจกรรมทางกายที่เพียงพอส่งผลดีทั้งในมิติของการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ จึงนับเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการยกระดับการมีสุขภาพของประชากรในสังคม เริ่มตั้งแต่ประชากรช่วงวัยเด็ก การมีกิจกรรมทางกายสามารถส่งเสริมพัฒนาการทางด้านสมองที่ส่งผลต่อการรับรู้ ความจำ และสมาธิ จึงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลสัมฤทธิ์ด้านวิชาการ ส่งเสริมพัฒนาการด้านอารมณ์ และทักษะในการเข้าสังคม และส่งผลดีอย่างชัดเจนต่อความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อทำให้ร่างกายมีความแข็งแรงและคล่องแคล่ว ในขณะที่วัยเดียวกันยังช่วยลดความเสี่ยงในการเป็นโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อในอนาคต สำหรับประชากรวัยทำงาน การมีกิจกรรมทางกายในระดับที่เพียงพอจะช่วยให้ระบบต่างๆ ของร่างกายทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลายชนิด ทั้งโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ ทั้งช่วยให้จิตใจผ่อนคลาย ทำให้สามารถลดภาวะเครียดจากการทำงาน ในขณะที่กลุ่มประชากรวัยสูงอายุ กิจกรรมทางกาย



นับเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยขยายช่วงของการมีสุขภาพที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทั้งยังลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและการหกล้มในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันอันอาจนำไปสู่ภาวะการป่วยแบบติดเตียง สำหรับในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคติดต่อไม่เรื้อรังแล้ว กิจกรรมทางกายยังสามารถช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วย ส่งเสริมให้เกิดสุขภาพจิตที่ดี ป้องกันภาวะซึมเศร้า และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมด้วย

ผลจากการติดตามและเฝ้าระวังสถานการณ์กิจกรรมทางกายระดับประเทศตลอดช่วง ๘ ปีที่ผ่านมา โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สสส. และกระทรวงสาธารณสุขแสดงให้เห็นว่า ในภาพรวมระดับประเทศทิศทางการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทยมีแนวโน้มโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นคือ จากร้อยละ ๖๖.๓ ในปี ๒๕๕๕ (ปีฐานของการสำรวจ) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๗๔.๖ ในปัจจุบัน (พ.ศ. ๒๕๖๒) เมื่อพิจารณาตามกลุ่มช่วงวัย พบว่าในภาพรวมมีการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกทุกกลุ่มอายุ ยกเว้นกลุ่มวัยทำงานที่มีการลดลงของระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ และด้วยสัดส่วนของประชากรวัยทำงานที่เป็นกลุ่มส่วนใหญ่ จึงทำให้อัตราการเพิ่มของระดับการมีกิจกรรมทางกายในภาพรวมไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก แม้จะพบว่ามีกลุ่มประชากรอีก ๓ กลุ่มที่เหลือคือ วัยเด็ก วัยรุ่น และวัยสูงอายุ จะมีการเพิ่มขึ้นเฉลี่ยสูงถึงร้อยละ ๓ ถึงร้อยละ ๔ โดยกลุ่มประชากรวัยเด็ก เป็นกลุ่มประชากรที่มีการเพิ่มขึ้นของการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆ

เมื่อพิจารณาระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ จำแนกตามช่วงวัย พบว่าในปี ๒๕๖๒ นี้ จะเห็นได้ว่าเป็นครั้งแรกในรอบ ๘ ปีที่ผ่านมาที่ระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรทุกกลุ่มวัยอยู่ในระดับที่สูงเกินกว่าร้อยละ ๗๐ นับเป็นหนึ่งในผลสำเร็จของการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องของแผนฯ และภาคีเชิงยุทธศาสตร์ที่ร่วมกันผลักดันกิจกรรมตามแผนงานกระทั่งเกิดเป็นผลลัพธ์ทางพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนในระยะยาว

อย่างไรก็ตาม แม้ผลจากการดำเนินงานในช่วงหลายปีที่ผ่านมา จะแสดงให้เห็นแนวโน้มเชิงบวกและทิศทางที่เหมาะสมในแง่การกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ทว่าจากสถานการณ์ที่ไม่เอื้ออำนวยทั้งในแง่ของมลภาวะทางอากาศจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM 2.5 ในช่วงปลายปี ๒๕๖๒ รวมถึงการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-๑๙ ที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและการมีกิจกรรมทางกายของประชากรตั้งแต่ช่วงต้นปี ๒๕๖๓ นับเป็นอุปสรรคที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทยทั่วทั้งประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งนี้ผลจากการศึกษาและประเมินผลกระทบเบื้องต้นโดยสำนักงานพัฒนานโยบายยุทธศาสตร์ระหว่างประเทศ ร่วมกับศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล รายงานว่า สถานการณ์ดังกล่าวจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อการมีกิจกรรมทางกายของประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมนันทนาการ การออกกำลังกายและการเล่นกีฬากลางแจ้ง ที่สำคัญพบว่าในช่วงระหว่างการมีสถานการณ์ของการแพร่ระบาดนั้น อัตราการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของคนไทยลดลงไปประมาณร้อยละ ๑๑.๖

อย่างไรก็ดี ในช่วงระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ทาง สสส.และภาคีทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ วิชาการ และภาคประชาสังคมต่างๆ ได้เร่งดำเนินการรณรงค์และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ในการป้องกันโรค สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพ ตลอดจนส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายที่บ้าน (Fit From Home) ด้วยวิธีการต่างๆ โดยมีประชาชนถึงร้อยละ ๘๐.๔ ที่ได้รับความรู้ข่าวสารที่รณรงค์และสนับสนุนโดย สสส. และภาคี (ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย และ



พฤติกรรมอื่นในสถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด-๑๙ ณ วันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๖๓ โดยศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK) โดยแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายมีมาตรการดำเนินงานในสถานการณ์นี้ แบ่งเป็น ๓ ระยะ ได้แก่ ระยะที่หนึ่ง ช่วงเริ่มมีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาในประเทศไทย แผนฯ และภาคีเครือข่าย มีการสนับสนุนการเผยแพร่ข้อมูลสถานการณ์การแพร่ระบาดของประเทศไทย พร้อมกับสื่อสารองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง โดยนำข้อมูลจากแหล่งที่เชื่อถือได้ ผู้เชี่ยวชาญ และพัฒนาเป็นข้อมูลในรูปแบบที่ประชาชนเข้าถึงได้ ระยะที่ ๒ ประเทศไทยมีการควบคุมการระบาดโดยการใช้มาตรการปิดเมือง แผนฯ และภาคีเครือข่ายมีการเผยแพร่องค์ความรู้ กิจกรรม และมีการรณรงค์ให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอไปพร้อมกับการดูแลสุขภาพ และการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในช่วงที่ต้องอาศัยอยู่ที่บ้าน และระยะที่ ๓ รัฐบาลเตรียมการเปิดเมืองโดยแผนฯ ร่วมกับภาคีเครือข่ายในการพัฒนาองค์ความรู้ แนวทางปฏิบัติทั้งของหน่วยงาน สถานบริการ และของประชาชนเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการให้ประชาชน และทุกภาคส่วนกลับไปใช้ชีวิตวิถีใหม่



หมายเหตุ : ข้อมูลสถานการณ์กิจกรรมทางกายคนไทย ปี ๒๕๖๓ เป็นข้อมูลในช่วงสถานการณ์โควิด-๑๙ ระหว่างเดือนมีนาคม - มิถุนายน ๒๕๖๓



ยิ่งไปกว่านั้น ในช่วงสถานการณ์ดังกล่าว ความจำเป็นที่ทุกคนจะต้องรักษาระยะห่างทางกายภาพและการเก็บตัวอยู่ที่บ้านเพื่อช่วยบรรเทาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ หลายคนต้องทำงานจากที่บ้าน สถานศึกษาทุกระดับปิดทำการเรียนการสอน ก็ยิ่งเป็นปัจจัยที่เสริมให้คนมีพฤติกรรมเนือยนิ่งที่สูงขึ้นเป็นอย่างมาก หลักฐานยืนยันที่ชัดเจนคือ อัตราการใช้อินเทอร์เน็ตจากทุกเครือข่ายในประเทศไทยในช่วงเวลาดังกล่าวที่เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ ๒๐ เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงปกติ ซึ่งส่งผลให้ระยะเวลาในการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งของคนไทยสูงถึง ๑๔.๓๒ ชั่วโมงต่อวัน เพิ่มขึ้นจากปกติถึง ๒ ชั่วโมง โดยกิจกรรมที่ทำเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ ๑) การใช้โทรศัพท์มือถือ หรือแท็บเล็ตเพื่อความบันเทิง เช่น ดูหนัง ละคร ฟังเพลง เป็นต้น ๒) การดูทีวี ๓) การนั่งทำงาน นั่งประชุม หรือนั่งเรียน ทั้งแบบปกติ และแบบออนไลน์

อุปสรรคสำคัญที่ทำให้ประชาชนไทยมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และเด็กไทยมีน้ำหนักเกินและโรคอ้วนนั้น มาจากสาเหตุสำคัญหลายประการ ตั้งแต่ในระดับนโยบายที่ขาดการบูรณาการความร่วมมือเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้เป็นพันธกิจ และเป้าหมายร่วมกันขององค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรที่มีใช้หน่วยงานด้านสุขภาพ จึงทำให้แม้ว่าจะมีการเพิ่มขึ้นของกระแสการออกกำลังกาย แต่ประชาชนจำนวนมากยังคงขาดความเข้าใจการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน ทั้งในหลายพื้นที่ยังคงขาดแคลนพื้นที่สาธารณะรูปแบบต่างๆ ที่เอื้อให้ผู้คนมีกิจกรรมทางกาย นอกจากนี้ องค์กรเกี่ยวกับกีฬาจำนวนมากไม่หมั่นมุ่งเน้นกีฬาเพื่อการแข่งขัน แต่มิได้ให้ความสำคัญต่อค่านิยมกีฬาเพื่อสุขภาพ และกีฬาที่ปลอดภัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

ในฐานะที่ สสส. ได้ร่วมลงนามในกฎบัตรโตรอนโต ในปี ๒๕๕๓ และมีพันธกิจในการสนับสนุนการมีสุขภาพที่ดีด้วยการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับทุกคน โดยเน้นให้เกิดการบูรณาการความร่วมมือขององค์กรด้านสุขภาพ ด้านขนส่งและคมนาคม สิ่งแวดล้อม กีฬาและนันทนาการ การศึกษา การผังเมือง วัฒนธรรม และท้องถิ่น เพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนในสังคมไทย และปัจจุบันเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อน “NCD Global Monitoring Framework 9 Voluntary Targets” ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งประเด็นสำคัญที่แผนฯ จะร่วมผลักดันให้บรรลุตามเป้าหมาย คือ ลดการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอลงร้อยละ ๑๐ และลดตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ได้รับร้อยละ 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 กำหนดให้มีกิจกรรมการออกกำลังกายทุกวันพุธของทำเนียบรัฐบาล และส่วนราชการต่างๆ ในช่วงเวลา ๑๕.๐๐ - ๑๖.๓๐ น. สมัชชาสุขภาพครั้งที่ ๑๐ การส่งเสริมให้คนไทยทุกช่วงวัยมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น และการพัฒนาพื้นที่เล่นเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยและวัยประถมศึกษา และ สมัชชาสุขภาพครั้งที่ ๑๑ การร่วมสร้างสรรค์พื้นที่สาธารณะในเขตเมืองเพื่อสุขภาพสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืนโดยเฉพาะอย่างยิ่งการร่วมผลักดันให้เกิดแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๗๓ (แผนชาติ) ที่ผ่านการพิจารณากลั่นกรองจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตามขั้นตอนการเสนอแผนต่อคณะรัฐมนตรี ในปี ๒๕๖๑ รวมไปถึงการร่วมดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)



เพื่อให้การขับเคลื่อนประเด็นกิจกรรมทางกายทั้งในระดับสากลและระดับชาติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องตามเป้าประสงค์ของกฎบัตรฯ แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายได้วิเคราะห์สถานการณ์ นโยบาย และปัจจัยที่สำคัญด้านต่างๆ จึงเห็นควรดำเนินการขยายผลนโยบายนำสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพื่อให้กิจกรรมทางกายเป็นเป้าหมายร่วมในการดำเนินงานในระดับชาติและองค์กร การส่งเสริมให้เกิดการสร้างองค์ความรู้ นวัตกรรม ด้านการเพิ่มกิจกรรมทางกาย และการสร้างจิตสำนึก แห่งสุขภาพ เพื่อให้เกิดกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ และลดพฤติกรรมเนือยนิ่งในระดับบุคคล พร้อมกับส่งเสริม ปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันเพื่อประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยภาคียุทธศาสตร์ ที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงการสนับสนุนกิจกรรมกีฬาให้เป็นกีฬาเพื่อสุขภาพ ที่ปราศจากอบายมุข และปัจจัยที่ทำลาย สุขภาพต่างๆ

จุดเน้นของแผน

คณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๕ ร่วมกับภาคีของแผนฯ ได้ทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา และเป้าหมาย ให้มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ และแผนระดับชาติอื่นๆ รวมไปถึงเป้าหมายตามทิศทาง 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 การจัดการ ความรู้และข้อมูลข่าวสาร การรณรงค์สื่อสาร และเครื่องมือวัดผล รวมไปถึงการลดพฤติกรรม เนือยนิ่งในทุกกลุ่มวัย ด้วยการสนับสนุนให้เกิดการเคลื่อนไหวระหว่างวันในรูปแบบที่เหมาะสมกับ กลุ่มวัย และอาชีพ
๒. เชื่อมประสานเครือข่ายให้เกิดกลไกบูรณาการ การทำงานร่วมกันระหว่างองค์กร เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง กับประเด็น ๕ ปัจจัยเสี่ยง เพื่อสนับสนุนการป้องกันโรคไม่ติดต่อ (NCDs)
๓. สนับสนุนการพัฒนาสุขภาวะด้วยการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพื่อรองรับความเป็นเมือง (Urbanization) จากการศึกษาปัจจุบันโลกมีสัดส่วนประชากรในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท และ ประเทศไทยกำลังเข้าสู่ภาวะดังกล่าว
๔. การเตรียมความพร้อมกลุ่มวัยผู้สูงอายุเพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ด้วยการ ให้ความสำคัญกับการมีกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพทางกายที่ดี ยังคงมีศักยภาพในการทำงาน และมีความสามารถในการดูแลตนเอง
๕. ผลักดันให้งานต้นแบบพื้นที่สุขภาวะที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย ให้เกิดนโยบายสาธารณะระดับ ท้องถิ่นหรือระดับชาติ 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 - ๒๕๗๓ ให้นำไปสู่การปฏิบัติ โดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมขับเคลื่อนในลักษณะพหุภาคี และเป็นเป้าหมายร่วมในนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอื่นๆ

คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่นำไปใช้ในแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

กิจกรรมทางกาย (Physical Activity) หมายถึง การเคลื่อนไหวของร่างกายโดยกล้ามเนื้อโครงร่าง (Skeletal Muscles) ที่ทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานที่ส่งผลต่อสุขภาพ (ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก) แบ่งได้เป็น ๓ ระดับตามการใช้แรงกาย 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 และ Application ในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary Behavior) หมายถึง กลุ่มของพฤติกรรมในขณะที่ตื่น ที่มีการใช้พลังงานต่ำในระดับ ≤ 1.5 METs มักเกิดขึ้นระหว่างการนั่ง หรือเอนนอน เช่น การนั่งหน้าจอโทรทัศน์หรือคอมพิวเตอร์ นานเกินไป การนั่งทำงานนานเกินไป ในระดับสากลใช้เกณฑ์การมีพฤติกรรมเนือยนิ่งติดต่อกันเกิน ๒ ชั่วโมง ถือว่ามีความเสี่ยงต่อสุขภาพ และเมื่อสะสมทั้งวันแล้ว ไม่ควรเกินกว่า ๑๒ ชั่วโมงต่อวัน

ปัจจัยแวดล้อม/พื้นที่สุขภาพ (Built Environment/Healthy Space) หมายถึง เงื่อนไขทางกายภาพที่เป็นสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้าง ทั้งในบริเวณเปิดโล่งและในอาคาร ซึ่งเกี่ยวข้องกับการผังเมือง ระบบขนส่งสาธารณะ การใช้ประโยชน์พื้นที่ทั้งในพื้นที่สาธารณะ พื้นที่เอกชน รวมไปถึงสถานที่ทางธรรมชาติ ที่ได้รับการออกแบบหรือการจัดการเพื่อสนับสนุนการสร้างโอกาสการมีกิจกรรมทางกายอย่างเท่าเทียม ภายใต้กฎระเบียบข้อตกลงร่วมกัน 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

กิจกรรมกีฬาที่ปลอดเหล้าปลอดบุหรี่ หมายถึง กิจกรรมการแข่งขันกีฬาทั้งระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับท้องถิ่น ที่ประกาศใช้มาตรการปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ในและรอบสนามกีฬา โดยมีการสื่อสารณรงค์ไปถึงกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ชมกีฬา (ทั้งที่ชมในสนามและชมจากการถ่ายทอดทางสื่อ) ผู้เล่นกีฬา กรรมการตัดสิน ผู้สนับสนุน ผู้จัด และชุมชนรอบสนามกีฬา

วัตถุประสงค์

ส่งเสริมให้ประชาชนมีวิถีชีวิตสุขภาพ และจิตสำนึกแห่งสุขภาพ ด้วยการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ และลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง

๑. เพื่อขับเคลื่อนนโยบายด้านกิจกรรมทางกายในระดับชาติ ระดับท้องถิ่น และระดับสากล ร่วมกับภาคียุทธศาสตร์
๒. เพื่อส่งเสริมให้เกิดการสร้างองค์ความรู้ และนวัตกรรม ด้านการเพิ่มกิจกรรมทางกาย และลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง ที่เชื่อมโยงกับการก่อให้เกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs)
๓. เพื่อสนับสนุนการจัดการองค์ความรู้ด้านพื้นที่สุขภาพในบริบทไทย ผ่านการถอดบทเรียนพื้นที่ต้นแบบ และพื้นที่ที่มีการขยายผลต้นแบบพื้นที่สุขภาพ เพื่อวางแผนไปสู่การยกระดับกลไกความร่วมมือกับหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง
๔. เพื่อส่งเสริมกิจกรรมกีฬาให้เป็นโอกาสของการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพ ที่ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่



เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดรวมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เพิ่มอัตราการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันเพียงพอ (อย่างน้อย ๑๕๐ นาทีต่อสัปดาห์) ของประชากรวัย ๑๑ ปีขึ้นไป เป็นอย่างน้อยร้อยละ ๖๘ ของจำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย^{๑๒๓}
๒. ควบคุมอัตราชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน ในเด็กวัยเรียน อายุ ๖ – ๑๔ ปี ให้ไม่เพิ่มขึ้นจากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีสัดส่วนร้อยละ ๑๐^{๑๒๔} โดยวัดผลที่กลุ่มเป้าหมายภายใต้ความร่วมมือของแผน
๓. เกิดกลไกการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับชาติด้านกิจกรรมทางกาย ที่แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ร่วมกันผลักดัน อย่างน้อย ๒ กลไก
๔. เกิดกลไกการจัดการองค์ความรู้ด้านพื้นที่สุขภาพจากบทเรียนประเทศไทย เพื่อวางแผนไปสู่การยกระดับความร่วมมือกับหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อย ๑ กลไก
๕. จำนวนองค์กรกีฬาอย่างน้อย ๑๐ องค์กร มีนโยบายปลอดเหล้าปลอดบุหรี่ และการสร้างเสริมสุขภาพ

^{๑๒๓} มีเครื่องมือชี้วัด และฐานข้อมูลที่ได้มาตรฐานทางวิชาการขององค์การอนามัยโลก ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยแผนฯ และร่วมใช้โดย กระทรวงสาธารณสุข สหประชาชาติ และสำนักงานสถิติแห่งชาติ

^{๑๒๔} มียุทธศาสตร์และวัดผลร่วมกับหน่วยงานยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง

ตัวชี้วัดร่วม และตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

๑. ร่วมกับแผนต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีวิถีชีวิตที่กระฉับกระเฉงด้วยกิจกรรมทางกาย ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ตามแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๗๓
 - ร่วมกับแผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ (สำนัก ๗) และแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพ (ศูนย์เรียนรู้สุขภาพ) ในการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพลดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ (NCDs)
 - ร่วมกับสำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ผ่านองค์ความรู้และการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

แนวทางการดำเนินงาน

ประสานการดำเนินงานด้านการรณรงค์ขับเคลื่อนสังคม การพัฒนาข้อเสนอนโยบาย การพัฒนางานวิชาการ และนวัตกรรม ให้ร่วมกันสนับสนุนเป้าหมายระยะ ๑ ปีของแผนฯ อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงเป้าหมายของแผนฯ ระยะ ๓ ปี และทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปีของ สสส. โดยมีแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หลักของแผนฯ ดังนี้

แนวทางขับเคลื่อนตามยุทธศาสตร์ ๒ เพิ่ม ๑ ลด

๑. เพิ่มอัตราการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ เป็นการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของประชาชนที่สอดคล้องกับกลุ่มวัย
๒. เพิ่มพื้นที่สุขภาพะ โดยส่งเสริมการจัดการให้เกิดการจัดปัจจัยแวดล้อม หรือพื้นที่สุขภาพะที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย
๓. ลดพฤติกรรมเนือยนิ่งซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่เกิดโรคโดย แผนฯ ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานตามกลุ่มเป้าหมายหลัก ๓ กลุ่ม คือ วัยเด็กและวัยรุ่น (๖ - ๑๔ ปี และ ๑๕ - ๒๔ ปี) วัยทำงาน (๒๕ - ๕๔ ปี) และวัยสูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป) โดยหมายรวมไปถึงกลุ่มผู้ด้อยโอกาสต่างๆ โดยนำข้อมูลการมีกิจกรรมทางกายที่สำรวจมาวิเคราะห์ และออกแบบยุทธศาสตร์ เพื่อขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายให้เหมาะสมกับกลุ่มวัย ตาม ๒ ตัวชี้วัดหลัก คือ การเพิ่มอัตราการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากร และควบคุมอัตราชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก ให้สอดคล้องกับเป้าหมายระดับชาติ และทิศทาง ๑๐ ปีของ สสส. โดยมีรูปแบบหลักที่จะดำเนินงานตามกรอบแนวคิด





แนวทางการบูรณาการ

แผนฯ ให้ความสำคัญกับแนวทางการบูรณาการตามกรอบนโยบายการจัดทำแผนหลักของ สสส. และตามทิศทางที่กรรมการบริหารแผน คณะที่ ๕ ให้ความสำคัญเรื่องการขับเคลื่อนงานภายใต้มิติของสุขภาวะแบบองค์รวมและการเรียนรู้ตลอดชีวิต แผนฯ จึงได้กำหนดแนวทางการบูรณาการ ดังนี้

๑. เน้นบูรณาการกับแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนมีวิถีชีวิตสุขภาวะ โดยกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อการดำเนินงานควบคุมอัตราชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน ซึ่งเป็นทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปีของ สสส.

แนวทางสร้างความยั่งยืน

๑. พัฒนาระบบการจัดทำฐานข้อมูลสำรวจกิจกรรมทางกายระดับชาติ ร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง
๒. มุ่งเน้นการทำงานเพื่อสร้างระบบ กลไก ความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และหน่วยงานนอกระบบสุขภาพ ในการร่วมขับเคลื่อนการส่งเสริมให้ประชากรไทยมีวิถีชีวิตที่กระฉับกระเฉง มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง

๗ กลุ่มแผนงาน

ประกอบด้วย ๔ กลุ่มแผนงาน ได้แก่

๑. กลุ่มแผนงานส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันตามกลุ่มวัย
๒. กลุ่มแผนงานส่งเสริมพื้นที่และปัจจัยแวดล้อมสุขภาพที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย
๓. กลุ่มแผนงานทุนอุปถัมภ์กีฬา
๔. กลุ่มแผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs)

มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันตามกลุ่มวัย

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

พัฒนาองค์ความรู้และเครื่องมือในการดำเนินงาน

๑. พัฒนาชุดความรู้ที่พร้อมเผยแพร่ งานวิชาการ และนวัตกรรม ด้านกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน และลดปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมเนือยนิ่ง ภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน
๒. พัฒนาชุดความรู้กิจกรรมทางกายที่เชื่อมโยงกับการลดรอยโรคที่เกี่ยวข้อง
๓. พัฒนาเครื่องมือสำรวจ และวัดผล ระบบการติดตามประเมินผล และฐานข้อมูลทางวิชาการ ด้านกิจกรรมทางกายและสุขภาพของประชาชนไทย ที่นำมาใช้ประโยชน์ต่อการดำเนินยุทธศาสตร์ของแผนฯ เพื่อสร้างเป็นมาตรฐานร่วมในหน่วยงานยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง อาทิ การสำรวจการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทยทุกกลุ่มวัย และการวัดผลตอบแทนทางสังคมของการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

การขับเคลื่อนสังคม

๔. รณรงค์สร้างความตระหนักในความสำคัญ และเผยแพร่ความเข้าใจประเด็นการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันในกลุ่มเป้าหมาย ด้วยการสนับสนุน องค์ความรู้ กิจกรรม และการสื่อสาร รณรงค์อย่างกว้างขวาง โดยกำหนดยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายที่จำแนกตามกลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มวัยเด็ก กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มวัยสูงอายุ รวมไปถึงประชากรกลุ่มเฉพาะ
๕. สนับสนุนกลุ่ม หน่วยงาน องค์กร ชุมชนและท้องถิ่น ให้เป็นภาคีร่วมขับเคลื่อนการออกแบบ และดำเนินงานกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสอดคล้องกับกลุ่มวัยต่างๆ ในพื้นที่ (Settings) ตามยุทธศาสตร์ของแผน

การขับเคลื่อนนโยบาย

เน้นการเชื่อมประสานหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องในการร่วมขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย



โครงการหลัก

ประกอบด้วยโครงการหลัก อาทิ โรงเรียนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โครงการวิจัยเพื่อสร้างสรรค์ต้นแบบกิจกรรมทางกาย และลดพฤติกรรมเนือยนิ่งในเด็กและวัยรุ่นไทย โครงการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเพื่อส่งเสริมโอกาสการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โครงการศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย โครงการพัฒนาข้อเสนอหรือมาตรการนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกายกลุ่มวัยทำงาน โครงการรณรงค์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในรูปแบบ เดิน วิ่ง ปั่น โครงการพัฒนาข้อเสนอและการขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายของประเทศไทย การวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม (Social Return On Investment : SROI) ในประเด็นการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ฯลฯ

๒. กลุ่มแผนงานส่งเสริมพื้นที่สุขภาวะที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

๑. พัฒนาเครือข่ายนักวิชาการพื้นที่สุขภาวะร่วมกับ สถาบันวิชาการ สมาคมวิชาชีพด้านผังเมือง สถาปัตยกรรม และสิ่งแวดล้อม โดยมุ่งการจัดการองค์ความรู้ และกลไกการจัดการองค์ความรู้ด้านพื้นที่สุขภาวะจากบทเรียนประเทศไทย เพื่อวางแผนไปสู่การยกระดับความร่วมมือกับหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง
๒. ขับเคลื่อนกระแสสังคม และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานโดยหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการจัดการพื้นที่หรือโครงสร้างทางกายภาพที่เอื้อต่อการเดิน และใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน
๓. ผลักดันหน่วยงานระดับท้องถิ่น ให้มีการจัดการพื้นที่สุขภาวะเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน สำหรับกลุ่มผู้ด้อยโอกาส หรือกลุ่มคนที่เข้าไม่ถึงบริการ เพื่อลดช่องว่างของความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ

โครงการหลัก

ประกอบด้วยโครงการหลัก อาทิ โครงการกลไกการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมพื้นที่สุขภาวะ โครงการศูนย์ออกแบบและพัฒนาเมือง โครงการศึกษาศักยภาพการเข้าถึงสาธารณูปการที่ส่งเสริมการเดินเท้าและโครงการศึกษาด้านศักยภาพการเดินเท้า โครงการศึกษาและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในสถานประกอบการ โครงการลานกีฬาพัฒนา โครงการพัฒนาความร่วมมือด้านกลไกสนับสนุนทางวิชาการเพื่อนำสู่การสร้างพื้นที่สุขภาวะ โครงการพัฒนาต้นแบบและคู่มือการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อขับเคลื่อนและการบริหารจัดการพื้นที่สุขภาวะในประเทศไทย โครงการทบทวนสถานการณ์และองค์ความรู้งานพื้นที่สุขภาวะในบริบทไทยเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โครงการพัฒนาหลักสูตรการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะชุมชน โครงการพื้นที่สุขภาวะย่านเมืองในพื้นที่ต่างๆ โครงการส่งเสริมพื้นที่สุขภาวะในชุมชน ฯลฯ



๓. กลุ่มแผนงานทุนอุปถัมภ์กีฬา

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

๑. สนับสนุนกิจกรรมกีฬาให้เป็นกีฬาปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ และสนับสนุนพื้นที่ในและรอบบริเวณสนามกีฬาให้ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ตามกฎหมาย โดยใช้กลไกทุนอุปถัมภ์กีฬาและการสื่อสารรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักในกลุ่มเป้าหมาย
๒. สนับสนุนกิจกรรมกีฬาให้เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนเพื่อสร้างสังคมสุขภาวะและค่านิยมให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยออกกำลังกายและเล่นกีฬาเพื่อสุขภาพ
๓. แสวงหาองค์กรพันธมิตรร่วมทุน ในการขับเคลื่อนกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และกีฬาที่ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่

โครงการหลัก

ประกอบด้วยโครงการหลัก อาทิ โครงการทุนอุปถัมภ์กีฬาระดับชาติ โครงการทุนอุปถัมภ์กีฬาระดับภูมิภาคและจังหวัด โครงการสนับสนุนความร่วมมือกับสมาคมกีฬาที่ร่วมรณรงค์ให้เป็นกีฬาปลอดเหล้าปลอดบุหรี่ ค่ายผู้นำเยาวชน โครงการสนับสนุนกิจกรรมกีฬาตามนโยบายของรัฐบาล โครงการสื่อสารรณรงค์ส่งเสริมค่านิยมกีฬาปลอดเหล้าปลอดบุหรี่ ฯลฯ

๔. กลุ่มแผนงานควบคุมกลุ่มโรคไม่ติดต่อ

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

๑. เชื่อมประสาน บูรณาการการทำงานกับกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ซึ่งเป็นองค์กรหลักในระบบสุขภาพที่รับผิดชอบงานด้านการควบคุมโรคไม่ติดต่อ
๒. พัฒนาชุดความรู้ที่เกี่ยวข้องกับอิทธิพลของ ๕ ปัจจัยเสี่ยง ที่ส่งผลก่อให้เกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อ
๓. สื่อสารรณรงค์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชนทั่วไป ประชาชนในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อ

โครงการหลัก

ประกอบด้วยโครงการหลัก อาทิ โครงการความร่วมมือของประเทศไทยภายใต้กรอบองค์การอนามัยโลกประจำปี ค.ศ. ๒๐๑๗ - ๒๐๒๑ (WHO-RTG CCS on NCDs 2017 - 2021) โครงการยกระดับขยายวง การสร้างเสริมสุขภาพ ลดเสี่ยง และป้องกันโรคไม่ติดต่อด้วยทีมหมอครอบครัว และโครงการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลนโยบายส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยโปรแกรม OneHealth Tool ฯลฯ



ภาคีหลัก

๑. หน่วยงานภาครัฐระดับชาติ และท้องถิ่น ที่มีนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกาย และกีฬาเพื่อสุขภาพ อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงคมนาคม การกีฬาแห่งประเทศไทย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร ฯลฯ
๒. องค์การกีฬาภาครัฐ และเอกชนที่ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ อาทิ สมาคมกีฬาระดับชาติและระดับจังหวัด หน่วยงานกีฬาภาครัฐ สมาพันธ์และชมรมกีฬาเพื่อสุขภาพ สมาคมสื่อมวลชนกีฬา ฯลฯ
๓. สถาบันวิชาการ หน่วยงานวิจัย และภาคประชาสังคม ที่ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย อาทิ สถาบันการพลศึกษา สถาบันวิชาการด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา สถาบันวิชาการด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู เทคนิคการแพทย์ ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK) เครือข่ายการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ สื่อมวลชนด้านสุขภาพและกีฬา กลุ่มวิชาชีพทางการแพทย์ กลุ่มวิชาชีพด้านอาหารและโภชนาการ กลุ่มวิชาชีพด้านการออกแบบและการผังเมือง เครือข่ายสิ่งแวดล้อม เครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ ฯลฯ
๔. เครือข่ายสากลด้านกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน อาทิ International Society for Physical Activity and Health (ISPAH), Global Advocacy for Physical Activity (GAPA), Prince Mahidol Award Foundation, Active Living Research, International Society for Behavioral Nutrition and Physical Activity (ISBNPA), Global Report Card on Physical Activity, World Cycling Alliance (WCA), Japan Sport Association (JSPO), ASEAN University Network-Health Promotion Network (AUN-HPN), Active Healthy Kids Global Alliance ฯลฯ
๕. เครือข่ายที่ร่วมขับเคลื่อนการป้องกันโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม อาทิ หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต และสำนักปลัดกระทรวงฯ เป็นต้น) กระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเครือข่าย Asian University Network-Health Promotion Network (AUN-HPN) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานสถิติแห่งชาติ ศูนย์วิจัยและวิชาการ (ด้านกิจกรรมทางกาย อาหาร บุหรี่ เหล้า) สมาพันธ์เครือข่าย NCDs แห่งประเทศไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) ฯลฯ



แนวทางบริหารจัดการแผน

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

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันตามกลุ่มวัย	๖๘
๒. กลุ่มแผนงานส่งเสริมพื้นที่สุขภาวะที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย	๓๐
๓. กลุ่มแผนงานทุนอุปถัมภ์กีฬา	๓๐
๔. กลุ่มแผนงานควบคุมกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs)	๒๐
๕. การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	๒
รวม	๑๕๐



แผนระบบสื่อ และวิถีสุขภาวะทางปัญญา

๑๐

สถานการณ์และแนวโน้ม

๑. สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา

สถานการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้องกับระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญาที่แผนฯ ให้ความสำคัญ ๒ ด้าน ได้แก่ **ปัจจัยทางสังคม** ที่ปรากฏการณ์ “สื่อเปลี่ยนวิถีชีวิต” (Digital Disruption) กำลังมีบทบาทสำคัญในการก่อรูประบบสื่อยุคใหม่ซึ่งมีสภาพเสมือน “ดาบสองคม” เพราะผู้ใช้ขาดทักษะการเท่าทันสื่อยุคใหม่ ขณะเดียวกันสังคมก็ยังขาดระบบกำกับควบคุม กลไกเฝ้าระวังเนื้อหาด้านลบในสื่อดิจิทัล และการสนับสนุนให้ประชาชนเกิดทักษะเท่าทันสื่อดิจิทัลอย่างทันสถานการณ์ รวมถึงปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคม และวิถีการเรียนรู้ของคนไทย และ **ปัจจัยในตัว “คน”** ที่แสดงสภาวะขาดการใช้ชีวิตอย่างสมดุลกับโลกกายภาพ ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาวะทุกมิติ ปัจจัยทั้ง ๒ ด้านนี้ ยังคงดำเนินไปท่ามกลางแนวโน้มทิศทางของโลกที่เต็มไปด้วยความคลุมเครือไม่แน่นอน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาวะ และทำให้ความเสี่ยงที่มีมาก่อนเพิ่มระดับความรุนแรงยิ่งขึ้น เช่น เสถียรภาพด้านเศรษฐกิจและการเมือง ภัยพิบัติทางธรรมชาติ มลพิษในสภาพแวดล้อม **รวมถึงความเสี่ยงใหม่ ได้แก่ โรคอุบัติใหม่ นั่นคือ การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-๑๙** ที่ทำให้มนุษย์ทั่วโลกเผชิญภาวะวิกฤตทางด้านสุขภาพอย่างรุนแรงฉับพลัน และนำไปสู่การใช้มาตรการการควบคุมโรคอย่างเข้มข้นด้วยการลดและงดกิจกรรมต่างๆ เพื่อรักษาระยะห่างทางสังคม ที่ดำเนินมาตั้งแต่ต้นปี ๒๕๖๓ และคาดว่าจะคงอยู่ประมาณ ๑ - ๒ ปี ยิ่งเร่งให้ภาวะ “โลกพลิกผัน” ส่งแรงกระแทกสู่ทุกมิติ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพในองค์รวม จนทำให้ปัจจัยเสี่ยงทั้งทางสังคมและปัจจัยเสี่ยงจากในตัวคนปรากฏชัดเจนยิ่งขึ้น

สถานการณ์สำคัญเหล่านี้ส่งผลให้การพัฒนาระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญาในสังคมไทยเป็นเรื่องที่ทวีความสำคัญยิ่งขึ้นนับจากนี้ไป การสนับสนุนจากกลไกระบบนิเวศสื่อสุขภาวะและการขับเคลื่อนให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาวะทางปัญญาจะเป็นไปเพื่อเอื้อให้มนุษย์หันมาใช้ศักยภาพสูงสุดของความเป็นมนุษย์ในการปรับตัวยืดหยุ่นและฟื้นฟูตนเอง การตระหนักถึงความเชื่อมโยงสัมพันธ์และพึ่งพาอาศัยกันระหว่างบุคคล สังคม สิ่งแวดล้อม และโลก เกิดจิตสำนึกใหม่จนสามารถปรับตัวสู่ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ร่วมสร้างระบบการอยู่ร่วมกันใหม่ใน “โลกจากผลกระทบของโควิด-๑๙” ภายใต้อุปกรณ์ภาพและดุลยภาพ

❖ ภูมิทัศน์สื่อ

แนวโน้มใหม่ที่เกิดชัดเจนในปีที่ผ่านมา คือ (๑) โซเชียลมีเดียก้าวสู่สถานะสื่อมวลชน (Mass Media) แขนงใหม่ โดยสามารถเทียบชั้นสื่อมวลชนแขนงดั้งเดิมอย่างโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ หรือนิตยสารแล้ว (๒) บริการเผยแพร่ภาพและเสียงผ่านอินเทอร์เน็ต เช่น การชมวิดีโอในระบบสมาชิก (Over-the-Top TV)



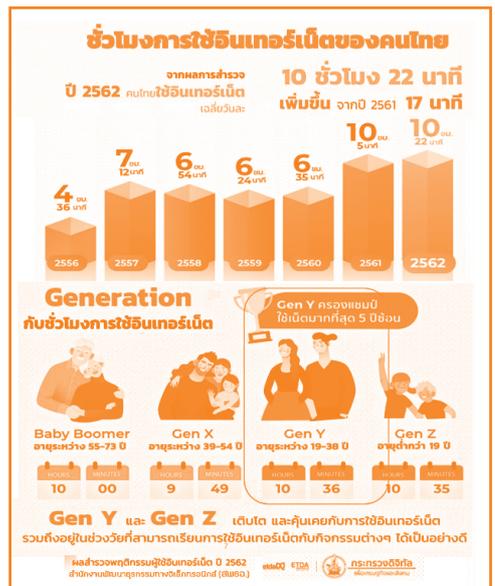
เพลง รายการวิทยุ หรือ Podcast กลายเป็นช่องทางสื่อที่ทวีบทบาทสำคัญขึ้นอย่างรวดเร็ว และแทรกตัวเข้าสู่ชีวิตของประชาชนในวงกว้างยิ่งขึ้นหลังเกิดมาตรการรักษาระยะห่างทางสังคม (๓) ความนิยมของแอปพลิเคชันที่สอดรับกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-๑๙ และมาตรการการกักตัวอยู่บ้านเพื่อป้องกันการระบาดของเชื้อ อาทิ แอปพลิเคชันสั่งและส่งอาหาร (Food Delivery) ชอปปิงออนไลน์ และแอปพลิเคชันสร้างสื่อบันเทิงอย่าง ดิจิต็อก

ท่ามกลางสภาพเช่นนี้ สื่อดั้งเดิมที่ได้รับผลกระทบชัดเจนที่สุด ได้แก่ หนังสือพิมพ์และนิตยสารที่ปิดตัวไปมากกว่า ๒๐ รายในปีที่ผ่านมา เนื่องจากการเปลี่ยนไปอ่านผ่านช่องทางออนไลน์แทนสื่อกระดาษ ขณะที่โทรทัศน์ซึ่งลดจำนวนช่องในระบบดิจิทัลลง ๗ ช่อง เหลือ ๑๙ ช่อง แม้อัตราการรับชมลดลง แต่ยังคงเป็นสื่อที่เข้าถึงคนทุกวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนวัย ๔๒ ปีขึ้นไปที่ยังดูโทรทัศน์ ร้อยละ ๘๘.๖ - ๙๐.๕ และคาดการณ์ว่าในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า คนไทย ร้อยละ ๕๐ จะยังคงดูโทรทัศน์ โดยกลุ่มหลักคือผู้สูงอายุ สำหรับวิทยุยังเป็นสื่อที่อยู่ในชีวิตประจำวันของคนจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คนกรุงเทพฯ ในช่วงของการเดินทางและชั่วโมงการทำงาน โดยจำนวนผู้ฟังต่อเดือนยังสูงกว่า ๑๐ ล้านคน^{๑๒๙}

สิ่งที่ไม่อาจมองข้าม คือ การที่โซเชียลมีเดียก้าวสู่สถานะสื่อมวลชนแขนงใหม่ ทำให้บุคคลผู้นำเสนอเนื้อหาที่ได้รับความนิยมในสื่อนี้ หรือ “อินฟลูเอนเซอร์” (Influencer) ซึ่งมีผู้ติดตามจำนวนมาก กลายเป็นผู้ทรงอิทธิพลในการชี้นำความคิดและพฤติกรรมของปัจเจกและกลุ่มสูงยิ่งขึ้นกว่าที่เคยเป็นมา^{๑๓๐} ในขณะที่กลไกการกำกับดูแลคุณภาพเนื้อหาและการยึดหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณสื่อของบรรดาผู้ทรงอิทธิพลรวมทั้งสื่อมวลชนในโลกโซเชียลยังไม่เท่าทันสถานการณ์

❖ พฤติกรรมการใช้สื่อ

ในช่วง ๑๐ ปี ระหว่างปี ๒๕๕๒ - ๒๕๖๑ จำนวนผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นมากกว่า ร้อยละ ๑๕๐ โดยในปี ๒๕๖๑ มีผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทยสูงถึง ๕๐.๑๐ ล้านคนจากประชากรทั้งหมด ๖๖ ล้านคน^{๑๓๑} ภาพรวมการใช้อินเทอร์เน็ตเฉลี่ยมากกว่า ๑๐ ชั่วโมง ๒๒ นาที ต่อวัน สูงกว่าปีก่อน ๑๗ นาที โดยในวันเรียน/ทำงาน พบว่ามีการใช้อินเทอร์เน็ตเฉลี่ย ๙ ชั่วโมง ๕๒ นาทีต่อวัน ส่วนในวันหยุดมีการใช้อินเทอร์เน็ต ๑๑ ชั่วโมง ๓๕ นาทีต่อวัน เมื่อจำแนกตามช่วงวัย (Generation) พบว่ากลุ่มเจนวาย (อายุ ๑๙ - ๓๘ ปี) มีการใช้อินเทอร์เน็ตสูงที่สุด จำนวน ๑๐ ชั่วโมง ๓๖ นาที รองลงมาคือเจนแซด (อายุน้อยกว่า ๑๙ ปี) จำนวน ๑๐ ชั่วโมง ๓๕ นาที กลุ่มเบบี้บูมเมอร์ (อายุ ๕๕ - ๗๓ ปี) จำนวน ๑๐ ชั่วโมง และเจนเอ็กซ์ (อายุ ๓๙ - ๕๔ ปี) จำนวน ๙ ชั่วโมง ๔๙ นาที ซึ่ง เจนวาย และ เจนเอ็กซ์ เป็นกลุ่มที่มีการใช้อินเทอร์เน็ตโดยเฉลี่ยต่อวันมากที่สุด เนื่องจากเจนวายเป็นกลุ่มคนวัยทำงานที่ต้องมีการใช้อินเทอร์เน็ตในการทำงาน และเจนแซดเป็นกลุ่มวัยเรียนและเติบโตมาในยุคดิจิทัลจึงมีทักษะการใช้เทคโนโลยีเป็นอย่างดี และมักใช้อินเทอร์เน็ตในการค้นหาข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษาหาความรู้^{๑๓๒}



^{๑๒๙} ภูมิภาคสื่อไทยปี ๒๕๖๓ โดย อินโฟเควสท์

^{๑๓๐} อ้างแล้วใน ๑๒๙

^{๑๓๑} สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกากระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ

^{๑๓๒} ผลสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ต ปี ๒๕๖๒ โดย สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (สพธอ.)

คนไทยที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ตและใช้งานโซเชียลมีเดียเป็นประจำ เพิ่มจากปี ๒๕๖๒ จำนวน ๒.๓ ล้านคน โดยมีการเปิดบัญชีโซเชียลมีเดียสูงเป็นอันดับ ๔ ของโลก เฉลี่ย ๑๐.๕ บัญชีต่อคน และใช้เวลากับสื่อประเภทนี้มากกว่า ๓ ชั่วโมงต่อวัน แพลตฟอร์มที่นิยม ๑๐ อันดับแรก ตามลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ เฟซบุ๊ก, ยูทูป, ไลน์, เฟซบุ๊กแมสเซนเจอร์, อินสตาแกรม, ทวิตเตอร์, ดิกท็อก, ลิงก์เดน, พินเทอเรส และวีแชท ร้อยละ ๙๙ ของการใช้อินเทอร์เน็ตของคนไทยใช้เพื่อดูวิดีโอ, ดู VLOGS และ ฟังเพลง ขณะที่การค้นหาข้อมูลผ่านสื่อออนไลน์ในปีที่ผ่านมา สะท้อนให้เห็นว่า คนไทยมีแนวโน้มใช้สื่อใหม่เพื่อความบันเทิงเป็นหลัก ดังเห็นได้จากคำค้นหาผ่านเสิร์ชเอนจิน www.google สูงสุด ๕ อันดับแรก ได้แก่ บอล, หนัง, ผลบอล, หวย และ แบล ตามลำดับ

ประเทศไทยมีผู้ใช้โทรศัพท์มือถือ ๙๓.๓๙ ล้านราย โดยโทรศัพท์มือถือแต่ละเครื่องดาวน์โหลดแอปพลิเคชันเฉลี่ย ๙๙ แอปพลิเคชันต่อโทรศัพท์ ๑ เครื่อง แต่มีการใช้งานจริง ๓๘ แอปพลิเคชันต่อเดือน โดย ๕ แอปพลิเคชันที่คนไทยใช้งานมากที่สุดเป็นแอปโซเชียลมีเดียและช้อปปิ้งออนไลน์ เรียงตามลำดับการใช้งานมากที่สุด ได้แก่ ไลน์, เฟซบุ๊ก, เฟซบุ๊กแมสเซนเจอร์, อินสตาแกรม และลาซาด้า^{๑๓๓}

คนไทยทุกกลุ่มวัยยังมีแนวโน้มใช้อินเทอร์เน็ตมากขึ้นเป็นลำดับ และกลุ่มวัยที่ใช้งานโซเชียลมีเดียสูงสุดยังคงเป็นกลุ่ม อายุ ๒๕ - ๓๔ ปี และ ๑๙ - ๒๔ ปี ซึ่งเป็น ๒ ช่วงวัยที่สามารถเรียนรู้การใช้กิจกรรมต่างๆ ทางอินเทอร์เน็ตได้ดีกว่าทุกกลุ่ม ขณะที่วัย ๑๑ ปีหรือน้อยกว่า (เจนวาย และ เจนแซด) เปิดรับสื่อหลากหลายช่องทาง โดยเฉพาะสื่อออนไลน์ ส่วนคนช่วง ๔๒ - ๕๖ ปี (เจนเอ็กซ์) มีพฤติกรรมคาบเกี่ยวระหว่างผู้สูงวัยและคนรุ่นใหม่ ขณะที่กลุ่มสูงวัยกว่าที่มีอายุตั้งแต่ ๕๗ ปีขึ้นไป (เจนเบบี้บูมเมอร์) ยังเปิดรับสื่อดั้งเดิมค่อนข้างมาก ทั้งโทรทัศน์และสิ่งพิมพ์ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ วัย ๖๐ ปีขึ้นไป สื่อ ๓ อันดับแรก ที่ใช้งานมากที่สุด ได้แก่ ไลน์ ร้อยละ ๕๐.๒ โทรทัศน์ ร้อยละ ๒๔ และ เฟซบุ๊ก ร้อยละ ๑๖^{๑๓๔}

กลุ่มที่น่าจับตามองเป็นพิเศษคือ ช่วงวัย ๖ - ๑๕ ปี ที่เรียกว่า “เจนซี-อัลฟา” (Z-alpha) ซึ่งเป็นกลุ่มที่เกิดในยุคที่มีการใช้อินเทอร์เน็ตแพร่หลายแล้ว จึงถือเป็นกลุ่มประชากรที่ได้รับอิทธิพลจากสื่อดิจิทัลและสื่อสังคมออนไลน์อย่างเข้มข้น พบว่า ร้อยละ ๙๔.๓ ของเด็กกลุ่มนี้เข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ และมีโทรศัพท์มือถือเป็นของตนเองถึง ร้อยละ ๖๙ กิจกรรมที่น่าจับตามองคือ การเล่นเกมออนไลน์ ที่เล่นเกม ๑ - ๕ ครั้งต่อวัน และในพื้นที่กรุงเทพฯ และ ชลบุรี สูงถึง ๑๑ ครั้งต่อวัน โดยเกมที่ชอบเล่นที่สุดคือ เกมที่มีเนื้อหาต่อสู้ วางแผนโจมตี และยิงเป้าหมาย ขณะที่เนื้อหารายการยูทูปที่เข้าไปดูมากที่สุดคือ การสาธิตการเล่นเกม (แคสเกม) กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อเกมออนไลน์สูงสุดคือ เด็กชายช่วงปฐมวัย (๖ - ๑๒ ปี) ที่อยู่นอกเขตกรุงเทพฯ^{๑๓๕}

ด้าน “แหล่งข้อมูล” ที่คนแต่ละวัยเชื่อถือก็มีความแตกต่างกันด้วย โดยกลุ่มสูงวัยติดตามข่าวสารจากแหล่งที่เชื่อถือได้ คือ สำนักข่าวต่างๆ ขณะที่คนรุ่นใหม่ติดตามข้อมูลข่าวสารจากการแชร์ของเพื่อนในสื่อสังคมออนไลน์ สะท้อนให้เห็นว่า คนยุคปัจจุบันมีความภักดีต่อสื่อลดลง แต่ให้ความสำคัญกับเนื้อหาที่ต้องการเสพตรงกับสิ่งที่ตนสนใจ และเข้าถึงได้สะดวก

ด้านการรับข่าวสาร พบว่า คนไทยยังมีพฤติกรรมการอ่านน้อยกว่าการฟังและดูโทรทัศน์ที่น่าเสนอเนื้อหาแบบ “เล่าข่าว” อย่างไรก็ตาม ผลการสำรวจการอ่านของคนไทยครั้งล่าสุดในปี ๒๕๖๑ ระบุว่า คนไทยอายุ ๖ ปีขึ้นไป มีอัตราการอ่านเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ ๗๗.๗ ในปี ๒๕๕๘ เป็น ร้อยละ ๗๘.๘ และมีอัตราการอ่าน

^{๑๓๓} รายงาน Digital Thailand 2020 โดย We Are Social

^{๑๓๔} ผลการวิจัยการทำตลาดกับกลุ่มผู้สูงอายุ โดย วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล (CMMU) เผยแพร่เมื่อ กันยายน ๒๕๖๑

^{๑๓๕} ข้อมูลและสถิติของซี-แอลฟา โดย นิพนธ์ ตาราวุฒิมาประภรณ์ และคณะ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล



หนังสือเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก ๖๖ นาทิต่อวัน เป็น ๘๐ นาทิต่อวัน โดยสื่อที่นิยมอ่านมากที่สุดยังคงเป็นหนังสือเล่ม อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มเด็กเล็กอายุต่ำกว่า ๖ ปี เป็นกลุ่มที่พบว่าขาดโอกาสเข้าถึงการอ่าน เพราะความเข้าใจว่ายังเด็กเกินไป อีกทั้งยังมีการให้เด็กรับสื่ออิเล็กทรอนิกส์อย่างเดียวยิ่งเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๘ ถึง ๓ เท่าตัว^{๑๓๖}

❖ ความเสี่ยงที่สำคัญ

แม้สื่อยุคใหม่ที่ขับเคลื่อนผ่านระบบอินเทอร์เน็ตมีคุณลักษณะพิเศษหลายประการ เช่น เปิดโอกาสให้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิต ขยายโอกาสทางการศึกษาและการบริการสาธารณสุข ช่วยลดขั้นตอน ระยะเวลา และประหยัดทรัพยากรในการรับบริการพื้นฐานต่างๆ อีกทั้งยังเปิดพื้นที่ทางสังคมออนไลน์ที่เอื้ออำนวยให้เกิดการพัฒนาปัญญา ผ่านการพบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็น นำไปสู่การเสริมสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือระหว่างคนจำนวนมากที่มีแนวคิดและความสนใจร่วมกันได้แบบไร้พรมแดน สะดวก รวดเร็ว โดยทำลายอุปสรรคด้านพื้นที่และเวลาอันเป็นข้อจำกัดของโลกกายภาพได้อย่างสิ้นเชิง

ขณะเดียวกัน ระบบสื่อปัจจุบันก็กลายเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะได้อย่างรุนแรง โดยในปี ๒๕๖๒ ได้มีการประมวลความเสี่ยงที่พบในสื่อใหม่เป็น ๑๕ ลักษณะ ได้แก่ (๑) ภาพ คลิป คำพูดที่มีความรุนแรง ถ้อยคำหยาบคาย (๒) โฆษณาสินค้าไม่ได้รับการรับรองด้านความปลอดภัย สินค้าผิดกฎหมาย อดอ้างสรรพคุณเกินจริง (๓) เนื้อหาสุขภาพที่ไม่น่าเชื่อถือ (๔) ข่าวปลอม ข่าวลือ ข่าวลวง (๕) การเข้าถึงเนื้อหาด้านเพศ ลามก อนาจาร (๖) ห่วยออนไลน์ (๗) พนันออนไลน์ (๘) การหลอกลวงให้ซื้อสินค้าออนไลน์ที่ไม่มีคุณภาพ (๙) การหลอกลวงเพื่อการเสนอขายสินค้า (๑๐) ความเสียหายที่เกิดจากระบบคอมพิวเตอร์ โดยพบเห็นโฆษณาที่ส่งมาถึงระบบคอมพิวเตอร์ (๑๑) เล่นแชร์ออนไลน์ (๑๒) การถูกหลอกว่าได้รับโชคและให้กดลิงก์ที่นำไปสู่เนื้อหาที่อาจนำไปสู่การหลอกลวง (๑๓) ข้อมูลส่วนตัวถูกนำไปใช้เพื่อประโยชน์อื่นจนเกิดความเสียหาย (๑๔) Һุ่นออนไลน์ (๑๕) การถูกกลั่นแกล้งจนเกิดความเสียหาย โดยเพื่อน หรือคนอื่นแกล้งโพสต์เรื่องเสียหาย นำอับอายเกี่ยวกับตัวเรา

สาเหตุหลักของความเสี่ยงในระบบสื่อปัจจุบัน มาจากการที่สื่อใหม่ขาดมาตรการ กลไกการกำกับดูแล และกลั่นกรองเนื้อหาอย่างเท่าทันสถานการณ์ ทำให้เกิดการเผยแพร่ข่าวลวง (Fake News) กว้างขวางและมีเครือข่ายระดับโลก, การเผยแพร่ภาพและเนื้อหาความรุนแรง, การระรานออนไลน์ (Cyber Bullying), การล่อลวงของมิจฉาชีพ เช่น แชร์ลูกโซ่ การพนันออนไลน์ ฯลฯ โดยการขาดทักษะรู้เท่าทันสื่อเป็นองค์ประกอบสนับสนุนอยู่เบื้องหลังปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้^{๑๓๗}

ผลการสำรวจในปี ๒๕๖๒ ที่พบว่า เกินกว่าครึ่ง (ร้อยละ ๕๔.๓) ของเด็กชั้นประถมต้นจนถึงชั้นมัธยมปลายที่ใช้อินเทอร์เน็ต เชื่อว่าตนเองสามารถจัดการแก้ปัญหาเมื่อเผชิญภัยหรือความเสี่ยงออนไลน์ได้ด้วยตนเอง ทั้งที่หนึ่งในสามของผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยเคยถูกกลั่นแกล้งรังแกทางออนไลน์ และร้อยละ ๓ ถูกกลั่นแกล้งทุกวันหรือเกือบทุกวัน และหนึ่งในสาม ของเด็กที่ถูกกลั่นแกล้งก็เคยเป็นฝ่ายกลั่นแกล้งคนอื่นทางออนไลน์เช่นกัน นอกจากนี้ ร้อยละ ๗๓.๘ ระบุว่า เคยพบเห็นสื่อลามกอนาจารทางออนไลน์และประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ ๔๙.๗) เคยเห็นสื่อลามกอนาจารเด็กทางออนไลน์ ขณะที่ ร้อยละ ๕๑.๗ เคยพูดคุยกับคนที่ไม่รู้จักผ่านทางสื่อออนไลน์ และ ร้อยละ ๖๙.๔๕ แชร์ตำแหน่งหรือ “เช็คอิน” สถานที่ต่างๆ ที่ไป^{๑๓๘}

^{๑๓๖} ผลสำรวจการอ่านของประชากร ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๑ เผยแพร่เมื่อ เมษายน ๒๕๖๒

^{๑๓๗} งานวิจัย “๑๕ ความเสี่ยงบนโลกออนไลน์” โดย รศ.ดร.พนม คลีฉายา หน่วยปฏิบัติการวิจัยและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านความรู้ทางด้านดิจิทัลและการรู้เท่าทันสื่อ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เผยแพร่เมื่อ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

^{๑๓๘} รายงานการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์เด็กกับภัยออนไลน์ ประจำปี ๒๕๖๒ โดย ศูนย์ประสานงานขับเคลื่อนการส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการใช้สื่อออนไลน์ และ มูลนิธิอินเทอร์เน็ตร่วมพัฒนาไทย



ไม่ใช่แค่เยาวชนเท่านั้นได้รับความเสี่ยงจากการใช้สื่อ กลุ่มอายุ ๒๓ - ๓๙ ปี เป็นกลุ่มที่พบเจอความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ในเกือบทุกเรื่อง กลุ่มอายุ ๒๓ - ๓๙ ปี ก็พบความเสี่ยงเรื่องข่าวปลอม การถูกกลั่นแกล้งมากกว่ากลุ่มอื่น และพบเจอความเสี่ยงเรื่องข้อมูลส่วนบุคคลถูกนำไปใช้เพื่อประโยชน์อื่นจนเกิดความเสียหายใกล้เคียงกลุ่มเยาวชน นอกจากนี้ กลุ่มอายุ ๔๐ - ๕๙ ปี พบความเสี่ยงจากการถูกหลอกลวงจากคนแปลกหน้ามากกว่ากลุ่มอื่น ขณะที่กลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป พบความเสี่ยงด้านข้อมูลสุขภาพที่ไม่จริง ข่าวปลอม ภาพความรุนแรง หวยออนไลน์ โฆษณาเกินจริง ภาพลามก และแฮร์ออนไลน์ ตามลำดับ^{๑๓๙}

จากภัยที่พบในระบบสื่อเมื่อประกอบกับการใช้สื่ออย่างไม่รู้เท่าทัน ได้ทำให้ “หลง” ชักนำไปสู่ความเสี่ยงทั้งความหลงใหล หลงผิด และถูกล่อลวงได้อย่างง่ายดาย ดังสะท้อนผ่านผลวิจัยที่พบว่าเด็กไทย ร้อยละ ๖๐ ที่ใช้อินเทอร์เน็ต ได้รับความเสี่ยงที่มากับสื่อออนไลน์สูงกว่าค่าเฉลี่ยโลกซึ่งอยู่ที่ ร้อยละ ๕๖^{๑๔๐} สอดคล้องกับผลวิจัยในปี ๒๕๖๒ ที่พบว่า จากทักษะที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางดิจิทัลและสื่อสังคมออนไลน์ซึ่งประกอบด้วย ๗ ด้าน มีทักษะ ๒ ด้าน ที่ต้องเร่งปรับปรุงในคนไทย คือ ทักษะการสื่อสารในสังคมออนไลน์ที่มีความเสี่ยงต่อการทำให้เกิดอันตราย และ ทักษะการวิเคราะห์เนื้อหาบนสื่อ ทั้งเนื้อหาตรง เนื้อหาแฝง และ ก้าวร้าว^{๑๔๑}

ความเสี่ยงที่เด่นชัดในช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด-๑๙ ได้แก่ ภาวะการระบาดของข่าวลวง ข้อมูลผิดพลาด (Misinformation) และข้อมูลบิดเบือน (Disinformation) ทั้งนี้ ก่อนหน้าการระบาดของโควิด-๑๙ นั้น สังคมเริ่มตระหนักถึงปัญหาความเสี่ยงจากข่าวลวงทั้งในด้านสุขภาพ การเมือง และสังคม และรัฐบาลจัดตั้งศูนย์ต่อต้านข่าวปลอม ขณะที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้บัญญัติคำใหม่ว่า “Infodemic” ซึ่งเป็นคำผสมของ Information (ข้อมูล) กับ Pandemic (โรคระบาด) เพื่อสื่อสารถึงภัยพิบัติจากข้อมูลข่าวสารผิดพลาด อันเกิดขึ้นคู่กับภัยโรคระบาดที่กระจายไปทั่ว เป็นภัยที่สามารถส่งต่อได้ง่ายเพียงคลิกแชร์หรือเล่าต่อ เนื่องจากโรคระบาดครั้งนี้ก่อให้เกิดข่าวปลอมขึ้นอย่างมหาศาล จนองค์การอนามัยโลกต้องออกมาเตือนให้ระมัดระวังภัยจากการสื่อสารในยุคโควิด-๑๙ ที่นอกจากโหมกระพือข้อมูลเท็จแล้วยังส่งต่อทั้งในแง่อารมณ์ความรู้สึก การเหยียดเชื้อชาติ และความเกลียดชัง

❖ ผลกระทบต่อสุขภาพ

ก่อนการระบาดของไวรัสโควิด-๑๙ ความตระหนักต่อผลกระทบของระบบสื่อต่อสุขภาพได้เกิดขึ้นชัดเจนแล้ว ไม่ว่าจะเป็น (๑) เรื่องของการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ (Social Syndrome) ที่ส่งผลต่อสุขภาพทางกายในลักษณะที่ไม่แตกต่างจากออฟฟิศซินโดรม จากการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์จนทำให้ลดการเคลื่อนไหวร่างกาย เกิดพฤติกรรมเนือยนิ่ง โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์และสื่อสังคมออนไลน์พบว่า ได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากการนอนดึก นอนไม่พอ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา และพัฒนาการด้านการเรียนรู้และพฤติกรรมในระยะยาวผิดปกติ (๒) ผลจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์โดยขาดทักษะความรู้เท่าทัน จนกระทบต่อทุกมิติของสุขภาพ ทั้งด้านปัญญา กาย จิต หรือสังคม

หลังการระบาดของไวรัสโควิด-๑๙ ยังมีโอกาสที่ผลกระทบดังกล่าวจะขยายตัวและทวีความรุนแรงขึ้น ดังผลสำรวจในเดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๖๓ ที่พบว่า ภาพรวมการใช้สื่อดิจิทัลทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดดทั้งด้านจำนวนผู้ใช้งานรายใหม่ ระยะเวลาและความถี่ในการใช้งาน โดยมาตรการ “ล็อกดาวน์” ทำให้คนหมกมุ่น

^{๑๓๙} อ้างแล้วใน ๑๓๗

^{๑๔๐} 2018 National DQ Impact Report โดย DQ Institute

^{๑๔๑} อ้างแล้วใน ๑๓๗



กับสื่อออนไลน์มากยิ่งขึ้น ทั้งการติดตามข่าวสาร เปิดรับสื่อ การเข้าถึงคอมมูนไลน์ การส่งข้อความ การขอปึง รวมทั้งการเล่นเกม ที่พบว่า กลางเดือนมีนาคม ๒๕๖๓ มียอดการดาวน์โหลดเกมออนไลน์สูงกว่าช่วงปกติถึงร้อยละ ๓๐^{๑๕๒}

❖ สถานการณ์ด้านสุขภาวะทางปัญญา

ผลการจัดลำดับประเทศที่มีความสุข ช่วงปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๒ ใน World Happiness Report 2020 ระบุว่าประเทศไทยได้รับการจัดให้เป็นประเทศที่มีความสุขลำดับที่ ๕๔ ของโลก และเป็นอันดับ ๒ ของภูมิภาคอาเซียน รองจากสิงคโปร์^{๑๕๓}

อย่างไรก็ตาม เมื่อมองในรอบสถานการณ์ภายในประเทศ พบว่า คนไทยจำนวนมากกำลังเผชิญกับปัญหาด้านจิตใจ ซึ่งสะท้อนให้เห็นชัดเจนถึงการขาด “ภูมิคุ้มกันใจ” โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขาดการตระหนักรู้เท่าทันและการสะท้อนความคิดตนเอง (Self-Awareness and Reflection) และ ความสามารถในการปรับตัวยืดหยุ่นและฟื้นฟูตนเอง อันเป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาวะทางปัญญา

ปัญหาสุขภาพจิตใจระดับที่รุนแรงขึ้น ได้แก่ อาการซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายก็ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และเร่งอัตรายิ่งขึ้นภายหลังเกิดโรคระบาดโควิด-๑๙ โดยผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี ๒๕๖๑ ระบุว่า ร้อยละ ๑๖ ของประชากรที่สำรวจมีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป โดยกลุ่มวัยรุ่น อายุ ๑๕ - ๒๔ ปี มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำที่สุด นอกจากนี้ยังมีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น จาก ๔.๙๔ ต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๖๐ เป็น ๕.๓๓ ต่อประชากรแสนคน^{๑๕๔} นับเป็นภาพสะท้อนที่น่าวิตก เพราะประชากรกลุ่มวัยรุ่นเป็นทรัพยากรที่มีค่าในการพัฒนาประเทศในยุคที่สังคมไทยได้ก้าวไปสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้ว ในปี ๒๕๖๓

หลังการระบาดของไวรัสโควิด-๑๙ ปัญหาสุขภาพจิตแสดงแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน ดังเห็นได้จากอัตราการฆ่าตัวตาย ระหว่างวันที่ ๑ - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๓ พบการฆ่าตัวตายเพราะได้รับผลกระทบจากวิกฤตโควิด-๑๙ เกิดขึ้นทั้งหมด ๔๔ กรณี มีผู้เสียชีวิต ๓๑ ราย ขณะที่สมาคมสมาชิกรัฐแห่งประเทศไทย ซึ่งให้บริการเป็นเพื่อนพูดคุยทางโทรศัพท์เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย ระบุว่า ตั้งแต่วิกฤตในครั้งนี้เริ่มขึ้นมีคนโทรเข้ามาปรึกษาทุกข้มากขึ้นถึง ๓ เท่าตัว^{๑๕๕}

ภาวะความเปราะบางทางจิตใจที่เผยตัวให้เห็นในระยะเวลาอันสั้นหลังเกิดวิกฤตการณ์ อาจมีสาเหตุจากการขาดที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ท่ามกลางยุคสมัยที่การนับถือศาสนาตกลงกำลังเป็นแนวโน้มที่ขยายตัวไปทั่วโลก ทุกวันนี้กลุ่มคนที่ไม่นับถือศาสนาใดๆ เพิ่มมากขึ้น ผลสำรวจขององค์กร “พีว” (The Pew Forum on Religion & Public Life) ระบุว่า จำนวนคนไม่นับถือศาสนาทั่วโลกมีมากถึง ๑,๑๐๐ ล้านคน โดยพบในประเทศจีนมากที่สุด คือ ๗๐๐ ล้านคน รองลงมา คือ ญี่ปุ่น ๗๒ ล้านคน และสหรัฐอเมริกา ๕๑ ล้านคน แม้ในไทยไม่พบสถิติที่แน่ชัด แต่มีการประมาณการว่า เพิ่มถึง ร้อยละ ๒๐ จากความผิดหวังกับบุคคลในสถาบันศาสนา นอกจากนี้ยังพบการถกเถียงในสื่อสังคมออนไลน์ว่า พวกเขาจะใช้ชีวิตอย่างไร หากไม่มีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ^{๑๕๖}

^{๑๕๒} Digital around the world in April 2020 โดย We Are Social

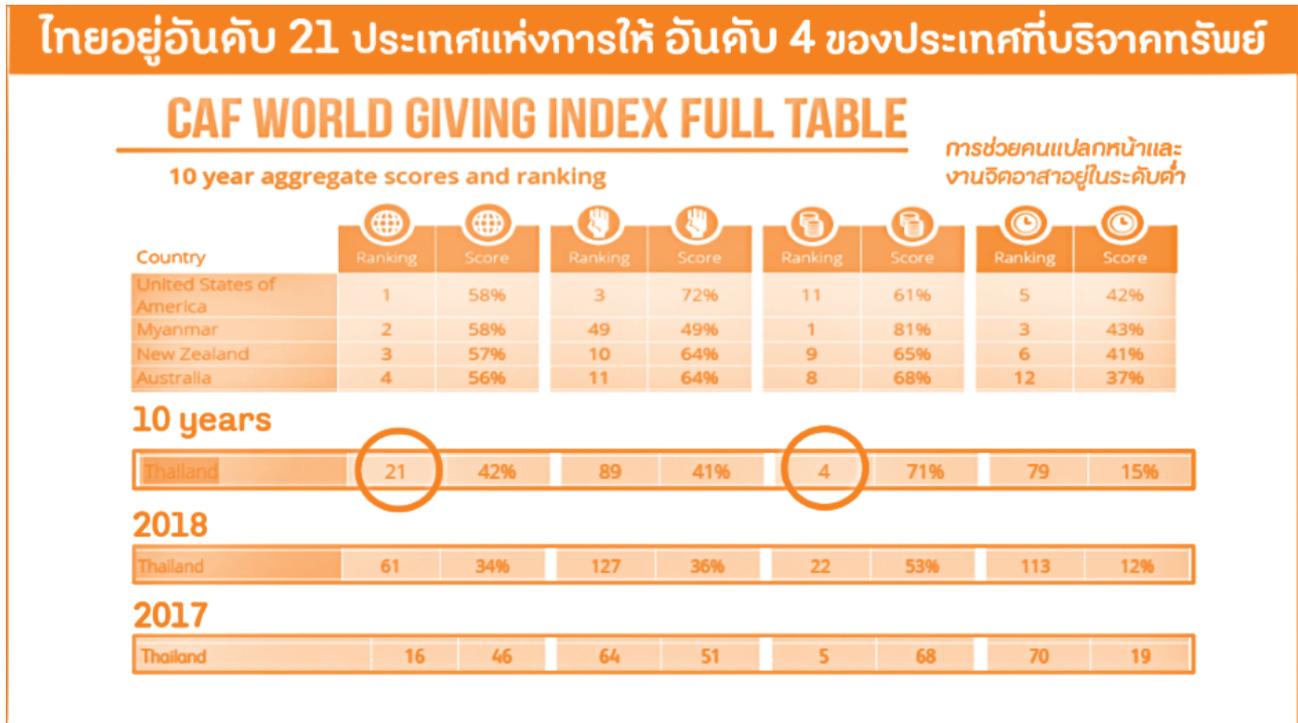
^{๑๕๓} World Happiness Report 2020 โดย Sustainable Development Solution Network และเครือข่าย

^{๑๕๔} การสำรวจสุขภาพทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต ปี ๒๕๖๑ โดย สำนักงานสถิติแห่งชาติ

^{๑๕๕} www.bbc.com เผยแพร่เมื่อ พฤษภาคม ๒๕๖๓

^{๑๕๖} News. ThaiPBS.or.th เผยแพร่เมื่อ มกราคม ๒๕๖๑

ในด้านของ “การให้” ซึ่งเป็นมิติหนึ่งที่สะท้อนภาพสภาวะทางปัญญา รายงาน “ดัชนีการให้ของโลก ของซีเอฟ” (CAF World Giving Index) ในปี ๒๕๖๒ ระบุว่า จากการประมวลผลตลอดช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ ๒๑ โดยมีความโดดเด่นด้านการบริจาคทรัพย์ ซึ่งจัดอยู่ในลำดับ ๔ ของโลก ขณะที่การให้ในรูปแบบอื่นอยู่ในลำดับต่ำกว่า คือ การช่วยเหลือคนแปลกหน้า ลำดับ ๘๙ และ การทำงานจิตอาสา ลำดับ ๗๙^{๑๔๗}



อย่างไรก็ตาม มีผลสำรวจพบว่า คนไทยเห็นว่าตนเองให้ความสำคัญของจิตสาธารณะอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ ๗.๙ คะแนน จากคะแนนเต็ม ๑๐ คะแนน โดยเมื่อก้าวถึง “จิตสาธารณะ” ประชาชนส่วนใหญ่ ร้อยละ ๕๔.๙ นึกถึงเรื่อง การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เสียสละเพื่อประโยชน์ของส่วนรวม โดยไม่หวังผลตอบแทน รองลงมา ร้อยละ ๑๙.๕ นึกถึงเรื่องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสังคม ร้อยละ ๑๗.๙ นึกถึงเรื่องการรู้จักหน้าที่ของตนเอง และมีความรับผิดชอบต่อสาธารณะ ร้อยละ ๔.๔ นึกถึงเรื่องการทำประโยชน์เพื่อส่วนรวม ร้อยละ ๓.๓ นึกถึงเรื่องการยกย่องและให้เกียรติผู้อื่น และร้อยละ ๐.๐๔ เห็นด้วยกับทุกข้อที่กล่าวมา

สำหรับสิ่งที่เคยทำในการแสดงออกถึงความเป็น “จิตสาธารณะ” พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ ร้อยละ ๗๒.๕ ระบุว่าเคยเข้าร่วมกิจกรรม (เช่น เก็บขยะปลูกป่าพัฒนาทำความสะอาดอาคารสถานที่ต่างๆ) รองลงมา ร้อยละ ๕๔.๙ ระบุว่า เคยทำในชีวิตประจำวัน (เช่น ลุกให้เด็กและคนชรา นั่ง จูงคนชราข้ามถนน เข้าช่วยเหลือผู้ที่ประสบอุบัติเหตุ ให้อาหารสุนัข/แมว จรจัด) และร้อยละ ๒๓.๕ ระบุว่า เคยเป็นอาสาสมัคร (เช่น เป็นอาสาสมัครดูแลช่วยเหลือเด็ก คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง) ตามลำดับ ในส่วนของความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังจากนั้น ส่วนใหญ่ ร้อยละ ๘๔.๒ มีความภาคภูมิใจ มีความสุข รู้สึกตัวเองมีคุณค่า รองลงมา ร้อยละ ๔๔ รู้สึกได้บุญ ร้อยละ ๒๒.๗ ต้องการชักชวนผู้อื่นมาทำด้วย ร้อยละ ๑๙ ต้องการทำอีกหรือทำบ่อยๆ ร้อยละ ๑๑.๖ ได้รับการยอมรับยกย่องจากสังคม และ ร้อยละ ๐.๐๔ ระบุว่า ได้ประสบการณ์เพิ่มขึ้น^{๑๔๘}

^{๑๔๗} CAF World Giving Index 10th Edition: Ten Years of Giving Trends เผยแพร่เมื่อ ตุลาคม ๒๕๖๒

^{๑๔๘} ผลสำรวจ ‘นิด้าโพล’ เรื่อง “สังคมไทย ร่วมใจ สร้างจิตสาธารณะ” เผยแพร่เมื่อ กรกฎาคม ๒๕๖๒



น่าสนใจ คือ หลังเกิดการระบาดของโควิด-๑๙ ทำให้เกิดปรากฏการณ์ที่สะท้อนให้เห็นว่า เมื่อตกอยู่ในภาวะวิกฤตคนไทยจำนวนมากได้แสดงออกถึงการมีน้ำใจเอื้อเฟื้อแบ่งปันทรัพย์สิน สิ่งของ ตลอดจนเวลา และความรู้ความสามารถในฐานะ “จิตอาสา” อย่างกว้างขวาง เช่น การที่ประชาชนทั่วประเทศแสดงความเห็นอกเห็นใจบุคลากรทางการแพทย์ด้วยการยอมเสียสละในหลากหลายลักษณะ นับตั้งแต่การไม่ออกจากบ้านเพื่อช่วยกันหยุดการแพร่ระบาดและไม่สร้างภาระแก่ระบบสาธารณสุข, การบริจาคทรัพย์สินเพื่อจัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับการรักษาและป้องกันโรค การนำหน้ากากอนามัยสำหรับป้องกันเชื้อโรคที่สะสมไว้มาบริจาคให้แก่โรงพยาบาลเพื่อใช้ในประโยชน์ส่วนรวม, การร่วมมือกันระหว่างร้านอาหารและผู้บริโภคจัดหาอาหารและเครื่องดื่มมาเลี้ยงบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องเข้าเวรต่อเนืองยาวนาน, การที่ผู้ประกอบการโรงแรมเอื้อเฟื้อที่พักฟรีแก่แพทย์พยาบาล เป็นต้น นอกจากนี้ยังเกิดกระแสแบ่งปันปัจจัยดำรงชีพให้แก่ผู้ขาดแคลน เช่น การเย็บหน้ากากผ้าแจกจ่าย, โครงการ “ปันกันอิ่ม” ที่สนับสนุนให้ร้านอาหารเป็นสะพานบุญในการรับค่าอาหารจากผู้บริจาคเพื่อส่งต่ออาหารให้ผู้ขาดแคลน รวมทั้งกระแสการตั้ง “ตู้ปันสุข” ทั่วประเทศ โดย “คนมี” นำอาหารเครื่องดื่มมาเติมในตู้สำหรับให้ “คนขาด” หยิบไปใช้ประทังความอดอยากหิวโหยเฉพาะหน้า

ท่ามกลางภาวะวิกฤตครั้งนี้ยังมีการรวมกลุ่มของจิตอาสาเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการแก้ปัญหาต่างๆ ให้ลุกล่วง จนเกิดนวัตกรรมขึ้นจำนวนมากภายในเวลาอันสั้น เช่น นวัตกรรมหน้ากากสะท้อนน้ำ ที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ออกแบบและผลิตเพื่อแจกจ่ายให้บุคลากรทางการแพทย์โดยอาศัยแรงของจิตอาสาในการร่วมผลิต, การคิดค้นแอปพลิเคชัน Cocare สำหรับผู้กักกันตัวเองเพื่อลดความสิ้นเปลืองและความเสี่ยงแก่บุคลากรสาธารณสุข, การพัฒนาระบบข้อมูลสำหรับบริหารเตียงผู้ป่วยวิกฤต, การออกแบบและสร้างห้องความดันลบที่สร้างได้เร็วและราคาถูกกว่าปกติ ๑๐ เท่าตัว, เครือข่าย ThaiSafeNetwork จัดตั้งผ่านเฟซบุ๊กเพื่อแบ่งปันและระดมความช่วยเหลือ, กลุ่ม TCDG (Thailand COVID-19 Digital Group) การรวมตัวของกลุ่มนักธุรกิจสตาร์ทอัพและผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีดิจิทัล, การรณรงค์ให้ประชาชนบริจาคโลหิตอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น โดยจิตอาสาที่อยู่เบื้องหลังผลงานเหล่านี้จำนวนมากเป็นคนรุ่นใหม่ ที่เคยถูกมองว่า ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง (Generation Me) บางกลุ่มมารวมตัวด้วยภารกิจอันท้าทายโดยอาจไม่เคยรู้จักกันมาก่อนแต่สามารถสร้างผลงานได้สำเร็จด้วยกระบวนการหลอมปัญญา (Collective Intelligence)

ข้อเท็จจริงเหล่านี้สะท้อนว่า ท่ามกลางวิกฤตการณ์ ความยากลำบาก และโลกที่กำลังพลิกผันไปอย่างรวดเร็วนี้ คุณลักษณะของการเกื้อกูลกัน ความกรุณา การร่วมทุกข์ร่วมสุข เสียสละ และสามัคคี ยังไม่ขาดแคลนไปจากจิตใจของคนไทยทุกช่วงวัย

สิ่งเหล่านี้ นับเป็น “ทุน” อันทรงพลังในการนำพาสังคมไปสู่สุขภาวะในโลกยุค “หลังโควิด” ซึ่งคาดหมายว่าจะเกิดความเปลี่ยนแปลงสู่ภาวะปกติใหม่ ที่โครงสร้างเศรษฐกิจ ระบบและการให้บริการผันแปรไปสู่รูปแบบที่แตกต่างไปจากก่อนปี ๒๕๖๓ อย่างขนานใหญ่ รวมถึงการก้าวสู่สังคมดิจิทัลอย่างเต็มรูปแบบ ให้เป็นการเปลี่ยนผ่านที่เกิดผลกระทบน้อยที่สุดและเป็นไปอย่างสร้างสรรค์ ภายใต้ “จิตสำนึกใหม่” ที่ตระหนักต่อคุณค่าของความเชื่อมโยง บูรณาการ ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และสอดคล้องเป็นองค์รวม^{๑๔๔} เพื่อมุ่งสู่ “โลกยุคหลังโควิด” ที่พึงประสงค์ อันประกอบด้วย พลวัตความยั่งยืน สันติสุขและความมั่นคง สมดุล การบูรณาการในระบบ และฐานคิดที่ยึดการผนึกกำลังร่วม^{๑๔๕}

^{๑๔๔} โลกหลังโควิด-โลก 7 N ‘โควิด-๑๙’ ป้องกันการเกิดสงครามโลก สู่ทิศทางใหม่ โดย ศ.นพ.ประเวศ วะสี เผยแพร่เมื่อ พฤษภาคม ๒๕๖๓

^{๑๔๕} เอกสาร “โลกเปลี่ยน คนปรับ ความพอเพียงในโลกหลังโควิด” โดย สุวิทย์ เมษินทรีย์ เผยแพร่เมื่อ เมษายน ๒๕๖๓

สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนแผนระบบสื่อ และวิถีสุขภาวะทางปัญญา ในปี ๒๕๖๔

เมื่อพิจารณาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในรอบของการขับเคลื่อนแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา (แผน ๑๐) นำไปสู่การสรุปประเด็นสำหรับกำหนดทิศทางและจุดเน้นของแผนในปี ๒๕๖๔ ดังนี้

จากสถานการณ์และแนวโน้มที่เกี่ยวข้องกับระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญาดังที่ได้กล่าวมา ชี้ให้เห็นว่า แนวทางการดำเนินงานของแผน ที่มุ่งการพัฒนา “ระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ” โดยใช้มาตรการด้านการเสริมพลัง (Empowerment) ผ่าน ๓ องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ (๑) การพัฒนา “คน” โดยการสนับสนุนให้คนในสังคม เป็นทั้งผู้ส่งสารและรับสารที่มีทักษะ “เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล” (Media Information and Digital Literacy : MIDL) มีความมั่นคงภายใน สามารถปรับตัวยืดหยุ่นหลังภาวะวิกฤต และเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (๒) การพัฒนา “ระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ” ที่เอื้ออำนวยให้เกิดการสื่อสารสุขภาวะ โดยมีความสมดุลทั้งโลกออนไลน์และโลกกายภาพ (๓) การพัฒนาภาค นโยบายและมาตรการ ที่จะเสริมสร้างระบบสื่อสุขภาวะ ทั้งใน ส่วนของเนื้อหาในสื่อและช่องทางสื่อสาร ยังคงมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์ระบบสื่อและ สุขภาวะทางปัญญาในปัจจุบัน และตัวชี้วัดความสำเร็จ ๕ ด้านที่กำหนดไว้ ยังสามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ ที่เกิดขึ้น ณ ปัจจุบันได้ดี

ขณะเดียวกัน แผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ ปี ๒๕๖๔ ต้องตระหนักต่อคุณค่าและประเด็นสำคัญ บางประการเพื่อให้การขับเคลื่อนแผนสามารถตอบสนองต่อแนวโน้มใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างสอดคล้องต่อ ความเป็นจริง ดังนี้

๑. จากช่วงวิกฤตการระบาดของโควิด-๑๙ สะท้อนว่า การกระจายบทบาทให้หน่วยย่อยๆ เป็นผู้ขับเคลื่อน ให้ผลดีกว่าการรวมศูนย์ ดังนั้น ทิศทางการขับเคลื่อนแผนท่ามกลางช่วงเวลาของการฟื้นฟูและกำหนด ชีวิตวิถีใหม่ จึงจำเป็นต้องสนับสนุนให้เกิดการออกแบบเพื่อให้ทุกคนในสังคมมีส่วนร่วม (Design for Inclusive Society) และสร้างนวัตกรรมที่สนับสนุนให้ประชาสังคมมีบทบาทเชิงรุกในการสร้างความ เท่าเทียม (Innovation for Civil Society) เพื่อร่วมฟื้นฟูชีวิตและสังคม และร่วมกำหนดวัฒนธรรม การสื่อสารใหม่เพื่อสุขภาวะ
๒. วิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้นได้สะท้อนให้เห็นว่า ความเชื่อมโยงสัมพันธ์และพึ่งพาอาศัยกันระหว่างบุคคล สังคม สิ่งแวดล้อม และ โลก (Interconnectedness) เป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการ สร้างสรรค์ระบบการอยู่ร่วมกันใหม่ ภายใต้บูรณาภาพและดุลยภาพของโลกในยุค “ผลกระทบจาก โควิด-๑๙” อย่างเกื้อกูลและสันติ
๓. จากสภาพปัญหาของระบบสื่อและสุขภาวะทางปัญญาที่รุนแรงยิ่งขึ้นในยุคปัจจุบันและเป็นปัญหา ที่ส่งผลต่อกัน อีกทั้ง ยังมีสภาพปัญหาเฉพาะตามกลุ่มย่อยๆ (Segmented) การขับเคลื่อนแผน จึงต้องเชื่อมโยงระบบสื่อและการสร้างเสริมสุขภาวะทางปัญญาให้เป็นเนื้อเดียว และนำเสนอทางเลือก ที่หลากหลาย ดำเนินการควบคู่กันไปทั้งมิติการพัฒนาด้านในระดับปัจเจกและการพัฒนาปัญญาระดับ สังคม โดยเน้นให้เกิดความสามารถในการตระหนักรู้เท่าทันและการสะท้อนความคิดตนเอง (Self-Awareness and Reflection) และ การปรับตัว ยืดหยุ่น และฟื้นฟูตนเอง (Resilience) อันเป็นภูมิคุ้มกันทางปัญญาที่มีความสำคัญในโลกที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว



๔. จะต้องไม่ละเลยประชากรกลุ่มเปราะบางและด้อยโอกาสทางสังคม โดยมุ่งเสริมพลัง (Empowerment) เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงสื่อและสุขภาวะทางปัญญา รวมทั้ง สนับสนุนให้เข้าร่วมออกแบบชีวิตวิถีใหม่ที่เอื้อต่อสุขภาวะในบริบทของตนเอง ด้วยการออกแบบกระบวนการสำรวจเพื่อความเข้าใจชีวิต โดยใช้ภาษาที่เข้าถึงและคำนึงถึงความจำเป็นพื้นฐานของการดำรงชีวิตของกลุ่มคนเหล่านี้

ในส่วนการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย พบว่า แผนงานหลักและโครงการภายใต้แผนฯ มุ่งดำเนินงานอย่างสอดคล้องกับสถานการณ์และนำไปสู่เป้าหมายเพื่อสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ ทั้งในเรื่องของระบบสื่อที่มุ่งให้ “คนไทยฉลาดใช้สื่อเป็นเครื่องมือเพื่อนำไปสู่วิถีชีวิตสุขภาวะ” โดยเกิดระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ ผ่านการเสริมพลัง (Empowerment) ให้ประชาชนเป็นผู้ใช้และผู้สร้างสรรค์สื่อ (Media Users and Creators) ที่มีทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อในยุคดิจิทัล ควบคู่ไปกับการมีทักษะ “รอบรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy) และการส่งเสริมสุขภาวะทางปัญญา ซึ่งข้อมูลวิชาการระบุว่า สุขภาวะทางปัญญาจะทำให้ผู้คนมีสภาวะจิตใจที่พร้อม (สงบ การรู้สึกเชื่อมโยงทางสังคม มีความหวังและความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้) และเอื้อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (ลดความเนือยนิ่ง การไม่สูบบุหรี่ และมีกิจกรรมทางกาย)^{๑๕๑}

จากข้อมูลสรุปผลงานในปี ๒๕๖๓ แสดงให้เห็นว่า เมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานในปีดังกล่าว ซึ่งเป็นปีสุดท้ายของแผน ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) แผน ๑๐ มีโอกาสบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในทุกด้าน โดยในรอบปีที่ผ่านมา แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญาได้ปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์แผนครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามช่วงวัย คือ เด็กและเยาวชน เด็กขาดโอกาส คนวัยทำงาน และ ผู้สูงวัย รวมถึงนักสื่อสารมืออาชีพ อาทิ นักเขียนบทละครโทรทัศน์ ครีเอทีฟ นักเขียนสารคดี สื่อสารมวลชน และกระบวนการ ฯลฯ เกิดนักสื่อสารสุขภาวะกว่า ๓,๐๐๐ คน โดยส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นเด็กและเยาวชนได้สร้างสรรค์สื่อเพื่อการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ ชุมชน หรือองค์กร จากทั่วประเทศ ผ่านกระบวนการสนับสนุนให้ลงมือปฏิบัติเพื่อสร้างประสบการณ์ตรงผ่านสื่อศิลปวัฒนธรรมชุมชน กระบวนการอาสาสมัครการอ่าน กระบวนการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาในองค์กร ปฏิบัติการพื้นที่สร้างสรรค์ในหลากหลายพื้นที่ทั่วประเทศในระดับต่างๆ ตั้งแต่ องค์กร พื้นที่ ชุมชน อำเภอ ตำบล ครอบคลุมกว่า ๗๗ จังหวัด ยึดโยงเป็นขบวนสานพลังเพื่อการเรียนรู้ แบ่งปันแลกเปลี่ยนทรัพยากรและทุนทางปัญญา และจุดประกายการทำงานของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ด้วยการเปิดกว้างสู่อิสรภาพทางความคิดเพื่อปฏิบัติการตามบริบทพื้นที่ เช่น เครือข่าย Spark U เหนือ อีสาน ได้ ปฏิบัติการพื้นที่นี้จัด MIDL for Inclusive City และพลเมืองสร้างสรรค์ ๓ ดี ที่สร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งด้านการสานเครือข่ายอย่างทรงพลัง และการเปลี่ยนแปลงของพื้นที่ทางกายภาพ เกิดเป็นแหล่งเรียนรู้มีชีวิตที่มีผู้คนและองค์กรเยี่ยมเยียนเรียนรู้เพื่อนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

ในด้านกลไกและนโยบายสู่การพัฒนาพื้นที่สื่อเพื่อสุขภาวะในรอบปีที่ผ่านมา สสส. ร่วมมือกับภาคีเครือข่าย องค์กรภาครัฐ องค์กรวิชาชีพสื่อ ภาควิชาการและภาคประชาสังคม ระดมความรู้ความชำนาญจากหลากหลายวิชาชีพ สร้างวัฒนธรรมการตรวจสอบข่าวก่อนเชื่อหรือแชร์ ผ่านกลไก Cofact (Collaborative Fact Checking) ที่เปิดพื้นที่ให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการตรวจสอบข่าวและให้ความคิดเห็นโดยเฉพาะประเด็นด้านสุขภาพ และโควิด-๑๙ ผ่านเว็บไซต์ cofact.org และโปรแกรมการพูดคุยอัตโนมัติ (Chatbot) ไลน์ @cofact และร่วมขับเคลื่อนงานทั้งด้านงานวิชาการ การสื่อสารสังคมในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับข่าวลวง โดยเปิดตัวและใช้งานกลไกในช่วงการระบาดของโควิด-๑๙ อย่างทันสถานการณ์

^{๑๕๑} โครงการวิจัยโมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ และดัชนีชี้วัดสุขภาพ โดยมีปัจจัยทางจิตวิทยา ด้านความคิด อารมณ์ และสังคม เป็นตัวแปรส่งผ่าน โดย ดร.สมบุญ จารุเกษมทวิ และ ผศ.ดร.กุลยา พิธิษฐ์สังฆการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นอกจากนี้ ยังได้เริ่มปฏิบัติการพัฒนาเครือข่ายคุ้มครองเด็กจากสื่อออนไลน์ ทั้งในด้านการพัฒนารูปแบบกลไกการทำงานคุ้มครองเด็กจากภัยออนไลน์ให้มีความชัดเจนและได้มาตรฐาน เกิดกลไกการทำงานสหวิชาชีพ เพื่อหนุนเสริมภาครัฐ การพัฒนาแนวปฏิบัติของสหวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องในกรณีภัยออนไลน์ต่อเด็ก ปรับปรุงและพัฒนากฎหมายคุ้มครองเด็กจากภัยออนไลน์ให้เท่าทันกับสถานการณ์ ในด้านการพัฒนาทักษะเท่าทันสื่อของประชาชนทุกช่วงวัย ได้ร่วมลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) กับภาคีเครือข่ายภาครัฐ ภาคประชาสังคมและภาควิชาการในการสำรวจสถานการณ์การรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัลของประชาชนไทย ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ ในรูปแบบออนไลน์ และพัฒนาแนวทางการเรียนรู้ที่เชื่อมโยงกับหลักสูตรเท่าทันสื่อในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน เพื่อการขยายผลในระยะต่อไป

ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ แผนฯ ร่วมกับภาคีเครือข่ายได้ดำเนินงานเพื่อรองรับสถานการณ์วิกฤตการระบาดของโรค ทั้งในด้านการริเริ่มสร้างวัฒนธรรมในการสื่อสารใหม่ด้วยการพัฒนาชุมชนการสื่อสารสุขภาวะของคนรุ่นใหม่ที่เชื่อมโยงคนทุกวัย และวัฒนธรรมการตรวจสอบข่าวด้วยตัวเอง ทำให้ทุกคนเป็นผู้ตรวจสอบข้อเท็จจริง (Fact checker) ด้วยแนวคิดและกลไกการตรวจสอบข่าวอย่างมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาทักษะเท่าทันสื่อของพลเมืองดิจิทัล ซึ่งมีศักยภาพในการพัฒนาให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตวิถีใหม่ และการพัฒนาโครงการเฉพาะกิจ “ภูมิคุ้มใจ” นำเสนอชุดความรู้ เมฆสร้างภูมิคุ้มใจ ๑๔ วันฉันทำได้ ด้วยแนวคิด “หยุดเดินทางภายนอก ย้อนกลับมาภายในใจ” เพื่อเป็นแนวทางในการใช้เวลาอยู่บ้านอย่างสร้างสรรค์และยกระดับคุณภาพจิตใจ เป็นส่วนหนึ่งในการรณรงค์ชวนคนอยู่บ้านเพื่อช่วยชาติลดการระบาดของโรคตามนโยบายของรัฐ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” นอกจากนี้ยังได้ดำเนินการในพื้นที่ชุมชนทั้งในด้านการสื่อสารให้ความรู้ความเข้าใจและกระบวนการจิตอาสาผ่านเครือข่ายวิทยุชุมชน “คนไทยหัวใจฟู” กว่า ๒๐๐ พื้นที่ และการพัฒนาหนังสือนิทานเพื่อเด็กปฐมวัยเพื่อให้ความรู้ในการป้องกันโควิด-๑๙ สำหรับเด็ก รวมถึงการสร้างวัฒนธรรมการเกื้อกูลแบ่งปัน ด้วยโครงการ “ปันกันอิ่ม” ด้วยการรณรงค์การบริจาคเพื่อปันอาหารจากร้านอาหารในโครงการให้ผู้ที่ไม่เดือดร้อนขาดแคลน

เมื่อได้ทบทวนสถานการณ์ทางสังคมและการผลการดำเนินงานของแผนฯ ดังกล่าวมาข้างต้น พบว่า แผนฯ ได้ดำเนินการและบรรลุตัวชี้วัดตามที่กำหนดไว้ตามกรอบระยะเวลา ๓ ปี ในปี ๒๕๖๔ แผนฯ จึงมุ่งเน้นการต่อยอดผลในเชิงคุณภาพฐานงานเดิมที่เป็นจุดแข็งของแผนฯ ทั้งในด้านการพัฒนาศักยภาพของพลเมืองนักสื่อสารสุขภาวะ ในมิติเท่าทันสื่อ มิติความรอบรู้สุขภาพ และมิติด้านสุขภาวะทางปัญญา และการบูรณาการงานสู่แนวนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. โดยจะเน้นการขับเคลื่อนเพื่อสานต่อด้านกลไกและนโยบายเพื่อพัฒนานิเวศสื่อสุขภาวะ รวมทั้งการส่งเสริมให้เกิดการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมในพื้นที่ อาทิ การขับเคลื่อนกลไกและนโยบายส่งเสริมการอ่านในระดับจังหวัด อำเภอ และพื้นที่ชุมชน และให้ความสำคัญกับการสร้างสมดุลระหว่างการใช้ประโยชน์จากสื่อยุคดิจิทัลกับสื่อทางเลือก รวมถึงสื่อชุมชนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมุ่งสนับสนุนการบรรลุเป้าหมาย ๑๐ ปี และระเบียบวาระกลางปี ๒๕๖๔ ของ สสส. การจัดการความรู้ การวิเคราะห์เชิงยุทธศาสตร์และการประเมินผลเพื่อการวางแผนหมุดหมายในการขับเคลื่อนงานของแผนฯ ในอนาคต รวมถึงการดำเนินงานเพื่อร่วมพลิกฟื้นสังคมหลังสถานการณ์วิกฤตโควิด-๑๙ เพื่อร่วมสร้างชีวิตวิถีใหม่ไปพร้อมกัน



จุดเน้นของแผน

มุ่งเน้นให้ “คนไทยฉลาดใช้สื่อเป็นเครื่องมือเพื่อนำไปสู่ชีวิตวิถีใหม่ที่มีสุขภาวะ” โดยเกิดระบบนิเวศสื่อสุขภาวะที่เอื้ออำนวยให้มีความเป็นอิสระ วางใจ เป็นเจ้าของในการเรียนรู้ร่วมกัน ผ่านการสนับสนุนให้ประชาชนเป็นผู้ใช้และผู้สร้างสรรค์สื่อที่มีความเท่าทันสื่อ ความรอบรู้ทางสุขภาพ เกิดจิตสำนึกความเป็นพลเมืองที่มีความมั่นคงภายใน และความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ โดยมีขีดความสามารถเพียงพอต่อการดำรงชีวิตในยุคศตวรรษที่ ๒๑ ได้อย่างมีสุขภาวะ โดยเฉพาะในช่วงเวลาของการฟื้นฟูและกำหนดชีวิตวิถีใหม่ ด้วยการดำเนินงานที่มุ่งประสิทธิผลภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากรอันเนื่องมาจากผลกระทบของการระบาดของโควิด-๑๙ ดังนี้

๑. **จุดคานงัดในการทำงานคือ การพัฒนา “คน”** ทุกวัยให้เท่าทันชีวิต เท่าทันสื่อ สารสนเทศและดิจิทัล (MIDL) โดยมุ่งกลุ่มผู้นำความเปลี่ยนแปลงทางสังคมรุ่นใหม่ ด้วยการพัฒนากทักษะการเป็นผู้ใช้และสร้างสรรค์สื่อที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพ และส่งเสริมจิตสำนึกความเป็นพลเมืองที่มีความมั่นคงภายใน ตระหนักรู้เท่าทันและสะท้อนความคิดตนเอง (Self-Awareness and Reflection) ความยืดหยุ่นฟื้นตัว (Resilience) จิตสำนึกด้านความเชื่อมโยงสัมพันธ์และพึ่งพาอาศัยกันระหว่างบุคคล สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและโลก (Interconnectedness) ความรู้สึกรับรู้ร่วม (Empathy) ความกรุณา (Compassion) สู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ เป็นนักสื่อสารสุขภาวะที่เท่าทันสื่อและเท่าทันชีวิต และสร้างอิทธิพลต่อโลกรอบตัวอย่างสร้างสรรค์เป็นส่วนหนึ่งของพลังร่วมสร้างการเปลี่ยนแปลงด้วยการร่วมกำหนดบรรทัดฐาน และค่านิยมใหม่สู่ชีวิตวิถีใหม่ ในสถานการณ์ความจำเป็นใน **ด้านการฟื้นฟูคนและสังคมจากวิกฤตโควิด-๑๙**

๒. **สร้างระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ** ที่มีความเป็นอิสระ เป็นเจ้าของในการเรียนรู้ร่วมกัน และสามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ความเปลี่ยนแปลงได้อย่างเท่าทัน ด้วยการ (๑) เปิดช่องทาง พื้นที่ และกระบวนการสื่อสาร รวมทั้ง สร้างเนื้อหาและรูปแบบที่เป็นต้นแบบของสื่อสุขภาวะ โดยให้ความสำคัญกับการเชื่อมโยงไปสู่ช่องทาง “สื่อใหม่” (New media/Digital media) และ สื่อทางเลือก ซึ่งหมายรวมถึง สื่อศิลปวัฒนธรรม สื่อชุมชน สื่อการอ่าน สำหรับคนทุกวัย ที่ผู้ใช้สื่อมีความเป็นอิสระ และเป็นเจ้าของในการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อพัฒนากทักษะ MIDL และการเรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา โดยสนับสนุนให้เกิดการออกแบบเพื่อให้ทุกคนในสังคมมีส่วนร่วม (Design for Inclusive Society) และสร้างนวัตกรรมที่สนับสนุนให้ประชาสังคมมีบทบาทเชิงรุกในการสร้างความเท่าเทียม (Innovation for Civil Society) (๒) มุ่งให้เกิดกลไกเฝ้าระวังสื่ออย่างมีส่วนร่วมเพื่อเป้าหมายในการพัฒนาพลเมืองดิจิทัล ผ่านการสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลง (๓) จัดการความรู้เพื่อพัฒนาเครื่องมือ ต้นแบบ นวัตกรรมและงานวิชาการ และให้ความสำคัญต่อการนำไปใช้ประโยชน์ และขยายผลในการขับเคลื่อนงานระบบสื่อและสุขภาวะทางปัญญา (๔) พัฒนาและเติมเต็มช่องว่างทางด้านนโยบายที่เกี่ยวข้องกับด้านระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่เอื้ออำนวยต่อการบรรลุเป้าหมายของแผนฯ ทั้งระดับชาติและท้องถิ่น

๓. **ออกแบบยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางปัญญาอย่างมีส่วนร่วม** โดยภาคีเครือข่ายและองค์กรที่ขับเคลื่อนงานด้านสุขภาวะทางปัญญา เพื่อร่วมกำหนดเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ นิยามเชิงปฏิบัติการและตัวชี้วัดที่เป็นรูปธรรม และเชื่อมโยงกับฐานงานด้านการพัฒนาระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ ที่เน้นบทบาทเชิงรุกของภาคประชาสังคม และผู้นำรุ่นใหม่



๔. ขยายผลจากพื้นที่ปฏิบัติการและผลที่เกิดขึ้นจากปีที่ผ่านมาในเชิงคุณภาพทั้งในด้านความต่อเนื่อง การเชื่อมโยงของงานในพื้นที่และการเกิดผลต่อยอดจากงานเดิม โดยนำข้อมูลจากการประเมินผลและการจัดการ ความรู้เป็นฐานสำหรับการต่อยอด

๕. เป็นปีแห่งการทบทวนสถานการณ์ จุดยืน เป้าหมาย นิยามเชิงปฏิบัติการ และช่องว่างการดำเนินงาน ด้วยการจัดการความรู้และกระบวนการออกแบบเพื่อวางแผนยุทธศาสตร์แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะ ทางปัญญาอย่างมีส่วนร่วม ในการกำหนดวิสัยทัศน์ เป้าหมายร่วม และยุทธศาสตร์แผนในระยะ ๓ ปี (ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗) และสนับสนุนการขับเคลื่อนงานในทศวรรษหน้าของ สสส.

๖. บูรณาการงานสุขภาวะ สนับสนุนให้บรรลุผลตามทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปีของ สสส. บูรณาการงานตัวชี้วัดร่วม โดยร่วมกับแผนอาหารเพื่อสุขภาวะดำเนินกระบวนการพัฒนาศักยภาพนักสื่อสาร สุขภาวะ ให้มีความสามารถสื่อสารเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงานแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ และการร่วม ขับเคลื่อนระเบียบวาระกลางประจำปี ในด้านการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อป้องกัน โรค NCD

๗. พัฒนาระบบการสื่อสารสุขภาวะ/วิถีสุขภาวะทางปัญญาเพื่อสนับสนุนและตอบสนองทิศทางชีวิต วิถีใหม่จากภาวะวิกฤต โดย

- **ร่วมฟื้นฟูชีวิตและสังคม** การพัฒนาความมั่นคงภายใน ความสามารถในการยืดหยุ่น พื้นตัว (Human & Social Resilience) พัฒนาคนให้เข้าใจธรรมชาติของชีวิต และความตาย โรคอุบัติใหม่และภาวะวิกฤต ส่งเสริมสังคมแห่งการเกื้อกูล จิตอาสา ความรับผิดชอบร่วม เข้าใจ การเชื่อมโยงถึงกัน เกิดความเข้าใจผู้อื่น ลดความเหลื่อมล้ำและเพิ่มความเป็นธรรม ทางสังคม รวมทั้งสร้างคุณค่าให้เข้าถึงคนทุกระดับ
- **พัฒนาวัฒนธรรมการสื่อสารใหม่** สนับสนุนชุมชนการสื่อสารสุขภาวะของคนรุ่นใหม่ที่เชื่อมโยง คนทุกวัย สร้างความสมดุลของระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ ทั้งสื่อออนไลน์และการสื่อสารชีวิตจริง ด้วยพลังชุมชน และการเสริมสร้างทักษะ MIDL การพัฒนากลไกเฝ้าระวังและสร้างสรรค์สื่อ อย่างมีส่วนร่วม เพื่อเป้าหมายในการพัฒนาพลเมืองดิจิทัล และการสื่อสารเพื่อร่วมฟื้นฟูชุมชน และสังคมท่ามกลางภาวะวิกฤต



นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการที่ใช้ในแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา

ระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ (Healthy Media Ecosystem) หมายถึง ระบบความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์และ ปัจจัยแวดล้อม ที่เอื้อให้ทุกคนเท่าทันตนเอง เท่าทันสื่อ และสังคม สามารถเลือกและออกแบบเพื่อร่วมสร้าง การเปลี่ยนแปลงสู่วิถีชีวิตสุขภาวะ

นักสื่อสารสุขภาวะ/ผู้ใช้และสร้างสรรค์สื่อที่ตื่นรู้ (Media Users and Creators) หมายถึง ประชากร ทุกช่วงวัยที่มีศักยภาพในการกำหนดรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับระบบการสื่อสารในโลกปัจจุบัน ที่แวดล้อมรอบตัวได้อย่างเป็นพลวัต และสามารถปรับให้เหมาะสมตามบริบทที่สอดคล้องกับตนเอง บนฐาน ศักยภาพแห่งการเท่าทันสื่อและใช้สื่ออย่างสร้างสรรค์ ด้วยสำนึกต่อส่วนรวม บนพื้นฐานของจริยธรรมและ การใช้สติปัญญา เพื่อนำไปสู่เป้าหมายในการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะ

วิถีสุขภาพทางปัญญา (Spiritual Health Pathway) คือ ช่องทางหรือโอกาสในการเข้าถึงประสบการณ์ตรง มีการเรียนรู้เพื่อพัฒนาปัญญา และเกิดสติในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข โดย “โอกาส หรือ หนทาง (Pathway)” ในที่นี้ ได้แก่ สื่อที่มีรูปแบบเนื้อหาสร้างแรงบันดาลใจ พื้นที่เรียนรู้สุขภาพทางปัญญา กิจกรรมพัฒนาจิตใจ อาทิ สวดมนต์ ภาวนา ศิลปะ ศึกษาศรัทธา สุนัขพองค์รวม ตลอดจนกระบวนการจิตอาสา และการพัฒนาภาวะผู้นำ

สุขภาพทางปัญญา (Spiritual Health) คือ ความรู้ทั่ว รู้เท่าทัน และความรู้อย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่การตื่นรู้ และเกิดปัญญาในการดำรงชีวิตที่สมดุล และเป็นสุข

การรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล (Media Information and Digital Literacy : MIDL) คือ ความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ วิเคราะห์ ตีความ ตรวจสอบและคิดอย่างมีวิจารณญาณ สามารถประเมินประโยชน์และโทษในการเลือกรับ ใช้ประโยชน์ และสร้างสรรค์สื่อสารสนเทศและดิจิทัลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) คือ การรับรู้ เข้าถึง เข้าใจ เท่าทันข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และการดูแลสุขภาพด้วยตัวเองจนสามารถนำไปใช้ประโยชน์และเกิดเป็นขีดความสามารถที่จะจัดการสุขภาพของตนเองและสังคม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา



วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสร้างทักษะแก่กลุ่มเป้าหมายให้มีศักยภาพในการเป็นพลเมืองนักสื่อสารสุขภาพ ที่ใช้และสร้างสรรค์สื่อให้เป็นเครื่องมือสร้างเสริมสุขภาพแก่ตนเองและสังคม
๒. เพื่อส่งเสริมความพร้อมของปัจจัยแวดล้อมด้านระบบสื่อและวิถีสุขภาพทางปัญญาที่สนับสนุนให้เกิดวิถีชีวิตสุขภาพ โดยสอดคล้องและเท่าทันความเปลี่ยนแปลงของสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม เทคโนโลยี และตอบสนองต่อสถานการณ์โรคอุบัติใหม่
๓. เพื่อสนับสนุนการเชื่อมโยงและสร้างความร่วมมือกับภาคยุทธศาสตร์และกลุ่มเป้าหมาย ในการพัฒนาระบบนิเวศสื่อสุขภาพ โดยประชาชนมีปฏิสัมพันธ์กับระบบและปัจจัยแวดล้อมในฐานะ “ผู้ใช้และสร้างสรรค์สื่อ”
๔. เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนและบูรณาการสู่เป้าหมาย ๑๐ ปี วาระกลางของ สสส. และการปรับตัวของสังคมสู่ชีวิตวิถีใหม่ โดยการเชื่อมโยงประเด็นสุขภาพ และร่วมขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานของแผนระบบสื่อสุขภาพและวิถีสุขภาพทางปัญญา

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ ๗๕)

๑. เกิดการพัฒนาทักษะสื่อสารสุขภาวะ และผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา ที่มีทักษะใน ๔ ด้าน^{๑๕๓} อย่างน้อย ๓,๕๐๐ คนต่อปี
๒. เกิดกระบวนการสื่อสารเพื่อสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญาที่เป็นต้นแบบในการขับเคลื่อนและสร้างการเปลี่ยนแปลง ไม่ต่ำกว่า ๕ กรณีต่อปี
๓. ปฏิบัติการขับเคลื่อนระบบการสื่อสารเพื่อสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญาอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ ไม่ต่ำกว่า ๔๐ จังหวัดภายในปี ๒๕๖๔
๔. พื้นที่ต้นแบบระบบนิเวศสื่อสุขภาวะที่พัฒนาเป็นแหล่งเรียนรู้อย่างน้อย ๗ พื้นที่ต่อปี
๕. พัฒนาเครื่องมือที่ได้จากกระบวนการจัดการความรู้ที่สามารถนำไปยกระดับและขยายผลการดำเนินงาน (ตัวอย่างเช่น การจัดทำดัชนีชี้วัด ชุดความรู้กระบวนการพัฒนานักสื่อสารสุขภาวะ และกระบวนการเพื่อพัฒนาทักษะเท่าทันสื่อ ศูนย์ข้อมูลออนไลน์ เป็นต้น) ๒ กรณี
๖. เกิดการพัฒนาหรือขับเคลื่อนกลไก นโยบายหรือมาตรการในระดับชาติหรือระดับท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบนิเวศสื่อสุขภาวะอย่างเป็นรูปธรรมในพื้นที่อย่างน้อย ๑ นโยบาย

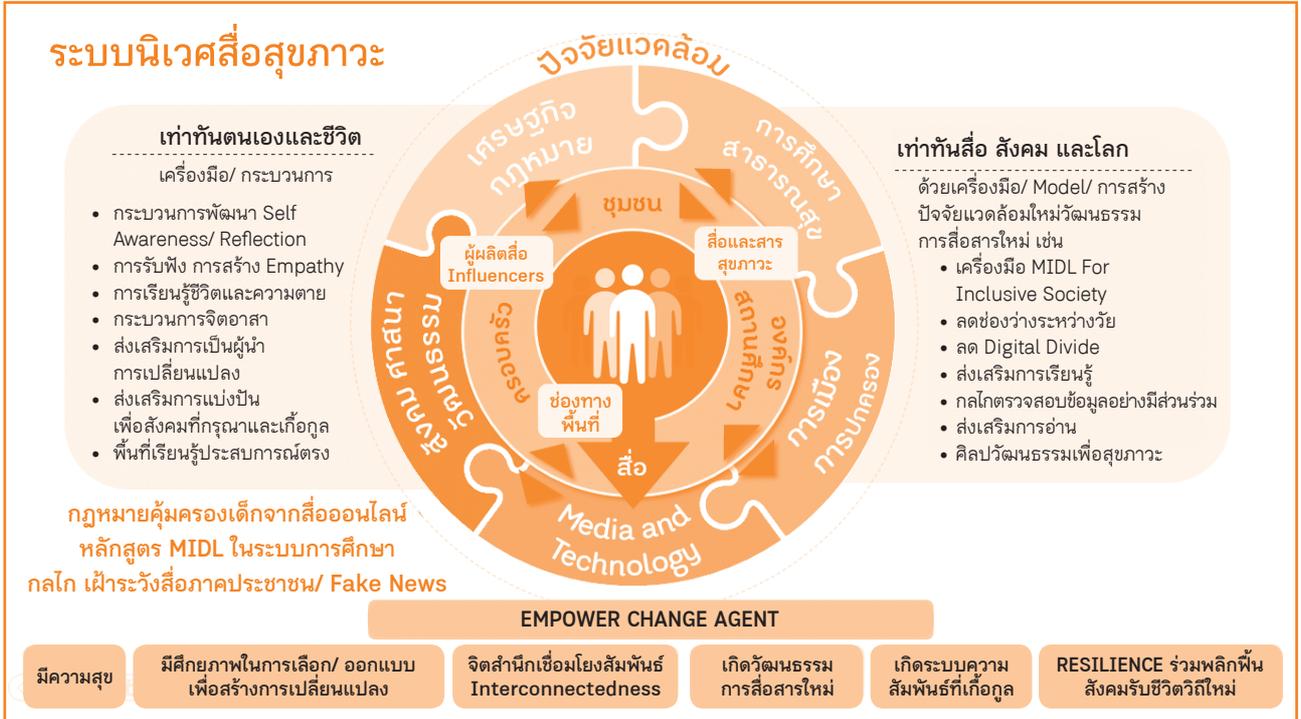
ตัวชี้วัดร่วม และตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง (น้ำหนักร้อยละ ๒๕)

๑. ร่วมกับแผนอาหารเพื่อสุขภาวะเพิ่มศักยภาพในการพึ่งพาตนเองของบุคคล ชุมชน สังคม ท่ามกลางวิกฤตสังคมและเศรษฐกิจ โดยดำเนินกระบวนการพัฒนาศักยภาพนักสื่อสารสุขภาวะ ให้มีความสามารถสื่อสารเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ อาทิ การลดการกินหวาน/มัน/เค็ม การเพิ่มการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัย การเสริมสร้างความมั่นคงทางอาหารในพื้นที่ หรือพัฒนากระบวนการ/สื่อ/ชุดความรู้ เพื่อการส่งเสริมการขับเคลื่อนแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ
๒. บูรณาการงานวาระกลางเพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยดำเนินกระบวนการพัฒนาศักยภาพนักสื่อสารสุขภาวะ หรือ พัฒนาการสื่อสาร/สื่อ/ชุดความรู้/การเชื่อมโยงและสนับสนุนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

^{๑๕๓} ประกอบด้วย (๑) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล (Media Information and Digital literacy : MIDL Skill) (๒) ทักษะการสื่อสารและการสร้างความร่วมมือ (Communication & Collaboration Skill) (๓) ทักษะการเป็นผู้นำ (Leadership Skill) และ (๔) ทักษะการตระหนักรู้เท่าทันและการสะท้อนความคิดตนเอง (Self-Awareness & Reflection Skill)



ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา



ภายใต้กรอบแนวคิดเชิงปฏิบัติการด้านการพัฒนาคนและระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ และวิสัยทัศน์ของแผน คือ “ทุกคนบนแผ่นดินไทยเท่าทันตนเอง เท่าทันสังคม เพื่อร่วมสร้างวิถีสุขภาวะ” แผน ๑๐ ขั้วเคลื่อนงาน ด้วย “ยุทธศาสตร์ 3E” ในการมุ่งพัฒนาผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) โดยมีแนวทางดำเนินงาน บนจุดเน้นและทิศทางที่กำหนดไว้ เพื่อให้บรรลุผลตามเป้าหมายและตัวชี้วัดของแผนปี พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยสรุปได้ ดังแผนภาพต่อไปนี้

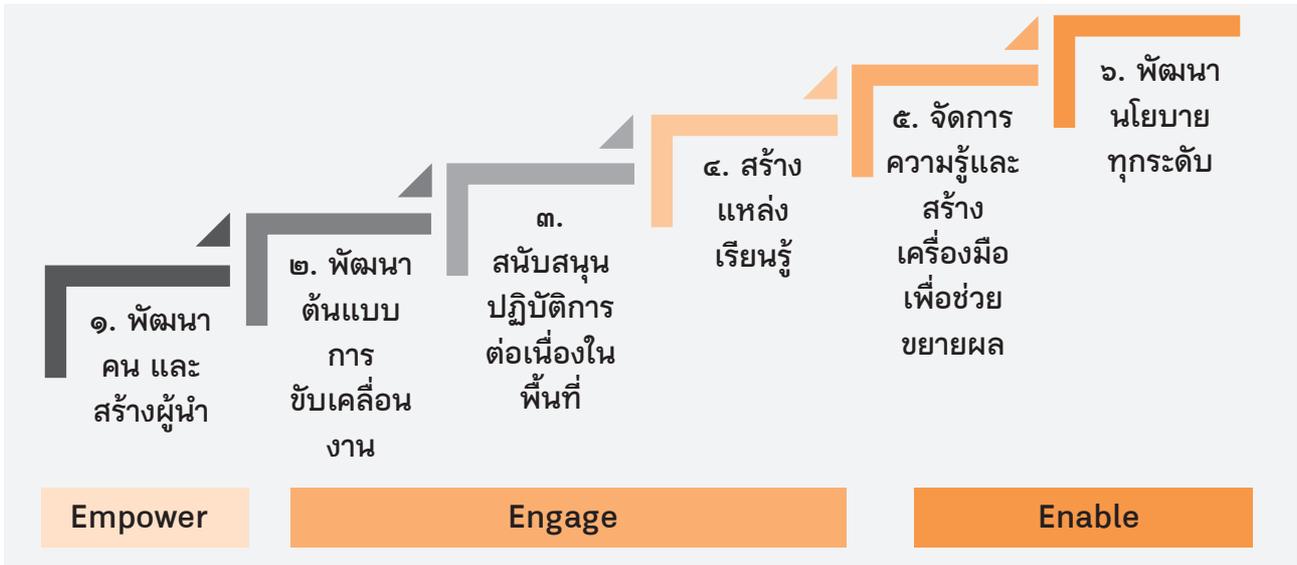


การขับเคลื่อน“ยุทธศาสตร์ 3E” ในแผน ๑๐ พ.ศ. ๒๕๖๔ ประกอบด้วย ๔ แนวทาง ดังนี้

ยุทธศาสตร์	แนวทางดำเนินงาน
<p>๑. Engage พัฒนากลไกและ ปัจจัยแวดล้อม ที่เอื้อให้เกิด ส่วนร่วมออกแบบ “ชีวิตวิถีใหม่”</p>	<p>๑. พัฒนาระบบนิเวศสื่อสุขภาพ ที่สนับสนุนให้ทุกคนมีส่วนร่วมออกแบบ ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) อย่างเท่าทันตนเอง ชีวิต สื่อ สังคม และโลก โดย “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” (Design for Inclusive Society)</p> <p>๒. สนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมของระบบสื่อและวิถีสุขภาพทางปัญญา ที่นำไปสู่การสร้างประชาสังคมที่มีความเท่าเทียม (Innovation for Civil Society)</p> <p>๓. สนับสนุนให้เกิดการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน องค์กร หรือในท้องถิ่นเพื่อการบรรลุเป้าหมายร่วม</p>
<p>๒. Empower พัฒนาศักยภาพผู้นำรุ่นใหม่ สู่นักสื่อสารสุขภาพ ในฐานะ “พลเมืองตื่นรู้” ที่เท่าทันสื่อควบคู่ไปกับ การรู้เท่าทันตนเอง</p>	<p>๔. ค้นหาและบ่มเพาะนักสื่อสารสุขภาพโดยมุ่งกลุ่มผู้นำรุ่นใหม่ ที่มีศักยภาพ ในการสร้างความเปลี่ยนแปลง ครอบคลุมทุกพื้นที่ปฏิบัติการ ทั้งมิติ ออนไลน์และบนพื้นที่กายภาพ (Online & On-ground)</p> <p>๕. ส่งเสริมทักษะเท่าทันสื่อ ศักยภาพในการใช้สื่อเป็นเครื่องมือเพื่อนำไปสู่ วิถีชีวิตสุขภาพ และเสริมพลังกลุ่มเป้าหมายให้เข้าถึงวิถีสุขภาพ ทางปัญญา โดยเน้นคุณสมบัติที่จะสร้างภูมิคุ้มกันทางปัญญา ผ่านประสบการณ์ตรง และนำเสนอทางเลือกที่หลากหลาย</p> <p>๖. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นนักสื่อสารสุขภาพ ที่มีทักษะที่เท่าทันความเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ทักษะความเป็นผู้นำ การเปลี่ยนแปลง ทักษะการตระหนักรู้เท่าทันภายในตนเอง และการ สะท้อนความคิด</p>
<p>๓. Enable สนับสนุนทรัพยากร และปัจจัยที่จำเป็น เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายหลัก สามารถผลักดัน การเปลี่ยนแปลงได้สำเร็จ</p>	<p>๗. สนับสนุนกระบวนการจัดการความรู้ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน ที่ผ่านมา เพื่อกำหนดทิศทางและยุทธศาสตร์และแผนในระยะต่อไป ให้สอดคล้องกับการเติมเต็มช่องว่าง และต่อ ยอดผลสำเร็จที่เกิดขึ้น</p> <p>๘. สนับสนุนการขับเคลื่อนกลไกเชิงนโยบายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เชิงโครงสร้างที่เอื้ออำนวยต่อการบรรลุเป้าหมายของแผนฯ สื่อสาร ความก้าวหน้า ความสำเร็จ ประสบการณ์ และ บทเรียน</p> <p>๙. สื่อสารเผยแพร่ความรู้และเครื่องมือจากการทำงานของแผนและ ภาคีเครือข่ายสู่สังคมอย่างต่อเนื่อง</p>



วิธีการขับเคลื่อนงาน เพื่อให้บรรลุผลตามตัวชี้วัดผลสำเร็จตามเป้าหมาย ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ มีด้วยกัน ๖ ด้าน ดังนี้



๑. พัฒนา “คน” และสร้าง “ผู้นำการเปลี่ยนแปลง” พัฒนานักสื่อสารสุขภาวะ และ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา บุคคลหรือองค์กร ที่มีศักยภาพทั้งในการรับสาร (Receive) การเลือกสรร ตรวจสอบ กลั่นกรองผู้ผลิต (Sender) ช่องทาง (Channel) และเนื้อหา (Content) อย่างรู้เท่าทัน โดยมีทักษะในการสื่อสารภายในตนเอง (Intra Personal Communication) เป็นพื้นฐาน จนสามารถสร้างสรรค์สารและสื่อที่ส่งเสริมการรู้เท่าทันสื่อของประชาชนผ่านช่องทางสื่อสารต่างๆ ทั้งทางออนไลน์ และ บนพื้นที่กายภาพ ทั้งที่มีอยู่เดิม หรือการสร้างสรรคช่องทาง/วิธีการสื่อสารใหม่ขึ้นมา โดยมีทักษะเท่าทันสื่อ สารสนเทศและดิจิทัล (Media Information and Digital Literacy : MIDL) หรือ ความสามารถในการเลือกใช้สื่อให้เป็นประโยชน์ต่อสุขภาวะ การคิด วิเคราะห์ และวิพากษ์สื่อ ความรู้ในการสร้างสื่ออย่างมีคุณภาพเป็นพื้นฐาน สามารถนำความรู้และทักษะดังกล่าวมาใช้ในการสร้างวิถีสุขภาวะทางปัญญา และทักษะเท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล ในพื้นที่ทำงานของตนเองหรือองค์กร และ/หรือ สามารถขยายไปยังพื้นที่ใหม่ๆ

๒. พัฒนาด้านแบบจากการขับเคลื่อนงาน พัฒนารูปแบบการดำเนินงาน (Model) สื่อสารเพื่อสุขภาวะ และวิถีสุขภาวะทางปัญญา ที่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายของแผน และ ถอดบทเรียนการดำเนินการให้เห็นถึงองค์ประกอบการดำเนินงาน ขั้นตอนการดำเนินงาน ปัจจัยและเงื่อนไขในการดำเนินงาน สามารถเรียนรู้เข้าใจได้ง่ายและนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ได้ เพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับการขยายผล เกิดการสื่อสารส่งต่อหรือถ่ายทอดกระบวนการดำเนินงานที่ประสบผลสัมฤทธิ์ให้กับกลุ่มแกนนำขับเคลื่อนงานหรือนักสื่อสารสุขภาวะในพื้นที่หรือองค์กร เพื่อการนำไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ อาทิ การพัฒนาด้านแบบการใช้สื่อสร้างสรรค์ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แนวทางการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างทักษะเท่าทันสื่อให้แก่ผู้สูงวัย กระบวนการพัฒนานักสื่อเสียงสุขภาวะ ฯลฯ

๓. **สนับสนุนปฏิบัติการต่อเนื่องในพื้นที่** เพื่อให้เกิดปฏิบัติการขับเคลื่อนระบบการสื่อสารเพื่อสุขภาวะ และวิถีสุขภาวะทางปัญญาในพื้นที่ตามเป้าหมายที่กำหนดอย่างเข้มข้นและมีประสิทธิภาพ โดยสนับสนุน การดำเนินงานในพื้นที่ที่มีฐานด้านทรัพยากรคนและเครือข่าย รวมทั้งความเชี่ยวชาญในการจัดกระบวนการ หรือประเด็นที่ขับเคลื่อน โดยสนับสนุนการเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่และข้ามพื้นที่เพื่อเสริมศักยภาพ ในการปฏิบัติการ อาทิ พื้นที่ส่งเสริมการอ่าน พื้นที่สื่อศิลปวัฒนธรรม พื้นที่ส่งเสริมนักสื่อสารสุขภาวะรุ่นใหม่ พื้นที่พัฒนาทักษะเท่าทันสื่อในโครงการ MIDL for Inclusive City ฯลฯ

๔. **พัฒนาแหล่งเรียนรู้** สนับสนุนให้เกิดพื้นที่ต้นแบบระบบนิเวศสื่อสุขภาวะที่พัฒนาเป็นแหล่งเรียนรู้ เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ โดยแหล่งเรียนรู้เหล่านี้มีการถอดบทเรียนการพัฒนาให้เห็น องค์ประกอบและลักษณะของระบบ ขั้นตอนการพัฒนาองค์ประกอบ กระบวนการพัฒนาประชาชนในพื้นที่ ตลอดจนปัจจัยและเงื่อนไขของการพัฒนาระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ และมีบุคลากรที่มีศักยภาพในการถ่ายทอด บทเรียนให้สามารถเรียนรู้ เข้าใจได้ง่าย

๕. **จัดการความรู้และสร้างเครื่องมือเพื่อช่วยขยายผล** โดยให้ความสำคัญกับความรู้ที่เกิดขึ้นจาก สถานการณ์และประสบการณ์ขับเคลื่อนงานในแผนนี้ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับพัฒนากิจกรรม วิธีการทำงาน และกระบวนการพัฒนาคน จนได้แนวทางการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น การพัฒนาศูนย์ข้อมูล การพัฒนาตัวชี้วัด การสำรวจวิจัยสถานการณ์สื่อและองค์ความรู้ด้านสุขภาวะทางปัญญา กระบวนการ/ หลักสูตรพัฒนาผู้นำการเปลี่ยนแปลง และนักสื่อสารสุขภาวะ กระบวนการถอดบทเรียนเพื่อพัฒนารอบแนวคิด ระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ การสังเคราะห์นิยามเชิงปฏิบัติการ คู่มือ แนวปฏิบัติที่ดี การถอดบทเรียนความสำเร็จ ของงานในพื้นที่ การติดตามและประเมินผล ฯลฯ ที่นำมาใช้เป็นเครื่องมือเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานให้ดีขึ้น เอื้ออำนวยต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และขยายผลสู่วงกว้างได้ รวมทั้ง วิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของ ความรู้และเครื่องมือที่มีอยู่ เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการจัดทำแผนให้ตอบสนองต่อทิศทาง เป้าหมายและ ยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส. ในระยะต่อไปได้อย่างมีคุณภาพ

๖. **พัฒนานโยบายทุกระดับ** สนับสนุนและร่วมมือกับรัฐและหน่วยงานต่างๆ ให้เกิดการพัฒนามาตรการ และกลไกเพื่อสร้างบรรทัดฐานหรือพฤติกรรมใหม่สู่ชีวิตวิถีใหม่ของสังคมหรือพื้นที่ปฏิบัติการ ที่จะนำไปสู่ระบบ นิเวศสื่อสุขภาวะและสุขภาวะทางปัญญาโดยหน่วยงานรัฐในระดับทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ ตลอดจนองค์กร และประชาชนในสังคมมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ กำกับดูแล ตามขอบเขตความสามารถของตนเอง ในรูปของนโยบาย กฎหมาย มาตรการ หรือประกาศของหน่วยงาน ตลอดจนข้อตกลงของสังคมหรือพื้นที่ปฏิบัติการระดับต่างๆ

ด้านพื้นที่ปฏิบัติการประกอบด้วย ๔ ลักษณะ (setting) ได้แก่ ครอบครัว สถานศึกษา องค์กร ชุมชน เพื่อให้ ครอบครัวกลุ่มเป้าหมายทุกช่วงวัย รวมทั้งประชากรกลุ่มเฉพาะ ดังนี้

- **เด็กปฐมวัย** ให้ความสำคัญต่อการปกป้องผลกระทบจากสื่อสมัยใหม่ การขาดความเข้าใจของผู้ปกครอง ต่อการใช้สื่อเพิ่มเสริมพัฒนาการ การลดทอนศักยภาพการเรียนรู้ที่เหมาะสมตามช่วงวัย ด้วยการ ส่งเสริมทักษะเท่าทันสื่อและความรอบรู้ด้านสุขภาพตามช่วงวัย ผ่านกระบวนการอ่าน ศิลปวัฒนธรรม และการแสดง
- **วัยเรียนและเยาวชน** ให้ความสำคัญต่อการปกป้องปัจจัยเสี่ยงทุกมิติที่มีสาเหตุจากการเปิดรับสื่อ (เน้นหนักสื่อดิจิทัล) ด้วยการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและความมั่นคงภายในบนแนวทางการ ออกแบบเพื่อให้ทุกคนในสังคมมีส่วนร่วม และ การพัฒนานักสื่อสารสุขภาวะ



- **วัยทำงาน** ดำเนินการด้วยความตระหนักว่าเป็นช่วงวัยที่ได้รับความกดดันจากภาระรอบด้านจนส่งผลต่อความเครียดและเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยส่งเสริมทักษะเท่าทันสื่อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสร้างความมั่นคงภายในที่เหมาะสมกับบุคลิกภาวะตามช่วงวัย ผ่านกระบวนการสื่อสารและการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา
- **วัยสูงอายุ** มุ่งปกป้องจากความเสี่ยงจากการใช้สื่อสมัยใหม่ ด้วยการส่งเสริมทักษะเท่าทันสื่อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผ่านกระบวนการพัฒนาศักยภาพ และช่องทางที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายสูงวัย
- **กลุ่มเปราะบางหรือขาดโอกาส** ดำเนินการด้วยความตระหนักว่าเป็นกลุ่มประชากรที่ดำรงชีวิตท่ามกลางปัจจัยเสี่ยงรอบด้าน ถูกกระตุ้นให้มีพฤติกรรมเสี่ยง และขาดโอกาสในการเข้าถึงสื่อสุขภาวะ โดยสนับสนุนให้เข้าถึงช่องทางสื่อสารทั้งในฐานะผู้ใช้และสร้างสรรค์สื่อเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะให้แก่ตนเอง ควบคู่ไปกับสนับสนุนการเข้าร่วมกระบวนการส่งเสริมและฟื้นฟูอัตลักษณ์คุณค่า เพื่อให้ก้าวพ้นสภาพปัญหาและมีบทบาทร่วมในการขับเคลื่อนงานต่อไป

การบูรณาการเชื่อมโยงกับหน่วยงานหรือแผนอื่นทั้งในมิติของประเด็น พื้นที่ และตามภารกิจหลักของ สสส.

แผนฯ ให้ความสำคัญกับแนวทางบูรณาการตามกรอบนโยบายการจัดทำแผนหลักของ สสส. โดยเน้นเรื่อง การขับเคลื่อนงานภายใต้มิติของสุขภาวะแบบองค์รวมอย่างยั่งยืน นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนา ศักยภาพมนุษย์ การเรียนรู้ตลอดชีวิต กระแสการเปลี่ยนแปลงและความเสี่ยงของโลก รวมทั้ง การรองรับ การปรับตัวของคนและสังคมสู่ชีวิตวิถีใหม่เพื่อการร่วมฟื้นฟูสังคม ดังนั้น แผนฯ จึงได้กำหนดแนวทางการ บูรณาการ ดังนี้

๑. **การบูรณาการเพื่อขับเคลื่อนประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกสู่การต่อยอดขยายผล** ได้แก่ แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย แผนควบคุมยาสูบ แผนการควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม สุขภาวะ และแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ เพื่อนำเนื้อหาประเด็นเชิงรุกเผยแพร่ในระบบนิเวศ สื่อสุขภาวะ โดยกำหนดยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่นำร่อง และแผนการสื่อสารสังคม ร่วมกัน
๒. **การบูรณาการภายใน สสส.** (๑) บูรณาการเป้าหมาย ๑๐ ปี สนับสนุนให้บรรลุผลตามเป้าหมายตัวชี้วัด ๑๐ ปี ของ สสส. (๒) บูรณาการตัวชี้วัดร่วมกับแผนอื่น (๓) บูรณาการวาระกลางประจำปี ในประเด็น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
๓. **การบูรณาการข้ามหน่วยงาน** ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานและองค์กรทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม ภาควิชาการ และภาคเอกชน โดยบูรณาการงานด้วยจุดแข็งของแต่ละหน่วยงานเพื่อเชื่อมโยงและ หุ่นเสริมงานไปสู่เป้าหมายร่วมในการพัฒนาพลเมืองนักสื่อสารสุขภาวะที่รอบรู้ด้านสุขภาพและ ตื่นรู้ทางปัญญา



๔ แนวทางการสร้างความยั่งยืน

๑. มุ่งเน้นการทำงานเพื่อเชื่อมประสานระบบและกลไกความร่วมมือกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายภาครัฐและภาคท้องถิ่นเพื่อต่อยอดขยายผล และขับเคลื่อนมาตรการ/นโยบายหนุนเสริมการทำงานเพื่อขับเคลื่อนระบบนิเวศสื่อเพื่อสุขภาวะ อาทิ สำนักงานกองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ ศูนย์ประสานงานขับเคลื่อนการส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการใช้สื่อออนไลน์ องค์กรวิชาชีพสื่อ สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์แห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย และเชื่อมโยงกับเครือข่ายสาธารณสุข อาทิ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กรมอนามัย กรมควบคุมโรค สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กองทุนสุขภาพตำบล เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
๒. พัฒนาความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาในการพัฒนาหลักสูตรเท่าทันสื่อในกระบวนการเรียนรู้ในสถานศึกษาทุกช่วงวัยและเตรียมความพร้อมของครูและนักการศึกษาให้มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการพัฒนาทักษะด้านการเท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล (MIDL) รวมถึงการประสานความร่วมมือเชิงวิชาการเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงานของแผนฯ และเกิดการนำแนวทางหรือหลักสูตรเท่าทันสื่อไปปรับใช้ในกระบวนการเรียนการสอนทั้งในหลักสูตรและนอกห้องเรียน ทั้งในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร โรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน รวมถึงโรงเรียนผู้สูงอายุ
๓. แสวงหาความร่วมมือและประสานการทำงานกับภาคีเครือข่ายพันธมิตรภาคประชาสังคม ภาคธุรกิจ เพื่อสังคม และภาคเอกชน เพื่อนำกลไกพัฒนาจิตอาสาและกระบวนการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาชุมชนและองค์กร และมุ่งพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายให้มีความเข้าใจในด้านสุขภาวะทางปัญญาและหลอมรวมเข้ากับงาน
๔. พัฒนากระบวนการร่วมกับหน่วยงานภาคเอกชน ธุรกิจสตาร์ทอัพ ซึ่งมีศักยภาพในการพัฒนางานด้วยกรอบแนวคิดที่ทันต่อกระแสการเปลี่ยนแปลงของภูมิทัศน์สื่อและการเปลี่ยนแปลงของโลก โดยมุ่งสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ในการสนับสนุนระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ

กลุ่มแผนงาน

ประกอบด้วยกลุ่มแผนงาน ๒ กลุ่ม ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานระบบสื่อเพื่อสุขภาวะ
 - ๑.๑ แผนงานและโครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายเด็ก เยาวชน และครอบครัว
 - ๑.๒ แผนงานและโครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายเปราะบางและขาดโอกาสทางสังคม
 - ๑.๓ แผนงานและโครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายนักสื่อสารสุขภาวะ



๒. กลุ่มแผนงานวิถีสุขภาวะทางปัญญา

๒.๑ แผนงานและโครงการส่งเสริมกระบวนการพัฒนาจิตตปัญญา

๒.๒ แผนงานและโครงการส่งเสริมการพัฒนาจิตตปัญญา

๒.๓ แผนงานและโครงการส่งเสริมการสื่อสารเพื่อสุขภาวะทางปัญญา

มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานระบบสื่อเพื่อสุขภาวะ

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

- ๑) พัฒนาศักยภาพของนักสื่อสารสุขภาวะ อาทิ นักสื่อสารสุขภาวะชุมชน ภาคีเครือข่าย สสส. สื่อวิชาชีพ นักวิชาการด้านการสื่อสาร นักสื่อสารภาคเอกชน ครู บุคลากรทางสาธารณสุข พระสงฆ์ นักเรียนนักศึกษา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯลฯ เพื่อให้เกิดทักษะเท่าทันสื่อ ทักษะการสื่อสารและสร้างความร่วมมือ รวมทั้งส่งเสริมศักยภาพในการใช้สื่อเป็นเครื่องมือเพื่อนำไปสู่วิถีชีวิตสุขภาวะ ผ่านประสบการณ์ตรงจากกระบวนการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมในประเด็นหรือพื้นที่ โดยให้ความสำคัญกับการค้นหาและบ่มเพาะนักสื่อสารสุขภาวะรุ่นใหม่ที่เกิดได้ภายใต้สภาพแวดล้อมสื่อดิจิทัล ที่มีศักยภาพและเจตจำนงในการสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดสังคมสุขภาวะ สนับสนุนกลไกที่ยั่งยืนที่มีชุมชนนักปฏิบัติเป็นฐานและเป็นเครือข่ายสื่อเพื่อสุขภาวะเพื่อร่วมกันขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายการสร้างนักสื่อสารสุขภาวะและพลเมืองตื่นรู้
- ๒) สนับสนุนกระบวนการและปัจจัยแวดล้อมด้านระบบสื่อเพื่อสุขภาวะ ที่เชื่อมโยงและเสริมพลังเครือข่าย รวมทั้งสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในท้องถิ่น เพื่อสร้างสรรค์ให้เกิดเป้าหมายร่วมในการสร้างระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ ผ่านการพัฒนาสื่อสร้างสรรค์ต้นแบบ กิจกรรม กระบวนการ ช่องทางสื่อ และพื้นที่สร้างสรรค์ ที่นำไปสู่ทักษะเท่าทันสื่อและความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มเด็กเยาวชน กลุ่มที่มีความเปราะบางหรือกลุ่มขาดโอกาส และกลุ่มผู้สูงอายุ
- ๓) สนับสนุนการขับเคลื่อนกลไกเชิงนโยบายด้านสื่อเพื่อสุขภาวะ โดยสร้างการมีส่วนร่วมของภาคนโยบาย ภาคประชาสังคม และชุมชนท้องถิ่น เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งส่งเสริมรูปแบบ ช่องทาง กลไกการสื่อสารและการเฝ้าระวังสื่อภาคประชาชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งและทักษะเท่าทันสื่อของพลเมืองในทุกกระดับ ตั้งแต่ระดับปัจเจก ครอบครัว ชุมชน
- ๔) สนับสนุนการพัฒนาเครื่องมือที่ได้จากกระบวนการจัดการความรู้ที่สามารถนำไปยกระดับและขยายผลการทำงาน อาทิ งานวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรด้านทักษะเท่าทันสื่อ การพัฒนาเครื่องบ่งชี้และตัวชี้วัด การวิจัยสถานการณ์ระบบสื่อ ศูนย์ข้อมูลสื่อเพื่อสุขภาวะ องค์ความรู้ด้านสื่อเพื่อสุขภาวะของกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ฯลฯ
- ๕) สนับสนุนการพัฒนากระบวนการภายใต้ยุทธศาสตร์เมือง ๓ ดี สื่อดี พื้นที่ดี ภูมิดี ให้เกิดการนำเอาคุณค่าของสุนทรียะและภูมิปัญญาชุมชน มาส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะเท่าทันสื่อ และการสร้างสุขภาวะทางปัญญาของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน



- ๖) บูรณาการกับแผนหลักต่างๆ ของ สสส. เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์ร่วมจากระบบสื่อเพื่อสุขภาวะ และวิถีสุขภาวะทางปัญญาที่กลุ่มแผนงานฯ ได้พัฒนาขึ้นตามยุทธศาสตร์ โดยจะหนุนเสริมงานของแผนอื่นๆ ด้วยการร่วมขับเคลื่อนประเด็นสุขภาวะผ่านกระบวนการสื่อเพื่อสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานสู่เป้าหมาย ๑๐ ปี ของ สสส. การดำเนินงานตามตัวชี้วัดร่วม ระเบียบวาระกลางประจำปี รวมถึงระเบียบวาระเฉพาะกิจจากสถานการณ์วิกฤต

แผนงาน/โครงการหลัก

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

- ๑.๑ แผนงานหรือโครงการด้านสื่อสร้างสรรค์เพื่อกลุ่มเด็ก เยาวชน และครอบครัว อาทิ แผนงานสื่อสร้างสุขภาวะเด็กเยาวชน แผนงานสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน แผนงานสื่อศิลปวัฒนธรรมสร้างเสริมสุขภาพ โครงการมหัศจรรย์สื่อสร้างสรรค์ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โครงการพื้นที่สื่อสร้างสรรค์เพื่อสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว โครงการ MIDL for Inclusive City โครงการนักรีวิวสื่อสุขภาวะขับเคลื่อนงาน ๓ ดี โครงการเสริมพลังเครือข่ายสื่อวิทยุเพื่อร่วมสร้างสังคมสุขภาวะโครงการพลเมืองสร้างสรรค์๓ดีเพื่อวิถีสุขภาวะโครงการขับเคลื่อนงานคุ้มครองเด็กจากภัยออนไลน์ โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งภาคพลเมืองในการรับมือโรคระบาดข้อมูลข่าวสารโดยกลไกโคแฟค
- ๑.๒ โครงการกระบวนการสื่อสร้างสรรค์เพื่อกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ อาทิ โครงการเสริมสร้างพลเมืองสูงวัยรู้ทันสื่อสู่อาสาสูงวัยเฝ้าระวังสื่อ โครงการสูงวัยไม่เสพสื่ออย่างสุ่มเสี่ยง โครงการศิลปะสร้างสรรค์เพื่อการพัฒนาเด็ก เยาวชนและชุมชน เสน่ห์ร้อยริ้ว
- ๑.๓ โครงการพัฒนาศักยภาพนักรีวิวสื่อสุขภาวะ อาทิ โครงการสื่อเป็นโรงเรียนของสังคมแห่งการเรียนรู้ โครงการเสริมพลังเครือข่ายสื่อเสียงสุขภาวะ โครงการพัฒนาศักยภาพนักรีวิวเพื่อสุขภาวะ : ค่ายสารคดี โครงการสร้างพลังพลเมืองตื่นรู้...สู่วิถีสุขภาวะ โครงการพัฒนาเครือข่ายพลเมืองสร้างสรรค์เพื่อการสื่อสารสุขภาวะ โครงการเด็กได้ฉลาดใช้สื่อสู่นักรีวิวสื่อสร้างสรรค์สุขภาวะ โครงการเครือข่ายมหาวิทยาลัยสร้างสรรค์สังคม โครงการพัฒนาศักยภาพนักเขียนบทละครสู่การสื่อสารสุขภาวะ โครงการพัฒนาเครือข่ายพลเมืองสร้างสรรค์เพื่อการสื่อสารสุขภาวะรวมถึงโครงการตามวาระพิเศษต่างๆ ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกลุ่มแผนงาน

๒. กลุ่มแผนงานวิถีสุขภาวะทางปัญญา

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

- ๑) พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ ให้เป็นนักรีวิวสื่อสุขภาวะที่มีทักษะความเป็นผู้นำ การเปลี่ยนแปลงและทักษะการตระหนักรู้เท่าทันและการสะท้อนความคิดตนเอง สามารถเชื่อมโยงงานสร้างเสริมสุขภาพทุกมิติในระดับปัจเจกและระดับสังคม



- ๒) พัฒนาความพร้อมของปัจจัยแวดล้อมด้านวิถีสุขภาวะทางปัญญา ด้วยกระบวนการเสริมพลังที่โอบอุ้มให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงวิถีสุขภาวะทางปัญญา อันนำไปสู่การพัฒนาความมั่นคงภายใน ศักยภาพในการยืดหยุ่นฟื้นตัว การร่วมรู้สึกและความกรุณา นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกใหม่ ผ่านช่องทางการสื่อสารและกระบวนการที่หลากหลาย ได้แก่ กระบวนการพัฒนาจิต อาทิ การภาวนา ศิลปะ การศึกษาธรรมชาติ สุขภาพองค์รวมฯ พื้นที่เรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา กลไกส่งเสริมจิตอาสา กระบวนการพัฒนาภาวะผู้นำ สื่อสร้างสุขภาวะทางปัญญาที่มีรูปแบบเนื้อหาสร้างแรงบันดาลใจ เพื่อสร้างพลเมืองตื่นรู้ด้วยจิตสำนึกใหม่
- ๓) เชื่อมโยงเครือข่ายวิถีสุขภาวะทางปัญญาให้มีวิสัยทัศน์และเป้าหมายร่วม เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านองค์ความรู้และกระบวนการทำงาน แบ่งปันทรัพยากร และหนุนเสริมงานระหว่างเครือข่าย เพื่อประสานพลังร่วมสร้างจิตสำนึกใหม่ของพลเมืองในสังคม
- ๔) สนับสนุนการพัฒนาเครื่องมือที่ได้จากกระบวนการจัดการความรู้ด้านวิถีสุขภาวะทางปัญญาที่จำเป็นสำหรับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ อาทิ การพัฒนายุทธศาสตร์และตัวชี้วัดร่วมของเครือข่าย การพัฒนาเครื่องมือประเมินผล การวิจัยสถานการณ์ด้านวิถีสุขภาวะทางปัญญาของสังคม การถอดบทเรียนกระบวนการทำงานส่งเสริมวิถีสุขภาวะทางปัญญา
- ๕) บูรณาการสู่เป้าหมาย ๑๐ ปี และเป้าหมายการดำเนินงานตามวาระกลางประจำปีกับแผนหลักต่างๆ ของ สสส. เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์ร่วมจากวิถีสุขภาวะทางปัญญา โดยสร้างความพร้อมทางปัจจัยแวดล้อมด้านวิถีสุขภาวะทางปัญญาและส่งเสริมการใช้มิติสุขภาวะทางปัญญาเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนสุขภาวะของภาคีเครือข่าย สสส. ด้วยการพัฒนากลุ่มเป้าหมายให้มีวิถีสุขภาวะทางปัญญา ซึ่งเป็นรากฐานของความฉลาดรู้ทางสุขภาพ และพัฒนาความเข้มแข็งและภาวะผู้นำของภาคีเครือข่าย สสส. ให้มีการเติบโตทางปัญญา นำไปสู่การเชื่อมโยงงานสุขภาวะองค์รวม

แผนงาน/โครงการหลัก

ประกอบด้วยแผนงาน/โครงการที่จำแนกตามวิธีดำเนินงานหลัก ๓ ด้าน ได้แก่

- ๒.๑ ด้านการพัฒนาจิตตปัญญา อาทิ โครงการวิถีพัฒนาจิตภารกิจสร้างสุข โครงการเครือข่ายงานธรรมเพื่อวิถีสุขภาวะทางปัญญา โครงการหยั่งรากจิตตปัญญาสู่สังคมแห่งความสุข โครงการเครือข่ายพัฒนาภาวะผู้นำองค์กรและสังคม โครงการครูกล้าสอน: การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง โครงการชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี โครงการขับเคลื่อนสังคมแห่งการตื่นรู้สู่หนึ่งเดียวกัน
- ๒.๒ ด้านกระบวนการจิตอาสา อาทิ โครงการส่งเสริมงานอาสาสมัครเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน โครงการวิถีฉลาดทำบุญเพื่อสร้างสุขภาวะของสังคม โครงการปลูกพลังเปลี่ยนไทย จิตอาสาแห่งการเปลี่ยนแปลง โครงการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาผู้นำจิตอาสาด้วยศาสตร์พระราชาสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน
- ๒.๓ ด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาวะทางปัญญา อาทิ โครงการสื่อสารเพื่อส่งเสริมคุณภาพการอยู่อย่างมีความหมาย จากไปอย่างมีความสุข โครงการสื่อสารสุขภาวะทางปัญญากับคนรุ่นใหม่



ภาคยุทธศาสตร์

๑. ภาคีสถิตด้านสื่อภาคประชาชน อาทิ สถาบันสื่อเด็กและเยาวชน มูลนิธิสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน มูลนิธิสื่อศิลปวัฒนธรรมภาคประชาชน มูลนิธิอินเทอร์เน็ตร่วมพัฒนาไทย เครือข่ายวิทยุชุมชน สมาคมวิทยุและสื่อเพื่อเด็กและเยาวชน มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว มูลนิธิฟรีดริช เนามัน เครือข่ายสื่อเพื่อการปฏิรูป เครือข่ายสื่อภาคประชาชนในระดับภูมิภาค ฯลฯ
๒. ภาคีสถิตด้านวิถีสุขภาวะทางปัญญา อาทิ ศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล หอจดหมายเหตุพุทธทาสอินทปัญโญ ธนาคารจิตอาสา คณะวิทยาการเรียนรู้และศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สถาบันอาศรมศิลป์ มูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม เครือข่ายจิตอาสา มูลนิธิเครือข่ายพุทธิกา กลุ่ม Peaceful Death มูลนิธิบูรณชนบทแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ มูลนิธิเสถียรโกเศศ-นาคะประทีป มูลนิธิสหธรรมิกชน และภาคีสถิตด้านศาสนธรรมและจิตตปัญญา ฯลฯ
๓. ภาคีสถิตด้านนโยบายที่เกี่ยวข้องกับระบบสื่อเพื่อสุขภาวะ อาทิ สำนักงานกองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ ศูนย์ประสานงานขับเคลื่อนการส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการใช้สื่อออนไลน์ สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์แห่งชาติ หน่วยงานภาครัฐที่มีนโยบายส่งเสริมสื่อสร้างสรรค์ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย และเชื่อมโยงกับเครือข่ายสาธารณสุข อาทิ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กรมอนามัย สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กองทุนสุขภาพตำบล และเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ฯลฯ
๔. ภาคีสถิตพันธมิตรด้านสื่อ อาทิ องค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะ สมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย สมาคมนักข่าววิทยุและโทรทัศน์ไทย สภาการหนังสือพิมพ์แห่งชาติ สภาวิชาชีพข่าววิทยุและโทรทัศน์ไทย สมาคมผู้ดูแลเว็บไทย สมาคมโฆษณาแห่งประเทศไทย สมาคมผู้จัดพิมพ์และผู้จำหน่ายหนังสือแห่งประเทศไทย สมาคมผู้ผลิตข่าวออนไลน์ สมาคมนักเขียนบทละครโทรทัศน์ เครือข่าย สมาคมและชมรมด้านวิชาชีพสื่อ ฯลฯ
๕. ภาคีสถิตด้านวิชาการ อาทิ สถาบันวิชาการด้านนิเทศศาสตร์และสื่อสารมวลชนทั่วประเทศ สถาบันวิชาการด้านการศึกษาและเรียนรู้ ด้านสังคม ด้านวัฒนธรรม ด้านเด็กเยาวชนและครอบครัว และด้านสุขภาวะทางปัญญา ฯลฯ



แนวทางการจัดการแผน

กำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๘ โดยสำนักสร้างเสริมระบบสื่อและสุขภาวะทางปัญญา (สำนัก ๑๑) ทำหน้าที่เป็นเลขานุการและหน่วยบริหารจัดการ ที่ยึดหลักการบริหารที่มีประสิทธิภาพและโปร่งใส เพื่อให้เกิดผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ ตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย รวมไปถึงความคุ้มค่า ความยั่งยืน และความน่าเชื่อถือจากสังคม ควบคู่ไปกับการสร้างความเข้มแข็งและศักยภาพให้แก่ภาคีเครือข่าย

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานระบบสื่อเพื่อสุขภาวะ	๑๑๗
๒. กลุ่มแผนงานวิถีสุขภาวะทางปัญญา	๓๒
๓. การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	๑
รวม	๑๕๐



แผนสร้างสรรค์โอกาส และนวัตกรรมสุขภาพะ

๑๑

สถานการณ์และแนวโน้ม

แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาพะ มีเป้าประสงค์หลักในการเปิดโอกาสให้กลุ่มบุคคลชุมชน หน่วยงาน องค์กรต่างๆ ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ/หรือสภาพแวดล้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตหรือสร้างสุขภาพะ โดยให้สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาสุขภาพะของกลุ่มเป้าหมายหรือพื้นที่ดำเนินการ และมุ่งสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามทิศทาง เป้าหมาย และ ยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. นอกจากนี้แผนฯ มีเป้าประสงค์ในการสนับสนุนนวัตกรรมสุขภาพะ เช่น การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดกิจกรรมด้วยวิธีการใหม่ๆ ที่ช่วยให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงง่าย และช่วยให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพะดีขึ้นกว่าวิธีเดิม รวมถึงการสนับสนุนการค้นหาและจัดการความรู้นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพจากพื้นที่ต่างๆ เพื่อนำมาสื่อสารขยายผลให้เกิดการเรียนรู้และต่อยอด ในการดำเนินงานของแผนฯ มุ่งสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในทุกภูมิภาคทั้งในเขตเมืองและนอกเขตเมือง (ชุมชนระดับหมู่บ้าน) รวมถึงเปิดโอกาสให้กับประชากรกลุ่มต่างๆ และประชากรกลุ่มเฉพาะ เช่น กลุ่มเด็กและเยาวชน ผู้สูงอายุ คนพิการ กลุ่มชาติพันธุ์ ฯลฯ เข้าถึงการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยแผนฯ เปิดช่องทางการสร้างสรรค์โอกาสให้ทั่วถึง แบ่งเป็นการสนับสนุนโดยตรงจากสำนัก และสนับสนุนผ่านกลไก “หน่วยจัดการเชิงพื้นที่ (จังหวัด)” และ “หน่วยจัดการเชิงประเด็น” ซึ่งเป็นภาคีดำเนินงานอยู่ในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ ที่มีความสามารถในการสนับสนุนการกระจายโอกาส หนุนเสริมศักยภาพการดำเนินงาน และติดตามเสริมพลังเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพ

แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาพะได้ประมวลและวิเคราะห์สถานการณ์แวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของ สสส. และแผนฯ สามารถสรุปสถานการณ์และแนวโน้มที่นำมากำหนดทิศทางและจุดเน้นการดำเนินงานสำหรับปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ให้ตอบสนองต่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะที่ทำให้กลุ่มประชากรหรือพื้นที่ที่ขาดโอกาสเข้าถึงการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ และมุ่งเน้นที่การจัดการพฤติกรรมสุขภาพและ/หรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ดังนี้



๑. สถานการณ์ภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อทิศทางแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาพ

๑.๑ ความเชื่อมโยงกับนโยบายรัฐตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่มีการบูรณาการเป้าหมายเข้าสู่ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ^{๑๔๓} แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ แนวทางการพัฒนาที่ยั่งยืน(SDGs)^{๑๔๔} ดัชนีความก้าวหน้าของคนประจำปี ๒๕๖๒^{๑๔๕} และจับตาทิศทางสุขภาพคนไทย ปี ๒๕๖๓ (Thai Health Watch)^{๑๔๖}

แผนฯ ให้ความสำคัญกับประเด็นการดำเนินงานที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ โดยเฉพาะยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์และการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม โดยมุ่งเป้าการพัฒนาทุนมนุษย์ในกลุ่มเปราะบางที่มีโอกาสเผชิญความไม่เป็นธรรมหรือความเหลื่อมล้ำ ให้มีทักษะความรู้ ความสามารถในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มุ่งสู่การดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพซึ่งจะช่วยเพิ่มศักยภาพชุมชนให้มีความเข้มแข็งในการจัดการปัญหาสุขภาพและรับมือกับสถานการณ์โรคอุบัติใหม่หรือโรคอุบัติซ้ำได้ใน ๓ กลุ่ม ได้แก่

- (๑) ประชาชนในชุมชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถเลือกปฏิบัติตนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ตลอดจนร่วมกันปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพ และการปรับตัวสู่วิถีสุขภาพะปกติแบบใหม่ ในสถานการณ์เกิดโรคอุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำ
- (๒) คณะทำงานในชุมชนมีความรู้ มีจิตสาธารณะ และขีดความสามารถ ในการสร้างและดำเนินกิจกรรมเพื่อการขับเคลื่อนงานในชุมชนที่ส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและวิถีสุขภาพะปกติแบบใหม่
- (๓) บุคลากรในหน่วยจัดการระดับพื้นที่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีขีดความสามารถ ในการพัฒนาศักยภาพคณะทำงานในชุมชน เสริมพลังและติดตามการดำเนินงานของชุมชน ให้สามารถดำเนินงานบรรลุผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพ

นอกจากนี้ ความสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) และดัชนีความก้าวหน้าของคนประจำปี ๒๕๖๒ มีประเด็นที่ควรให้ความสำคัญ เช่น วิถีชีวิตของคนในสังคมที่ส่งผลต่อแนวโน้มอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคยาสูบ การตายและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน และการเข้าสู่สังคมสูงอายุ

^{๑๔๓} รายงานยุทธศาสตร์ชาติ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐ โดยสำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (๒๕๖๓)

^{๑๔๔} The Sustainable Development Goals Report 2019

^{๑๔๕} ดัชนีความก้าวหน้าของคนประจำปี ๒๕๖๒. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม กันยายน ๒๕๖๒

^{๑๔๖} จับตาทิศทางสุขภาพคนไทย ปี ๒๕๖๓. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), ๒๕๖๓

๑.๒ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-๑๙

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่ส่งผลให้มีจำนวนผู้ติดเชื้อทั่วโลกกว่า ๕.๒ ล้านคน^{๑๕๗} ในปัจจุบันยังไม่มียารักษาที่มีประสิทธิผลและไม่มีวัคซีนป้องกันโรค สำหรับประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อสะสมทั้งหมดจำนวน ๓,๐๔๐ คน เสียชีวิต ๕๖ คน หายแล้ว ๒,๙๒๑ คน^{๑๕๘} (ข้อมูล ณ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๓) ซึ่งสถานการณ์นี้มีผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมอย่างยิ่ง ในด้านสุขภาพ แม้ว่าผู้ติดเชื้อโควิด-๑๙ จำนวนหนึ่งอาจไม่มีอาการรุนแรง หรือไม่แสดงอาการชัดเจน แต่สามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ จึงมีความยากลำบากในการควบคุมเชื้อโควิด-๑๙ ซึ่งมักส่งผลกระทบกับผู้สูงอายุ ผู้ที่มีร่างกายอ่อนแอ และผู้มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ฯลฯ และกลุ่มเสี่ยงที่นิยมดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ การระบาดของโรคยังส่งผลกระทบต่อเพิ่มขึ้นของโรคทางจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า และความเครียดด้วย ในด้านเศรษฐกิจและสังคม การปิดเมืองและหยุดกิจกรรมทางเศรษฐกิจ ส่งผลให้คนมีรายได้ลดลง เวลาทำงานน้อยลง และคนจำนวนมากกลายเป็นคนตกงาน ส่งผลต่อการสูญเสียรายได้ในขณะที่ยังคงมีค่าใช้จ่ายภายในครัวเรือน การตกงานทันทีโดยไม่ได้ตั้งตัวส่งผลกระทบต่อกลุ่มคนเปราะบางและแรงงานนอกระบบ (Informal Worker) มากกว่าคนที่มียาได้แน่นอนหรือทำงานประจำ ธุรกิจที่ไม่เคยคาดคิดว่าจะต้องเผชิญกับวิกฤตก็จำเป็นต้องหยุดกิจการ เช่น ธุรกิจสายการบิน โรงแรม ร้านอาหาร สถานบริการ กิจการเกี่ยวกับการท่องเที่ยว รวมไปถึงธุรกิจอื่นๆ เนื่องจากอุปสงค์ลดลงอย่างกะทันหัน ส่งผลให้การผลิตจากอุตสาหกรรมหลายชนิดชะลอตัวทันที ทำให้คนชั้นกลางและแรงงานตกงานและมีหนี้สินเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผลกระทบนี้เกิดขึ้นทั้งในเขตเมืองและในท้องถิ่นด้วย

ประชากรที่อยู่อาศัยในชุมชนแออัดต้องเผชิญความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-๑๙ มากกว่าประชากรในบริบทอื่น เพราะอาศัยอยู่รวมกันอย่างหนาแน่นและมักมีปัญหาเรื่องสุขาภิบาล นอกจากนี้ผลกระทบทางสังคมที่เกี่ยวกับการศึกษากำลังก่อตัวรุนแรงขึ้น เนื่องจากสถานศึกษาปิดจำเป็นต้องเรียนทางไกลส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการเรียนลดลงและนักเรียนจำนวนมากไม่มีทุนในการหาซื้ออุปกรณ์และจ่ายค่าบริการที่จำเป็นในการเข้าถึงการเรียนออนไลน์ และยังกระทบต่อปัญหาครอบครัวเนื่องจากการเรียนภายในบ้านซึ่งพ่อแม่หรือผู้ปกครองจำเป็นต้องทำงานหาเลี้ยงชีพในเวลาเดียวกัน การเรียนออนไลน์ยังมีความจำกัดในกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมจากประสบการณ์การใช้ชีวิตร่วมกัน และการสร้างสัมพันธ์ระหว่างครูกับศิษย์และเพื่อนร่วมห้องด้วย ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ ครั้งนี้ จึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพไปสู่อุปสรรคเศรษฐกิจ ความยากจน และความเหลื่อมล้ำด้านต่างๆ แม้ว่าผู้ติดเชื้อในประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นในอัตราที่ไม่สูงมาก แต่การแพร่ระบาดในประเทศอื่นๆ ทั่วโลกยังสูง จากการคาดการณ์การแพร่ระบาดจะยืดเยื้อไปจนถึงปี ๒๕๖๔ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อดำรงชีวิตของประชาชนไทยอย่างต่อเนื่อง และไม่สามารถกลับมาใช้ชีวิตชีวิตเช่นเดิมได้

ในช่วงต้นเดือนเมษายน ๒๕๖๓ แผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ ได้ดำเนินงานรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ โดยการสนับสนุนชุดโครงการ“พลเมืองไทยสู้ภัยวิกฤต” เพื่อเปิดโอกาสให้พลเมืองไทยมีส่วนร่วมในการต่อสู้กับวิกฤตโควิด-๑๙ โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัว มาปรับใช้กับการออกแบบร่วมกับพลเมืองไทยให้สามารถรับมือกับวิกฤต เป็นพลเมืองที่มีแนวคิดหลัก ๓ ประการ ได้แก่ ๑) พลเมืองมีความสามารถในการลดผลกระทบจากวิกฤต ๒) พลเมืองมีความสามารถในการดำเนินชีวิตในช่วงวิกฤตอย่างต่อเนื่องได้ และ ๓) พลเมืองมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าเดิมได้ในเวลาที่รวดเร็วที่สุดและมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเดิมหลังพ้นวิกฤต แผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ สามารถสนับสนุนโครงการ

^{๑๕๗} <https://www.bbc.com/thai/thailand-52090088> บีบีซี ประเทศไทย สืบค้นวันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๓

^{๑๕๘} <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php> กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๓



รายย่อยจำนวน ๕๕ โครงการที่สอดคล้องกับ ๕ ยุทธศาสตร์ได้แก่ ๑) ความรู้เกี่ยวกับโควิด-๑๙ ๒) การเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) ๓) การบรรเทาปัญหาทางสุขภาพจิต (Mental Health Relief) ๔) การส่งเสริมกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (High - Risk Group Support) และ ๕) วิถีสุขภาวะปกติแบบใหม่ (New Normal of Well-being) คาดว่าจะเกิดบทเรียนการดำเนินงานที่สามารถขยายผลหรือพัฒนาต่อยอดได้ โดยเฉพาะในช่วงการฟื้นฟูคุณภาพชีวิตหลังวิกฤตโควิด-๑๙ ที่สอดคล้องกับชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) การดำเนินงานในสถานการณ์เร่งด่วนนี้ช่วยให้การเตรียมการรับมือในระยะยาวหรือช่วงการฟื้นฟูด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

มาตรการที่สำคัญและทิศทางในการดำเนินงานในอนาคตเพื่อคลี่คลายผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ นอกจากการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) เลี่ยงการรวมกลุ่มหรือไปที่ชุมชนแออัด การสวมหน้ากากอนามัย การทำความสะอาดมือบ่อยๆ ซึ่งเป็นมาตรการที่ได้ผ่านการพิสูจน์ในระดับสากลแล้วว่ามีประสิทธิภาพสูงสุดในการลดการแพร่กระจายของโรค แต่ผลกระทบของการระบาดของโควิด-๑๙ เชื่อมโยงทั้งมิติทางสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม ซึ่งจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างมาก เช่น

๑. **ด้านสุขภาพ** จะมีการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง มาตรการต่างๆ ที่กระทบต่อการใช้ชีวิตและอาชีพการงานเพื่อให้สามารถป้องกันการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ในอนาคต การเร่งให้ความรู้และส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มีความจำเป็นอย่างยิ่ง คนจำนวนมากจะหันมาสนใจมิติสุขภาพซึ่งรวมทั้งสินค้าและบริการ ซึ่งจะมีผลิตภัณฑ์สุขภาพออกมาจำหน่ายทั้งที่อาจสิ้นเปลืองเงินทองแต่มีผลต่อสุขภาพน้อยหรือเข้าข่ายหลอกลวง การส่งเสริมงานการสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่ต้องเร่งดำเนินการให้ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งสุขภาวะทางกายภาพ จิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อม
๒. **ด้านเศรษฐกิจ** จะเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจ และต้องอาศัยการลงทุนและการบริโภคในประเทศ คนจำนวนมากไม่มีงานทำ ขาดรายได้ รายได้ไม่แน่นอน ในเวลาเดียวกันประเทศไทยมีต้นทุนทางอาหารและเกษตรกรรมที่ดี หากคำนึงถึงการส่งเสริมแหล่งอาหารหรือสร้างความมั่นคงอาหารที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ และธรรมชาติแวดล้อม จะช่วยส่งเสริมเศรษฐกิจชีวภาพ (Bio-economy) ช่วยให้ท้องถิ่นมีอาหารที่เอื้อต่อสุขภาพและพอเพียง ทั้งยังเป็นการพัฒนาการผลิตสินค้าและบริการที่ใช้ประโยชน์จากทรัพยากรชีวภาพจากการเกษตร อาหารและคิดค้นผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับสุขภาพได้ด้วย
๓. **ด้านสังคม** โลกจะไม่เหมือนเดิม หรือโลกจะมี “ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal)” พฤติกรรมคนเปลี่ยนแปลงไป อาชีพการงานต้องเปลี่ยนความคุ้นเคย รวมถึงระบบการศึกษาและการเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน จึงกระทบต่อการดำเนินชีวิตกับทุกคนแต่จะส่งผลอย่างมากกับ ผู้สูงอายุ เด็ก สตรี กลุ่มแรงงาน อาชีพบางกลุ่ม และกลุ่มเปราะบางต่างๆ สังคมจะก้าวสู่ระบบดิจิทัลอย่างกว้างขวาง แต่ยังคงขาดการเข้าถึงและเข้าใจการใช้เทคโนโลยีที่นำมาปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ตามมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) เช่น การทำงาน การเรียน การทำธุรกิจออนไลน์ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังต้องส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินชีวิตและการทำงานมีความปลอดภัย บทเรียนผลกระทบด้านบวกในช่วงโควิด-๑๙ คือ สังคมไทยเรียนรู้ว่าการแก้ไขปัญหาที่ดีไม่ได้อยู่ที่ศูนย์กลางเท่านั้น การกระจายอำนาจและการสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนตั้งแต่



ผู้ว่าราชการจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ธุรกิจ พระสงฆ์/นักบวช และประชาชน ในหมู่บ้าน คือ ความสำเร็จในการรับมือกับวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากนำบทเรียนนี้ มาปรับสู่การพัฒนาางานสร้างเสริมสุขภาวะที่เริ่มจากการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่นสู่ระดับ จังหวัดและภาค จะเป็นการฟื้นฟูและพัฒนาสังคมได้อย่างยั่งยืน

๑.๓ สถานการณ์สุขภาพระดับประเทศที่เกี่ยวข้องกับทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส.

การวิเคราะห์สถานการณ์และช่องว่างสำคัญที่ยังไม่สามารถบรรลุทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ มีดังนี้

๑. แนวโน้มภาวะโรคของคนไทยมาจากโรคเรื้อรังและโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีสาเหตุสำคัญ ๕ ลำดับแรก ได้แก่
 - ๑) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคยาสูบและสารเสพติด
 - ๒) โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน อุบัติเหตุจราจร
 - ๓) การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
 - ๔) การบริโภคอาหารประเภทแป้งและไขมันมากเกินไป การบริโภคผักและผลไม้ที่ไม่เพียงพอ
 - ๕) การเคลื่อนไหวร่างกายหรือกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันไม่เพียงพอ

นอกจากนี้ ยังต้องคำนึงถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคเฝ้าระวัง เช่น โรคปอดอักเสบจากเชื้อ COVID-19 โรคไข้เลือดออก เป็นต้น

๒. การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๔)^{๑๔๔} พบว่าเป้าหมายที่ยังไม่บรรลุผล ซึ่งความท้าทายในการทำให้บรรลุตามเป้าหมาย มีดังนี้
 - ๑) ลดอัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไปใน พ.ศ. ๒๕๖๒ ให้เหลือไม่เกิน ร้อยละ ๑๖.๗ สถิติล่าสุดในปี ๒๕๖๐ อยู่ที่ร้อยละ ๑๙.๑ ซึ่งยังห่างจากเป้าหมายพอสมควร
 - ๒) ลดอัตราการดื่มสุราของคนไทยใน พ.ศ. ๒๕๖๓ ให้น้อยกว่าร้อยละ ๒๗ สถิติล่าสุดในปี ๒๕๖๐ อยู่ที่ร้อยละ ๒๘.๔ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายเล็กน้อย
 - ๓) เพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้เพียงพอตามข้อเสนอแนะ (๔๐๐ กรัมต่อวัน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ภายในปี ๒๕๖๔ สถิติล่าสุดในปี ๒๕๖๑ อยู่ที่ร้อยละ ๓๔.๕ ซึ่งยังห่างจากเป้าหมายค่อนข้างมาก
 - ๔) ลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็กให้เหลือน้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยสถิติปี ๒๕๖๒ เด็กไทยอายุ ๖ - ๑๔ ปี มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ร้อยละ ๑๓.๙ ซึ่งยังห่างจากเป้าหมายพอสมควร

^{๑๔๔} ความก้าวหน้าผลสถานการณ์สุขภาพระดับประเทศที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมาย ๑๐ ปี สสส. ประกอบการจัดทำแผนการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยสำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.)



๑.๔ ระเบียบวาระกลางประจำปี เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

ปี ๒๕๖๓ สสส. กำหนดให้ประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นระเบียบวาระกลางประจำปี ที่เชื่อมโยงกับการขับเคลื่อนระดับชาติ ประกอบด้วย ๔ กลยุทธ์สำคัญ ได้แก่ ๑) สร้างกลไกการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ในการขับเคลื่อนระดับชาติ ๒) สนับสนุนระบบสื่อสารสุขภาพของประเทศ ๓) รวบรวมข้อมูลและนวัตกรรมด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพของ สสส. และ ๔) พัฒนาศักยภาพและเสริมพลังเครือข่ายในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยแผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุขภาพะ มุ่งเน้นที่กลยุทธ์ “**พัฒนาศักยภาพและเสริมพลังเครือข่ายในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ**” ดำเนินการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนจำนวน ๑๒,๗๔๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๗.๕ ของแกนนำชุมชนที่ขับเคลื่อนในพื้นที่ ๒๒,๒๖๑ คน ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓อ.๒ส. ให้กับตนเองและคนในชุมชน

ปี ๒๕๖๔ สสส. ยังคงให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) จึงได้กำหนดเป็นระเบียบวาระกลางประจำปี ๒๕๖๔ โดยมุ่งเป้าหมาย ๓ ด้าน ได้แก่ ๑) เพิ่มการใช้ประโยชน์จากชุดความรู้ของ สสส. และช่องทางการสื่อสารที่สนับสนุนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ๒) ขยายผลต้นแบบ ระบบบริการสุขภาพ ชุมชน และหน่วยงานต่างๆ ในด้านการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ได้พัฒนาขึ้นในปี ๒๕๖๓ และ ๓) ขยายกลุ่มผู้รับประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ

โอกาส ช่องว่างและการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์/สภาพแวดล้อมภายนอก

๑. แผนฯ ยังมุ่งดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับนโยบายรัฐตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) เป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ โดยมุ่งเน้นกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ พัฒนากิจกรรมความรู้ความสามารถในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มุ่งสู่การดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพซึ่งจะช่วยเพิ่มศักยภาพชุมชนให้มีความเข้มแข็งในการจัดการปัญหาสุขภาพและรับมือกับสถานการณ์โรคอุบัติใหม่หรือโรคอุบัติซ้ำได้อย่างยั่งยืน
๒. แผนฯ ยังมุ่งดำเนินงานต่อเนื่องในประเด็นพลเมืองไทยสู่ภัยวิกฤต โดยพัฒนาประเด็นการทำงานสู่ช่วงป้องกันโรคและการฟื้นฟูในมิติต่างๆ ภายใต้แนวคิด Resilience คือ ความสามารถในการรับมือหรือปรับตัวเพื่อลดผลกระทบจากวิกฤต การดำเนินชีวิตได้ต่อเนื่องในช่วงวิกฤต และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าเดิมในเวลาที่เราเร็วที่สุดหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเดิมหลังพ้นวิกฤต
๓. การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. เน้นประเด็นที่ยังไม่บรรลุผล โดยมุ่งสนับสนุนส่งเสริมการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับกลไกในชุมชนหรือกลไกในพื้นที่ให้สามารถจัดการปัญหาสุขภาพได้อย่างยั่งยืน ดังนี้
 - ๑) **ลดอัตราการสูบบุหรี่** เน้นการทำงานเชิงรุกไปยังกลุ่มผู้สูบบุหรี่/ยาสูบในชุมชนโดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูง และสนับสนุนการเผยแพร่องค์ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า
 - ๒) **ลดอัตราการดื่มสุรา** เน้นการพัฒนามาตรการชุมชนและให้มีการปฏิบัติตามมาตรการเพื่อลด ละ เลิกการดื่มสุรา และสนับสนุนกระบวนการช่วยเหลือเลิกสุราให้สำเร็จ



- ๓) **ลดภาวะโรคอ้วนในเด็ก** เน้นการผลักดันให้งานโภชนาการนักเรียนเข้าสู่การทำงานประจำของโรงเรียน และเน้นการปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อกับภาวะโรคอ้วนของเด็ก เช่น ฝ้าระวาง การจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มในโรงเรียน รวมถึงให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา
- ๔) **เพิ่มการบริโภคผักผลไม้** เน้นการสนับสนุนให้มีการปลูกและบริโภคผักปลอดภัยในครัวเรือน หรือโดยกลุ่มเกษตรกรในชุมชน รวมถึงการสนับสนุนให้คนในชุมชนสามารถเข้าถึงผักผลไม้ปลอดภัยได้โดยง่าย เช่น การส่งเสริมให้มีตลาดในชุมชนเพื่อจำหน่ายผักปลอดภัย การส่งเสริมให้มีการปลูกในครัวเรือน เป็นต้น
๔. แผนฯ มองเห็นโอกาสการทำงานบูรณาการผ่านวาระกลางเรื่องการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยนำทุนเดิมการทำงานของแผนฯ และเงื่อนไขเวลาที่สามารถดำเนินงานได้ทันทีกับกลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย ซึ่งมีโอกาสที่จะประสบผลสำเร็จและวัดผลลัพธ์ได้เป็นรูปธรรมภายในปี ๒๕๖๔ โดยมุ่งเน้นขยายกลุ่มผู้รับประโยชน์ ในการพัฒนาศักยภาพที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความรู้ด้านสุขภาพและเพิ่มการใช้ประโยชน์จากชุดความรู้ของ สสส. และช่องทางสื่อสารที่สนับสนุนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และเพื่อให้สามารถรับมือกับความท้าทายในสังคมยุคดิจิทัลซึ่งมีพลังทั้งด้านบวกและด้านลบ จะเพิ่มความสำคัญของ Digital Literacy เพื่อส่งเสริมทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัลให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพฯ สามารถใช้สื่อเป็นเครื่องมือเพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และช่วยปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพฯ

๒. สถานการณ์ภายในแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาพฯ

๒.๑ ผลการดำเนินงานที่สำคัญตามจุดเน้นของแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาพฯ ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ (ครึ่งปี) ดังนี้

๒.๑.๑ การขยายภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ

- ๑) ขยายภาครายใหม่ของโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งในกลุ่มบุคคล องค์กรและชุมชน ได้ถึงร้อยละ ๗๗ ของจำนวนโครงการที่สนับสนุน ๔,๒๙๔ โครงการ โดยมีพื้นที่ดำเนินงานครอบคลุมทุกจังหวัด
- ๒) สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี สสส.คิดเป็นร้อยละ ๗๐ ของโครงการที่สนับสนุน ๔,๒๙๔ โครงการ ได้แก่ การลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ การลด ละ เลิก การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การลดอุบัติเหตุทางถนน ลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก เพิ่มกิจกรรมทางกาย เพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ และชุมชนเข้มแข็ง
- ๓) สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะ คิดเป็นร้อยละ ๑๔ ของโครงการที่สนับสนุน ๔,๒๙๔ โครงการ ได้แก่ ผู้สูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์/ชนเผ่าพื้นเมือง คนพิการ และเด็กและเยาวชนในพื้นที่ที่ขาดโอกาส



- ๔) สนับสนุนประเด็นงานใหม่ที่สอดคล้องกับบริบทการเปลี่ยนแปลงหรือสถานการณ์สำคัญเร่งด่วน คิดเป็นร้อยละ ๘ ของโครงการที่สนับสนุน ๔,๒๙๔ โครงการ ได้แก่ โครงการเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการสื่อสารสุขภาวะทำให้ประชาชนจำนวน ๑๐๖,๐๖๐ คน ได้รับข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่เผยแพร่ผ่านสื่อดิจิทัลไม่น้อยกว่า ๑๕๐ ชื่องาน และโครงการพลเมืองไทยสู้ภัยวิกฤต เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการลดผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโควิด-๑๙
- ๕) เกิดผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการเกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจากการดำเนินโครงการ ดังนี้
- ๕.๑) โครงการที่ดำเนินงานในระดับหมู่บ้าน/ชุมชน ร้อยละ ๘๖ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายและกระตุ้นให้เกิดการสร้างหรือปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในพื้นที่ดำเนินงาน ทั้งทางกายภาพและทางสังคม เช่น การกำหนดกติกาของคนในชุมชน ให้เอื้อต่อการลด ละ เลิก บุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การปรับปรุงจุดเสี่ยงในหมู่บ้านให้เหมาะสมและเกิดความปลอดภัยต่อผู้ใช้รถใช้ถนนเพื่อป้องกันและลดปัญหาการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน
- ๕.๒) กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการ ๑,๐๖๓,๔๙๕ คน (คิดเป็นร้อยละ ๕๕ ของผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด ๑,๙๓๐,๘๙๙ คน) มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับบุคคล และครัวเรือน เช่น ลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ ลด ละ เลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บริโภคผักผลไม้เพิ่มขึ้น มีกิจกรรมทางกายเป็นประจำ มีการคัดแยกขยะในครัวเรือน เป็นต้น
- ๕.๓) เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในชุมชน คิดเป็นร้อยละ ๙๕ จากโครงการที่สนับสนุน จำแนกเป็น ๑) สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น พื้นที่ปลอดบุหรี่งานบุญปลอดเหล้าพื้นที่ออกกำลังกายในชุมชนจุดเสี่ยงอุบัติเหตุที่ได้รับการแก้ไข พื้นที่ต้นแบบหรือพื้นที่สร้างสรรค์ส่งเสริมการเรียนรู้ เป็นต้น ๒) สภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น นโยบาย/มาตรการ/กฎกติกาและข้อตกลงบุคคลต้นแบบ กลไกหรือโครงสร้างในชุมชน เช่น กองทุนสวัสดิการชุมชน เป็นต้น

๒.๑.๒ การพัฒนาและสนับสนุนกลไกหน่วยจัดการ (Node)

หน่วยจัดการ (Node) เป็นกลไกของแผนฯ ในการกระจายโอกาสและสนับสนุนการติดตามเสริมพลังให้กับกลุ่มเป้าหมาย โดยมีภาคีเป็นผู้ดำเนินการหน่วยจัดการทั้งเชิงพื้นที่ (หน่วยจัดการจังหวัดระดับทั่วไปและหน่วยจัดการจังหวัดระดับที่มีจุดเน้นสำคัญ (Node Flagship)) และหน่วยจัดการเชิงประเด็น เช่น หน่วยจัดการเด็กและเยาวชน หน่วยจัดการชาติพันธุ์ เป็นต้น ปัจจุบันมีหน่วยจัดการรวมทั้งสิ้น ๑๔๓ หน่วยจัดการ ซึ่งมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพไปยังพื้นที่หรือกลุ่มเป้าหมายในภูมิภาคได้กว้างขวาง สามารถเปิดโอกาสให้ภาคีรายใหม่ได้ถึงร้อยละ ๗๗ และหน่วยจัดการมีขีดความสามารถในการบริหารจัดการเชิงผลลัพธ์ คือ สามารถเสริมพลังและติดตามหนุนเสริมภาคีรายย่อยให้ดำเนินงานจนเกิดผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพตามที่กำหนดไว้ในโครงการ



นอกจากนี้ แผนฯ ได้สนับสนุนหน่วยจัดการจังหวัดระดับที่มีจุดเน้นสำคัญ (Node Flagship) ครอบคลุม ๒๐ จังหวัดตามเป้าหมายของแผนหลัก ๓ ปี สามารถบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ สร้างความร่วมมือกับภาคีในจังหวัดโดยมุ่งสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามประเด็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่ที่สร้างการเปลี่ยนแปลงได้ในระดับจังหวัด เช่น ลดปริมาณขยะ การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย อาหารปลอดภัย เป็นต้น รวมถึงพัฒนาต้นแบบความสำเร็จในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ดำเนินงาน เพื่อส่งต่อหรือขยายผลการดำเนินงานสู่ระดับจังหวัดได้มากขึ้น

๒.๑.๓ การพัฒนากลไกหนุนเสริมการบริหารจัดการ

แผนฯ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสนับสนุนการบริหารจัดการที่จำเป็นเพื่อหนุนเสริมการทำงานของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนัก หน่วยจัดการ และภาคีผู้รับทุน ดังนี้

๑) พัฒนานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการความรู้ที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์หรือขยายผลการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ เครื่องมือค้นหานวัตกรรมจากแบบเสนอสรุปแนวคิดโครงการ (Concept Paper) เครื่องมือขยายผลนวัตกรรมสุขภาพอย่างง่ายด้วยกระบวนการ Co-creation และห้องทดลองนโยบายนวัตกรรมสังคม (Social Innovation Lab) หลักสูตรอบรมนักออกแบบกระบวนการทางสังคม พัฒนาระบบ e-Learning เพื่อให้หน่วยจัดการเข้าถึงความรู้เรื่องการพัฒนาโครงการและการติดตามประเมินเชิงผลลัพธ์ได้ง่ายและสะดวกขึ้น เกิดชุดความรู้การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถนำไปขยายผลในพื้นที่ที่ไม่เคยได้รับการสนับสนุนจาก สสส. เช่น การส่งเสริมกิจกรรมทางกายด้วยศิลปวัฒนธรรมไทย การจัดการขยะในระดับชุมชน งานบุญปลอดเหล้า ครอบครัวอบอุ่น การพัฒนาคณะทำงานเรื่องเพศในชุมชน นอกจากนี้ได้ริเริ่มสนับสนุนสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลแบ่งการสนับสนุนเป็น ๓ ระดับ ได้แก่ การพัฒนาต้นแบบอย่างรวดเร็ว (Hackathon) การบ่มเพาะนวัตกรรมระยะริเริ่ม (Incubator) และการพัฒนานวัตกรรมระยะขยายผล (Accelerator) ซึ่งผลงานนวัตกรรมส่วนใหญ่เป็นการผลิตสื่อสุขภาพ ได้แก่ อินโฟกราฟฟิค (Infographic) พอดคาสต์ (Podcast) ระบบตอบคำถามอัตโนมัติ (Chatbot) และชุดรายการวิดีโอออนไลน์ (Livestream) รองลงมาเป็นสิ่งประดิษฐ์และแอปพลิเคชันที่เกี่ยวข้องต่อสุขภาพ ได้แก่ เครื่องตรวจระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์เพื่อสนับสนุนการเลิกบุหรี่ เครื่องมือป้องกันหรือลดผลกระทบของฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM_{2.5}) และการขยายผลระบบเฝ้าระวังเหตุระบอบทางสุขภาพ เป็นต้น และในปี ๒๕๖๓ สนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยเน้นการทำงานกับคนรุ่นใหม่ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีอายุน้อยหรือเยาวชน แต่เป็นผู้ที่เปิดรับความคิดใหม่ๆ และมีความมุ่งมั่นในการทำให้สังคมดีขึ้นผ่านวิธีการใหม่ๆ จำนวน ๒ โครงการ ดังนี้ (๑) โครงการพัฒนานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยคนรุ่นใหม่ใน ๓ ประเด็นที่เป็นพันธกิจของ สสส. และมีภาวะโรคสูง ได้แก่ อาหารกับกลุ่มโรค NCDs อุบัติเหตุจราจร สุขภาพจิตวัยรุ่น โดยจะใช้กระบวนการพัฒนานวัตกรรมในรูปแบบที่หลากหลาย ได้แก่ รูปแบบ Camp ซึ่งเป็นการจัดค่ายพัฒนานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ รูปแบบ Camp + Lab เป็นการจัดค่ายพัฒนานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และสนับสนุนการทดลองนำร่องนวัตกรรม และรูปแบบ Co-incubation โดยเป็นการทำงานร่วมกับมหาวิทยาลัยในการร่วมบ่มเพาะนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (๒) โครงการพัฒนานวัตกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตโดยทำงานร่วมกับนักศึกษาอาชีวศึกษา เพื่อพัฒนานวัตกรรมทั้งในส่วนของการผลิตหรือการบริการนวัตกรรมกระบวนการซึ่งจะมีกระบวนการพัฒนาศักยภาพ ติดตามการพัฒนาชิ้นงาน สนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้กับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เพื่อให้เกิดนวัตกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิต



๒) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพที่เลี้ยงภายใต้หน่วยจัดการที่ทำหน้าที่ติดตามโครงการ รวม ๗๔๔ คน ให้มีความรู้และทักษะในการดำเนินงานตามบทบาทและภารกิจ ได้แก่ การพัฒนาข้อเสนอโครงการ การติดตามประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา และการถอดบทเรียนพื้นที่ต้นแบบ

๓) สนับสนุนการประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาสำหรับหน่วยจัดการเชิงพื้นที่และเชิงประเด็น รวม ๑๐๕ หน่วยจัดการ คิดเป็นร้อยละ ๗๓ ของหน่วยจัดการทั้งหมด ๑๔๓ หน่วย โดยมุ่งประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาในเรื่องสมรรถนะหน่วยจัดการและผลลัพธ์โครงการระดับพื้นที่

๔) พัฒนาระบบฐานข้อมูลหน่วยจัดการและฐานข้อมูลผลลัพธ์สร้างเสริมสุขภาพ (Health Outcome) ของโครงการรายย่อยที่สามารถรองรับข้อมูลงานประเมินผลได้เป็นระบบมากขึ้น

๕) สนับสนุนให้มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ผลการดำเนินงานโครงการที่เป็นตัวอย่างที่ดีหรือชุดความรู้ต่างๆ ใน ๔ ประเด็นหลัก ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ การจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะ เศรษฐกิจครัวเรือน และการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากรต่างๆ เพื่อเสริมพลังชุมชนและขยายผลการดำเนินงานผ่านช่องทางสื่อสารที่หลากหลาย

๒.๒ โอกาส ช่องว่าง และการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ภายในแผน

๒.๒.๑ การวิเคราะห์เรื่องการกระจายโอกาสและขยายภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ

๑) แผนฯ สามารถกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพไปสู่กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่ตามจำนวนเป้าหมายที่กำหนด แต่พบว่าสัดส่วนการดำเนินงานส่วนใหญ่อยู่นอกเขตเมืองในขณะที่สถานการณ์ของชุมชนเมือง โดยเฉพาะผลกระทบจากโควิด-๑๙ ทำให้ในชุมชนเมืองมีผู้ได้รับผลกระทบมากขึ้น เช่น คนไร้บ้าน และกลุ่มคนจนเมือง จึงเป็นโอกาสที่แผนฯ สามารถขยายโอกาสการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนเมืองได้เพิ่มขึ้น

๒) แผนฯ กระจายโอกาสการดำเนินงานระดับพื้นที่ที่สอดคล้องกับแนวโน้มภาวะโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพโดยมุ่งเน้นประเด็นเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปีของ สสส. ที่ยังไม่บรรลุผล ดังนั้นการสนับสนุนโครงการในปี ๒๕๖๔ ควรมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐.๒ส. ได้แก่ ลดการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ให้มากขึ้น เพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย และการสร้างเสริมสุขภาพจิต

๓) การกระจายโครงการในกลุ่มประชากรที่ขาดโอกาสหรือประชากรกลุ่มเฉพาะมีความจำเป็นต้องดำเนินการผ่านหน่วยจัดการ (Node) เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการและสภาพปัญหาโดยหน่วยจัดการทำหน้าที่พัฒนาศักยภาพและหนุนเสริมกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ แผนฯ ควรมุ่งสนับสนุนกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ กลุ่มเปราะบางโดยเฉพาะกลุ่มชายขอบและกลุ่มที่ขาดโอกาสในพื้นที่ห่างไกล

๔) สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทการเปลี่ยนแปลงและสถานการณ์สำคัญ เช่น การลดผลกระทบด้านเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ การปรับพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมสู่วิถีสุขภาวะชีวิตวิถีใหม่ เป็นต้น

๕) การสนับสนุนโครงการที่มุ่งเน้น “การพัฒนากลไกของชุมชนให้เข้มแข็ง” เช่น กลไกสภาผู้นำชุมชนภายใต้ชุดโครงการชุมชนน่าอยู่ ซึ่งได้แสดงให้เห็นว่ากลไกสภาผู้นำชุมชนมีความเข้มแข็งในระดับพื้นที่สามารถบริหารจัดการและรับมือกับวิกฤตการณ์ที่เป็นเรื่องใหม่ในชุมชนได้อย่างดี ทำให้การปฏิบัติ



ตามมาตรการของภาครัฐมีประสิทธิภาพ มีการจัดการข้อมูลชุมชน สื่อสารข้อมูลความรู้ และกำหนดมาตรการรับมือ ป้องกันและฟื้นฟูชุมชนได้อย่างรวดเร็ว ช่วยลดผลกระทบในชุมชนและทำให้ชุมชนสามารถรับมือกับสถานการณ์วิกฤตที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตได้

๒.๒.๒ การวิเคราะห์กลไกหน่วยจัดการ

๑) หน่วยงานภายใน สสส. รับรู้การดำเนินงานของหน่วยจัดการไม่ชัดเจนมากนัก ทำให้ขาดโอกาสในการเชื่อมประสานระดับพื้นที่ จึงควรจัดเวทีพบปะระหว่างผู้จัดการ สสส. และหน่วยจัดการ เพื่อแลกเปลี่ยนแนวความคิดการดำเนินงาน และเสริมพลังการทำงานให้กับหน่วยจัดการ รวมถึงควรเน้นการยกระดับศักยภาพของหน่วยจัดการในการทำงานเชิงบูรณาการร่วมกับสำนักต่างๆ ในพื้นที่ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่มากที่สุด

๒) หน่วยจัดการส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจและสามารถดำเนินงานตามภารกิจ แต่ยังมีหน่วยจัดการจำนวนหนึ่งควรได้รับการเสริมสมรรถนะเพิ่มเติมเรื่องการออกแบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์ การติดตามประเมินเชิงผลลัพธ์ และการถอดบทเรียน ดังนั้น จึงควรเพิ่มกระบวนการพัฒนาศักยภาพแบบมีระบบที่เลี้ยงให้คำแนะนำ ชี้แนวทางหรือโอกาสการพัฒนาในระหว่างการดำเนินงานในพื้นที่ของหน่วยจัดการ เสริมศักยภาพด้านการติดตามเชิงผลลัพธ์โดยนำกระบวนการและผลการประเมินมาใช้ประโยชน์ต่อการพัฒนาสมรรถนะหน่วยจัดการ รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายหน่วยจัดการให้เข้มแข็ง สามารถหนุนเสริมการดำเนินงานระหว่างหน่วยจัดการได้

๓) หน่วยจัดการจำนวนหนึ่ง เช่น หน่วยจัดการเด็กและเยาวชน และหน่วยจัดการจังหวัดระดับที่มีจุดเน้นสำคัญ (Node Flagship) มีบทบาทและภารกิจที่ต้องการทักษะเฉพาะด้าน จึงควรพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการให้สอดคล้องกับสมรรถนะและภารกิจที่จำเป็น โดยประสานความร่วมมือกับสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ ตัวอย่างเช่น การพัฒนาหน่วยจัดการจังหวัดระดับที่มีจุดเน้นสำคัญ ให้มีความสามารถในการสร้างความร่วมมือและขับเคลื่อนเชิงนโยบายระดับพื้นที่หรือระดับจังหวัดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยมุ่งเสริมศักยภาพด้านการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ เช่น การบริหารเครือข่ายแบบภาคีหุ้นส่วน การสื่อสารเพื่อสร้างความร่วมมือและผลักดันนโยบาย การจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบ เป็นต้น

๔) ผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-๑๙ ที่เปลี่ยนไปสู่ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ส่งผลกระทบต่อหน่วยจัดการไม่สามารถดำเนินงานด้วยรูปแบบหรือวิธีการแบบเดิมได้ หน่วยจัดการต้องปรับตัวและยกระดับการพัฒนาอย่างก้าวกระโดด เพื่อให้สามารถทำงานในสถานการณ์ที่มีผลกระทบในหลายด้าน ซึ่งทักษะด้านการบริหารจัดการเชิงผลลัพธ์อย่างเดียวยังไม่เพียงพอ จำเป็นต้องเพิ่มเติมทักษะด้านการสื่อสาร เพิ่มพลังใจให้กับชุมชนที่จะดำเนินโครงการ รวมถึงทักษะด้านดิจิทัลเพื่อการสื่อสารและสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชน

๕) สถานการณ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทำให้ประชาชนและหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ให้ความสำคัญเรื่องสุขภาวะมากขึ้น เช่น โควิด-๑๙ หมอกควัน ความมั่นคงทางอาหาร เป็นต้น จึงเป็นโอกาสให้หน่วยจัดการเชิงพื้นที่ (หน่วยจัดการจังหวัดระดับทั่วไป และหน่วยจัดการจังหวัดระดับที่มีจุดเน้นสำคัญ (Node Flagship)) สามารถยกระดับการทำงานในลักษณะ “การสนับสนุนทุนร่วมกัน” กับองค์กรและหน่วยงานในจังหวัด เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ได้มากขึ้น หรือการเชื่อมต่อแหล่งทุนในจังหวัด เช่น กองทุนสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น เพื่อขยายผลให้พื้นที่ต่างๆ เข้าถึงการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพขนาดเล็กได้มากขึ้น



๒.๒.๓ การวิเคราะห์กลไกหนุนเสริมการบริหารจัดการของแผน

ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ แผนฯ ได้พัฒนาระบบสนับสนุนการบริหารจัดการเพื่อหนุนเสริมการทำงานของผู้เกี่ยวข้อง ครอบคลุมตั้งแต่การพัฒนานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพและจัดการความรู้ การพัฒนาศักยภาพภาคี การประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา ระบบคลังข้อมูล และการสื่อสารสาธารณะ ซึ่งปัจจุบันได้ดำเนินการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว แต่ยังมีประเด็นที่ต้องปรับปรุงเพิ่มเติมเพื่อให้ระบบสนับสนุนมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถใช้ประโยชน์ได้สูงสุด ดังนี้

๑) การสนับสนุนนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ควรมุ่งดำเนินงานร่วมกับสำนักวิชาการและนวัตกรรม สสส. ในการวางแผนสนับสนุนและพัฒนานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การพัฒนาโจทย์ การพัฒนาข้อเสนอโครงการ รูปแบบการสนับสนุนทุนและกระบวนการบ่มเพาะ การจัดการด้านทรัพย์สินทางปัญญา ตลอดจนการขยายผลนวัตกรรมที่มีศักยภาพที่จะสามารถขยายผลวงกว้างเพื่อให้พื้นที่อื่นนำไปปรับใช้หรือนวัตกรรมที่ต้องการทดลองทำซ้ำเพื่อการขยายผล

๒) สนับสนุนการจัดการความรู้หรือถอดบทเรียนการดำเนินงานของกลไกหน่วยจัดการ โดยเฉพาะหน่วยจัดการจังหวัดระดับที่มีจุดเน้นสำคัญ (Node Flagship) เพื่อนำมาวางแผนพัฒนายกระดับหรือขยายผล

๓) การพัฒนาศักยภาพภาคีด้วยชุดความรู้พื้นฐานช่วยสนับสนุนให้ภาคีมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น แต่ยังคงต้องการการเสริมสมรรถนะเพิ่มเติมให้สอดคล้องกับความจำเป็นเฉพาะของหน่วยจัดการที่มีความหลากหลาย รวมทั้งเพิ่มกระบวนการให้คำปรึกษา ติดตามหนุนเสริมในพื้นที่ระหว่างการดำเนินงานของหน่วยจัดการ เพื่อให้หน่วยจัดการสามารถนำความรู้ไปใช้อย่างถูกต้องและปฏิบัติได้จริง

๔) การประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาหน่วยจัดการ ยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยจัดการ และยังคงจัดระบบฐานข้อมูลการประเมินผลหน่วยจัดการให้ดียิ่งขึ้น

๕) งานสื่อสารสาธารณะ ยังขาดการกำหนดเป้าหมายและกลยุทธ์การสื่อสารให้เกิดผลกระทบกับกลุ่มเป้าหมายในวงกว้าง โดยเฉพาะการสื่อสารผ่านสื่อดิจิทัล

๖) ผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-๑๙ ต่อการบริหารจัดการภายในสำนัก

๖.๑) แผนฯ กำหนดจุดเน้นที่จะสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นที่สอดคล้องกับบริบทการเปลี่ยนแปลง สถานการณ์สำคัญหรือสถานการณ์วิกฤต ทำให้สามารถจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการเพื่อลดผลกระทบในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ ได้ทันสถานการณ์

๖.๒) สถานการณ์โควิด-๑๙ ทำให้โครงการที่ดำเนินงานในพื้นที่ที่ต้องปรับตัวตามมาตรการของภาครัฐ โดยเฉพาะมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม ไม่สามารถจัดกิจกรรมในลักษณะการรวมกลุ่ม เช่น การจัดประชุม การอบรม หรือการพบปะกันเป็นกลุ่มใหญ่ได้ จึงต้องปรับวิธีการทำงานหรือปรับรูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อไม่ให้งานหยุดชะงัก เช่น ปรับการประชุมเป็นการประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ปรับวิธีการติดตามงานระหว่างหน่วยจัดการและพื้นที่เป็นการติดตามและสื่อสารผ่านระบบออนไลน์ ปรับรูปแบบการประชุมกลุ่มใหญ่แบ่งจัดเป็นกลุ่มย่อยๆ โดยปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดอย่างเคร่งครัด ฯลฯ ซึ่งการปรับวิธีทำงานดังกล่าวจะสอดคล้องกับการปรับงบประมาณที่ปรับจากค่าห้องประชุม ค่าอาหาร ค่าพาหนะเดินทางปรับเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการสื่อสารผ่านระบบออนไลน์ การผลิตสื่อให้ความรู้แก่คนในชุมชน และค่าวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นเพื่อการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค



๖.๓) สำนัก ๖ ปรับวิธีทำงานเพื่อให้การทำกิจกรรมต่างๆ สามารถเดินทางไปได้อย่างดีที่สุดภายใต้ข้อจำกัดและบริบทการทำงานในสถานการณ์วิกฤต โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาช่วยสนับสนุนการทำงาน เช่น การจัดประชุมหรือปรึกษาหารือร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ การติดตามงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับภาคีผ่านระบบออนไลน์ การใช้สื่อดิจิทัลสำหรับการสื่อสารประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

๖.๔) การปรับตัวสู่ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ทำให้การสนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพในอนาคตจะให้ความสำคัญกับการคิดรูปแบบกิจกรรมหรือวิธีทำงานที่คำนึงถึงสุขภาวะของชีวิตวิถีใหม่ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสนับสนุนการดำเนินงานให้มากขึ้น รวมถึงมีแผนบริหารความเสี่ยงระดับโครงการ

จากการประมวล วิเคราะห์สถานการณ์ ช่องว่างและโอกาสการพัฒนาของแผนสร้างสรรคโอกาส และนวัตกรรมสุขภาวะ แผนฯ จึงควรมุ่งทิศทางและจุดเน้นของแผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ ปี ๒๕๖๔ ดังนี้

๑. การกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อแก้ปัญหาสุขภาวะใน ๓ ลักษณะ ได้แก่

- ๑.๑ สนับสนุนการสร้างความเข้มแข็งให้กับกลไกในชุมชนระดับหมู่บ้าน ให้สามารถเฝ้าระวัง ป้องกัน และจัดการปัญหาสุขภาวะของชุมชนได้อย่างยั่งยืน มุ่งผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ในประเด็นที่สอดคล้องกับแนวโน้มภาวะโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและเป้าหมายเฉพาะในทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. โดยเฉพาะพฤติกรรมลดการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย เพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ และการสร้างเสริมสุขภาพจิต
- ๑.๒ การลดผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ และพัฒนาศักยภาพกลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่ที่มีความพร้อมเพื่อรับมือกับสถานการณ์โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ หรืออุบัติภัยในอนาคตที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะ เช่น การลดผลกระทบด้านเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมสู่ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) การสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มชาติโอกาสในชุมชนเมือง การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในสังคมยุคดิจิทัล
- ๑.๓ โครงการสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นปัญหาเฉพาะของพื้นที่หรือของกลุ่มเฉพาะ โดยเน้นการกระจายโอกาสและหนุนเสริมพื้นที่ผ่านกลไก “หน่วยจัดการ” ที่มีศักยภาพ สนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและสามารถติดตามเสริมพลังในพื้นที่ได้

๒. แผนฯ ยังต้องพัฒนาปรับปรุงระบบสนับสนุนการบริหารจัดการเพิ่มเติมเพื่อหนุนเสริมการดำเนินงานของผู้เกี่ยวข้องให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการจัดการข้อมูลงานนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพและข้อมูลงานประเมินผลให้เป็นระบบ รวมถึงการสื่อสารสาธารณะผ่านสื่อดิจิทัล



จุดเน้นของแผน

๑. ส่งเสริมและสนับสนุนให้หมู่บ้าน/ชุมชน และกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ที่ขาดโอกาสหรือได้รับผลกระทบจากความเหลื่อมล้ำในมิติต่างๆ ได้ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาสุขภาพของพื้นที่หรือกลุ่มเป้าหมาย
๒. สนับสนุนการสร้างความเข้มแข็งให้กับกลไกในชุมชน/พื้นที่ ให้สามารถเฝ้าระวัง ป้องกันและจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชนได้อย่างยั่งยืน มุ่งผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ในประเด็นที่สอดคล้องกับแนวโน้มภาวะโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและเป้าหมายเฉพาะในทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. โดยเฉพาะพฤติกรรมลดการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย เพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ และการสร้างเสริมสุขภาพจิต
๓. สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการฟื้นฟูคุณภาพชีวิตหลังวิกฤตโควิด-๑๙ และพัฒนาศักยภาพกลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่ ให้มีความพร้อมเพื่อรับมือกับสถานการณ์โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำหรืออุบัติภัยในอนาคตที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น การส่งเสริมเศรษฐกิจชุมชนเพื่อสุขภาพในชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) การสร้างเสริมสุขภาพะกลุ่มขาดโอกาสในชุมชนเมือง การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในสังคมยุคดิจิทัล
๔. พัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการให้มีความรอบรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานในสถานการณ์วิกฤต เช่น ทักษะการสื่อสารเพิ่มพลังใจ ทักษะด้านดิจิทัลเพื่อการสื่อสารและสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชน ทักษะด้านการบริหารความเสี่ยง
๕. ยกระดับศักยภาพของหน่วยจัดการจังหวัดระดับที่มีจุดเน้นสำคัญ (Node Flagship) ให้เกิดประโยชน์ในการทำงานเชิงบูรณาการร่วมกับสำนักต่างๆ ใน สสส. และมีขีดความสามารถในการสร้างความร่วมมือกับภาคีในจังหวัดในลักษณะการร่วมทุน หรือการเชื่อมต่อแหล่งทุนในจังหวัด เช่น กองทุนสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น เพื่อขยายผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพให้มากขึ้น
๖. สนับสนุนและพัฒนานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จัดระบบข้อมูลเพื่อวางแผนการสนับสนุน ส่งต่อพัฒนา ต่อยอด หรือขยายผลนวัตกรรมอย่างเป็นระบบร่วมกับสำนักวิชาการและนวัตกรรม สสส.
๗. พัฒนาระบบข้อมูลงานประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาให้สามารถใช้ประโยชน์ได้สูงสุด

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสนับสนุนให้หมู่บ้าน/ชุมชน และกลุ่มเป้าหมายมีขีดความสามารถในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพและ/หรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพได้อย่างยั่งยืนตามเป้าหมายโครงการ
๒. เพื่อพัฒนาและยกระดับสมรรถนะหน่วยจัดการให้สามารถทำงานร่วมกับแผนฯ และดำเนินงานบรรลุผลลัพธ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
๓. เพื่อให้เกิดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพหรือชุดความรู้ทั้งเชิงประเด็น เชิงกระบวนการ หรือเชิงระบบจากบทเรียนการดำเนินงานของกลุ่มเป้าหมายและหน่วยจัดการ และมีการจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบ

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดระดับเบียวาระกลาง

ตัวชี้วัดหลัก

๑. จำนวนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ/หรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย (ไม่น้อยกว่า ๑,๖๐๐ โครงการ โดยเป็นภาครายใหม่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐)
๒. ร้อยละของประชาชนที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ของจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ)
๓. ร้อยละของโครงการที่เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของโครงการที่สนับสนุน)
๔. จำนวนหน่วยจัดการจังหวัดระดับที่มีจุดเน้นสำคัญ (Node Flagship) ที่สามารถยกระดับการทำงานในลักษณะการร่วมทุน หรือการเชื่อมต่อแหล่งทุนในจังหวัด เช่น กองทุนสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น เพื่อขยายผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพให้มากขึ้น (อย่างน้อย ๓ จังหวัด)
๕. จำนวนนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพหรือชุดความรู้ที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์หรือขยายผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพได้ (ไม่น้อยกว่า ๒ เรื่อง)

ตัวชี้วัดระดับเบียวาระกลางเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

๑. จำนวนแกนนำชุมชนได้รับการพัฒนาด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถแนะนำ ส่งเสริมและดำเนินกิจกรรมให้ประชาชนในพื้นที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองตามหลัก ๓๐.๒ส. รวมถึงการป้องกันการระบาดของไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมสู่วิถีสุขภาวะปกติแบบใหม่ (New Normal of Well - Being) (ไม่น้อยกว่า ๑๒,๐๐๐ คน) (เพิ่มขึ้นร้อยละ ๓๐ จากเป้าหมายปี ๒๕๖๓ จำนวน ๙,๐๐๐ คน)
๒. จำนวนประชาชนที่ได้รับข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เผยแพร่ผ่านสื่อดิจิทัลไม่น้อยกว่า ๑๓๐,๐๐๐ คน (เพิ่มขึ้นร้อยละ ๓๐ จากเป้าหมายปี ๒๕๖๓ จำนวน ๑๐๐,๐๐๐ คน)

แนวทางการดำเนินงาน

กลุ่มแผนงานขยายภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ

๑. ส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ชุมชนเป็นฐานสร้างสุขภาวะที่ดี เสริมสร้างศักยภาพกลไกในชุมชน/กลไกในพื้นที่ให้เข้มแข็ง เพื่อนำไปสู่การดำเนินกิจกรรมที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐.๒ส. ของกลุ่มเป้าหมายในการลดการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเพิ่มกิจกรรมทางกาย เพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ และสร้างเสริมสุขภาพจิต



๒. สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อฟื้นฟูคุณภาพชีวิตหลังวิกฤตโควิด-๑๙ และพัฒนาศักยภาพกลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่ให้มีความพร้อมเพื่อรับมือกับสถานการณ์โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ หรืออุบัติภัยในอนาคตที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น การส่งเสริมเศรษฐกิจชุมชนเพื่อสุขภาพในชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) การสร้างเสริมสุขภาพะกลุ่มชาติโอกาสในชุมชนเมือง การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในสังคมยุคดิจิทัล
๓. ขยายพื้นที่ดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพไปยังพื้นที่หรือกลุ่มเป้าหมายที่ไม่เคยให้การสนับสนุน เช่น กลุ่มชาติโอกาสในพื้นที่ห่างไกล กลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบจากความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ ได้ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาสุขภาพะของพื้นที่

กลุ่มแผนงานสนับสนุนหน่วยจัดการ

๑. พัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการที่มีความเฉพาะเจาะจงที่สอดคล้องกับสมรรถนะและภารกิจ โดยประสานความร่วมมือกับสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ (Thai Health Academy)
๒. เพิ่มกระบวนการพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการแบบมีระบบพี่เลี้ยง (Coaching) ในพื้นที่ ทั้งการเสริมศักยภาพด้านการติดตามเชิงผลลัพธ์โดยนำกระบวนการและผลการประเมินผลมาใช้ประโยชน์ต่อการพัฒนาสมรรถนะหน่วยจัดการ การพัฒนาเครือข่ายหน่วยจัดการให้เข้มแข็งสามารถหนุนเสริมการดำเนินงานระหว่างหน่วยจัดการได้ รวมถึงทักษะที่จำเป็นต่อการทำงานในสถานการณ์วิกฤต เช่น ทักษะการสื่อสารเพิ่มพลังใจให้กับชุมชน ทักษะด้านดิจิทัลเพื่อการสื่อสารและสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชน และทักษะด้านการบริหารความเสี่ยง
๓. สนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยจัดการระดับจังหวัด เพื่อเป็นกลไกการเสริมพลังและติดตามหนุนเสริมภาคีรายย่อยให้ดำเนินงานจนเกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมาย
๔. สนับสนุนและพัฒนาหน่วยจัดการจังหวัดระดับที่มีจุดเน้นสำคัญ (Node Flagship) ให้มีความสามารถในการสร้างความร่วมมือและขับเคลื่อนเชิงนโยบายระดับพื้นที่หรือระดับจังหวัดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะสมรรถนะด้านการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ เช่น การบริหารเครือข่ายแบบภาคีหุ้นส่วน การสื่อสารเพื่อสร้างความร่วมมือและผลักดันนโยบาย การจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบ
๕. พัฒนาเพื่อยกระดับหน่วยจัดการเชิงพื้นที่ (หน่วยจัดการจังหวัดระดับทั่วไป และหน่วยจัดการจังหวัดระดับที่มีจุดเน้นสำคัญ (Node Flagship)) ที่มีศักยภาพและมีความพร้อมสู่การพัฒนาให้เกิดกองทุนในระดับจังหวัดที่เป็นการ “ร่วมทุน” จากภาคส่วนต่างๆ สำหรับสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพะที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของพื้นที่หรือการเชื่อมต่อแหล่งทุนในจังหวัด เช่น กองทุนสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น เพื่อขยายผลให้พื้นที่ต่างๆ เข้าถึงการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพขนาดเล็กได้มากขึ้น
๖. ยกระดับศักยภาพของหน่วยจัดการในการทำงานเชิงบูรณาการร่วมกับสำนักต่างๆ ใน สสส. รวมถึงการจัดเวทีพบปะระหว่างผู้จัดการ สสส. กับหน่วยจัดการเพื่อแลกเปลี่ยนแนวคิดการดำเนินงาน และเสริมพลังการทำงานให้กับหน่วยจัดการ



กลุ่มแผนงานพัฒนาระบบสนับสนุนการบริหารจัดการ

๑. การสนับสนุนนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทำงานร่วมกับสำนักวิชาการและนวัตกรรม สสส. เพื่อวางแผนสนับสนุนและพัฒนานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การพัฒนาโจทย์ การพัฒนาข้อเสนอโครงการ รูปแบบการสนับสนุนและกระบวนการบ่มเพาะ การจัดการด้านทรัพย์สินทางปัญญา ตลอดจนการขยายผลนวัตกรรมที่มีศักยภาพที่จะสามารถขยายผลวงกว้าง เพื่อให้พื้นที่อื่นนำไปปรับใช้หรือนวัตกรรมที่ต้องการทดลองทำซ้ำเพื่อการขยายผล
๒. สนับสนุนให้มีการจัดการความรู้หรือถอดบทเรียนการดำเนินงานของกลไกหน่วยจัดการจังหวัดระดับที่มีจุดเน้นสำคัญ (Node Flagship) เพื่อนำมาวางแผนพัฒนา ยุกระดับหรือขยายผล
๓. สนับสนุนการประเมินผลหน่วยจัดการที่ยังไม่ได้รับการประเมินผลในปี ๒๕๖๓ จำนวน ๔๕ หน่วยจัดการ โดยใช้แนวคิดการประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาและมุ่งการประเมินสมรรถนะหน่วยจัดการ และผลลัพธ์ของโครงการระดับพื้นที่
๔. วางแผนและจัดการข้อมูลงานประเมินผลหน่วยจัดการให้เป็นระบบ สามารถส่งต่อข้อมูลที่มีคุณภาพไปยังระบบฐานข้อมูลหน่วยจัดการได้โดยตรงเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อการพัฒนาศักยภาพและติดตามสมรรถนะหน่วยจัดการได้
๕. พัฒนาช่องทางสื่อดิจิทัลของสำนักให้เป็นแหล่งเผยแพร่ความรู้ ข้อมูลงานสร้างเสริมสุขภาพ และเป็นช่องทางให้บุคคล กลุ่ม องค์กรที่สนใจการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพสามารถเข้าถึงข้อมูลได้
๖. วางแผนการสื่อสารสาธารณะผ่านสื่อดิจิทัล กำหนดเป้าหมายและกลยุทธ์การสื่อสารให้ชัดเจน ใน ๒ เรื่อง ดังนี้
 - ๖.๑ การสื่อสารเพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่แสดงให้เห็นตัวตน ภารกิจสำคัญและผลงานของแผนฯ
 - ๖.๒ การสื่อสารเนื้อหาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ โดยแผนฯ เป็นแหล่งรวบรวมข้อมูลรูปธรรม ซึ่งมีทั้งสำนักจัดการเนื้อหาและทำการสื่อสารเอง และให้สำนักข่าวต่างๆ นำข้อมูลของสำนักไปสื่อสารในวงกว้างต่อไป



ภาคีที่เข้าร่วมการดำเนินงาน

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

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. แผนงานขยายภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ	๑๓๗
๒. แผนงานสนับสนุนหน่วยจัดการ	๖๕
๓. แผนงานพัฒนาระบบสนับสนุนการบริหารจัดการ	๒๘
๔. การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	๑๐
รวม	๒๔๐



แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านระบบบริการสุขภาพ

๑๒

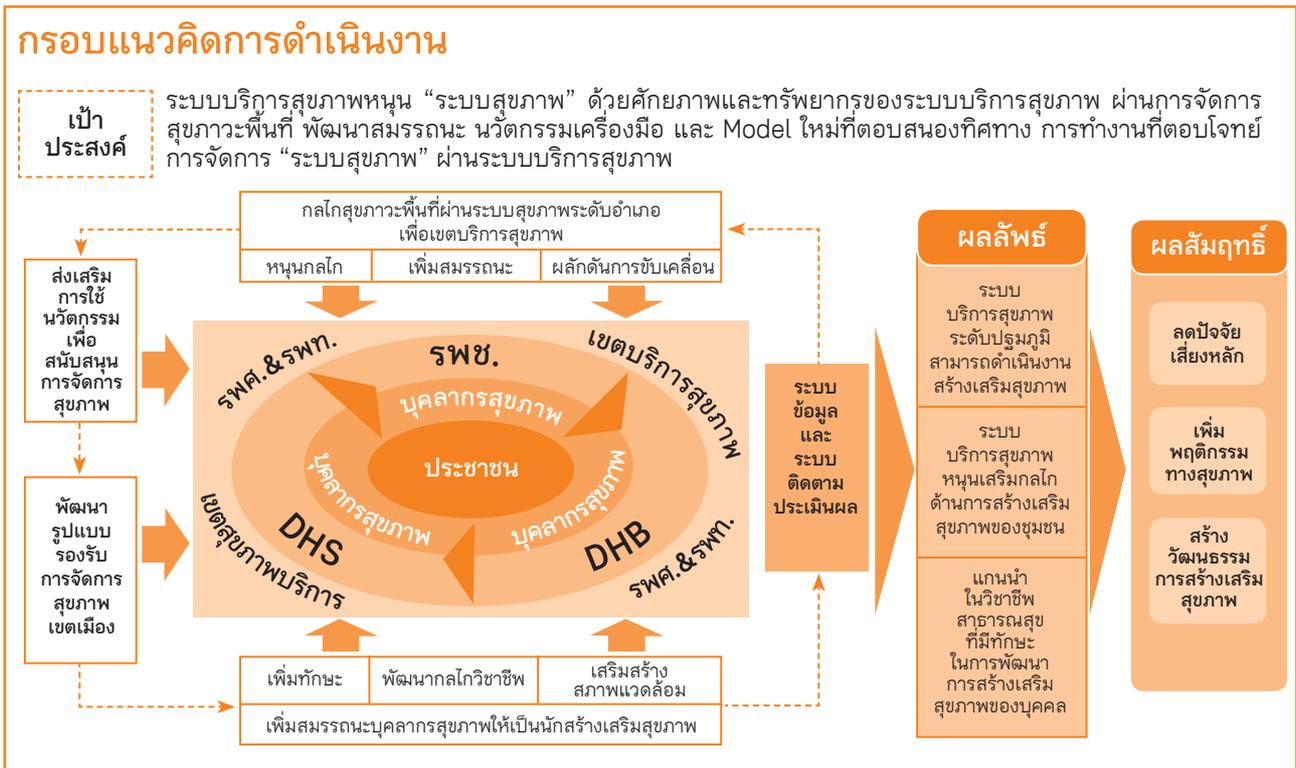
สถานการณ์และแนวโน้ม

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ หมวด ๓ สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย มาตรา ๔๗ และ หมวด ๕ หน้าที่รัฐ มาตรา ๕๕ บัญญัติให้บุคคลมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขของรัฐและกำหนดให้รัฐมีหน้าที่ที่จะต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค อีกทั้ง หมวด ๑๖ การปฏิรูปประเทศ มาตรา ๒๕๘ ช. (๕) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม จึงนำมาสู่ แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ประกาศเมื่อวันที่ ๖ เมษายน ๒๕๖๑ ที่มุ่งเน้นการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ กำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม มีการทำงานประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ โดยเน้นภารกิจด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหลัก เพื่อตอบสนองสถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพและระบบสุขภาพในประเทศไทยที่กำลังเผชิญกับสังคมผู้สูงอายุ อัตราการป่วยจากโรคเรื้อรังมากขึ้นและซับซ้อนขึ้น ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่สูงขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม ระบบบริการสุขภาพที่เน้นดูแลเป็นโรคเป็นอวัยวะ ขาดการวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านพฤติกรรมและปัจจัยทางสังคม ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ ดังนั้น “การปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิ” จึงเป็นความเร่งด่วนที่สร้างความมั่นคงทางสุขภาพแก่ประชาชน

หลักการสำคัญ “ระบบสุขภาพปฐมภูมิ” คือ การจัดบริการสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาล ฟื้นฟูสมรรถภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค รวมถึงส่งเสริมสมรรถนะประชาชนให้สามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ และเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนทั้งร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมเป็นเจ้าของ สสส. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิในลักษณะเครือข่ายจากทุกภาคส่วนที่เรียกว่า “ระบบสุขภาพระดับอำเภอ” (District Health System : DHS) คือ ระบบการจัดการด้านสุขภาพ กระบวนการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ครอบคลุมถึงการจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ประสานภาคส่วนต่างๆ ตามบริบทของพื้นที่ นำสู่การประกาศ “ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑” ด้วยกลไกที่เรียกว่า “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” (District Health Board : DHB) ตามหลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” โดยมีนายอำเภอ เป็นประธาน และสาธารณสุขอำเภอ เป็นเลขานุการ ร่วมกับภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ทำหน้าที่กำหนดเป้าหมาย/แนวทางการดำเนินงานดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในอำเภอ



ซึ่งเป็น “นวัตกรรมทางสังคม” ที่นำภาคสาธารณสุขและนอกสาธารณสุขมาทำงานขับเคลื่อนสร้างคุณภาพชีวิตและสุขภาพตามแนวทางประชารัฐ ทั้ง ๘๗๘ อำเภอ ทั่วประเทศ สำหรับกรุงเทพมหานคร ได้ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พช.) ที่มีผู้อำนวยการเขตเป็นประธานขับเคลื่อน ซึ่งสอดคล้องกับการแบ่งพื้นที่การปกครองในกรุงเทพมหานครทั้ง ๕๐ เขต



เมื่อวันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๖๒ ได้มีการประกาศ “พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒” ซึ่งมีนิยามขอบเขต ดังนี้ ๑) “บริการสุขภาพปฐมภูมิ” หมายความว่า บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวมตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสานครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ๒) “ระบบสุขภาพปฐมภูมิ” หมายความว่า กลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือ เพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เมื่อ พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิฯ มีผลบังคับใช้แล้วจะมีผลต่อการบริหารจัดการ กำลังคน การบริการ รูปแบบการดำเนินงาน และกลไกงบประมาณเพื่อตอบสนองต่อการปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยที่ “หน่วยบริการปฐมภูมิ” กระจายทั่วประเทศกว่า ๑๐,๐๐๐ แห่ง มีความแตกต่างหลากหลาย มีกลไกสนับสนุนเกี่ยวข้องมากมาย ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญมาก คือ ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการทำงานของบุคลากร และการสนับสนุนของทึ่มสหวิชาชีพ ที่ต้องปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ และด้วยสถานการณ์โลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีการเติบโตของสังคมเมืองอย่างก้าวกระโดดและเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ อีกทั้งการแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ มีผลกระทบ

โดยตรงต่อระบบบริการสุขภาพ ทำให้เกิดการทบทวนรูปแบบบริการให้สามารถรองรับผู้ป่วยได้ในทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพ มีการเกิดขึ้นของการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal of Medical Service) ที่นำเทคโนโลยีและพัฒนาระบบข้อมูลมาสนับสนุนการจัดบริการ อีกทั้งจำเป็นต้องสร้างการมีส่วนร่วม ผู้ป่วย ประชาชนและชุมชน ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ จึงจะสามารถขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะกำลังสำคัญที่โดดเด่น ได้รับการยกย่องจากนานาชาติ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กว่า ๑,๐๔๐,๐๐๐ คน และอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครอีก ๑๕,๐๐๐ คน ซึ่งเป็นกลุ่มบุคลากรแนวหน้าที่เป็นกำลังสำคัญทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ในท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆ ดังนั้นการพัฒนากลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจึงมีความสำคัญเพื่อเกิดความยั่งยืน

การบริหารจัดการระดับภูมิภาค ๑๒ เขต กับ กรุงเทพมหานคร มีโครงสร้างการจัดการที่สำคัญ คือ ๑) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต (สปลสข.) ๒) “เขตบริการสุขภาพ” (Regional health service) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จัดทำ “แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ”(Service Plan) และ ๓) ในปี ๒๕๕๙ ได้มีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้ง “เขตสุขภาพเพื่อประชาชน” (กขป.) ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญเพื่อบูรณาการการทำงานของทุกภาคส่วนในระดับพื้นที่ ดำเนินการกำหนดเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ในการดำเนินการและพัฒนาเกี่ยวกับระบบสุขภาพในเขตพื้นที่ ให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพ และประสานให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยมีองค์ประกอบจาก ๓ ภาคส่วน คือ ผู้แทนหน่วยงานภาครัฐ ผู้ทรงคุณวุฒิและวิชาชีพ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม นอกจากนี้ มีศูนย์วิชาการ หน่วยงาน สถาบันการศึกษา และเครือข่ายภาครัฐ องค์กรเอกชน และประชาสังคม รวมถึง ภาคี สสส. ในพื้นที่เพื่อสานพลังการขับเคลื่อนสุขภาพของแต่ละพื้นที่

จุดเน้นของแผน

ดำเนินการภายใต้กรอบแผน ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ โดยเพิ่มการประสานความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์เครือข่าย และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อเสริมความเข้มแข็งแก่ “ระบบสุขภาพปฐมภูมิ” ในบริบทต่างๆ และเตรียมดำเนินการต่อเนื่องสู่แผนยุทธศาสตร์ ของ สสส. ในระยะต่อไป ในปี ๒๕๖๔ จึงมีจุดเน้นการดำเนินงาน ดังนี้

๑. ทบทวนพัฒนา องค์ความรู้ รูปแบบ กลไกและเครือข่าย รวมถึงวิเคราะห์ผลการดำเนินงานของแผน ๑๒ ที่ผ่านมา เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ในการปรับรูปแบบหรือกระบวนการให้บริการเพื่อเพิ่มคุณภาพการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ครอบครัว หรือกลุ่มเป้าหมาย และการหนุนเสริมระบบสุขภาพชุมชน โดยบูรณาการกับแผนต่างๆ ของ สสส.
๒. สนับสนุนความเข้มแข็งของกลไกการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง ต่อเนื่องในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และขยายการพัฒนารูปแบบบริการในพื้นที่เทศบาลนคร เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่อย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน
๓. สนับสนุนความเข้มแข็งและเพิ่มการมีส่วนร่วมของเครือข่ายองค์กรวิชาชีพ และหน่วยงานหรือสถาบันวิชาการ เพื่อการพัฒนาสมรรถนะ องค์ความรู้ และนวัตกรรม ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงการทำงานแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ สำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย หรือการดูแลสุขภาพแบบประชาชนเป็นศูนย์กลาง และการสนับสนุนระบบสุขภาพ



ชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ โดยส่งเสริมการเรียนรู้ตามบริบทและการเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อดำเนินการให้ประชาชนและชุมชนสามารถจัดการตนเองด้านสุขภาพได้

๔. สนับสนุนให้มีระบบหรือกลไกสนับสนุนการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ และการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่สอดคล้องกับทิศทางนโยบายการพัฒนาประเทศและบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

วัตถุประสงค์

๑. สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาเครือข่าย ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และระบบสุขภาพชุมชน
๒. สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ รูปแบบ และ กลไกสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเขตเมือง ในกรุงเทพมหานครและเทศบาลนคร ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
๓. สนับสนุนองค์การวิชาชีพ/หน่วยงานวิชาการ/สถาบันการศึกษา ในการพัฒนาสมรรถนะ องค์ความรู้ และพัฒนารูปแบบ การทำงานสร้างเสริมสุขภาพของทีมบุคลากรสุขภาพ
๔. สนับสนุนการพัฒนานวัตกรรม บริการสร้างเสริมสุขภาพ ระบบสุขภาพชุมชนหรือ กลไกการสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ



เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เกิดกลไกระดับพื้นที่หรือกลไกเชิงประเด็น ในการเพิ่มคุณภาพและสนับสนุนการเรียนรู้ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ ในการสร้างเสริมสุขภาพ อย่างเหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ไม่น้อยกว่า ๒ เครือข่าย
๒. เกิดรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่เขตเมืองที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ในเชิงประเด็นหรือกลุ่มเป้าหมาย หรือ พื้นที่ ไม่น้อย ๔ รูปแบบ
๓. เกิดรูปแบบการบริการสร้างเสริมสุขภาพ ของบุคลากรวิชาชีพหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะและหรือสนับสนุนโดยกลไกองค์กรวิชาชีพ/สถาบันการศึกษา/สถาบันวิชาการ ในเชิงประเด็น กลุ่มเป้าหมาย หรือพื้นที่ ไม่น้อยกว่า ๒๐ รูปแบบ
๔. เกิดรูปแบบหรือกลไกสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่า ๒ รูปแบบ

ตัวชี้วัดร่วม

๑. เกิดรูปแบบบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพในเด็กปฐมวัย (๐ - ๓ ปี) ของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีส่วนร่วมร่วมกับเครือข่ายชุมชนท้องถิ่น และ ภาคประชาสังคมในพื้นที่ (ร่วมกับแผนสุขภาพะชุมชน)

๒. เกิดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่น้อยกว่า ๔ รูปแบบหรือพื้นที่ (ร่วมกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย)

ตัวชี้วัดระดับยวาระกลาง

๑. มีการถอดบทเรียนต้นแบบ/หน่วยนำร่อง องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization) หรือชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Community) จำนวน ๕ แห่ง

แนวทางการดำเนินงานและการบูรณาการ

๑. กลุ่มแผนงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ดำเนินงานประสานความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ เครือข่าย และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนากลไกยกระดับการสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพบริการปฐมภูมิ และพัฒนาเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิและสร้างคุณภาพชีวิตประชาชน ทุกช่วงวัย โดยมีแนวทางดำเนินงาน ดังนี้

๑. สนับสนุนกลไกต่างๆ เพื่อการยกระดับการสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพบริการปฐมภูมิในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สนับสนุนระบบสุขภาพชุมชนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนทุกช่วงวัย เช่น การพัฒนารูปแบบบูรณาการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย การพัฒนาศักยภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอน ไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น
๒. พัฒนาเครือข่ายเรียนรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีกลไกวิชาการ (ประเด็น) กลไกระดับพื้นที่ (เขต/จังหวัด/กลุ่ม) จัดให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พัฒนาองค์ความรู้ การสร้างเสริมสุขภาพเชิงประเด็นและเชิงพื้นที่ เพื่อการยกระดับคุณภาพและสร้างนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง

๒. กลุ่มแผนงานพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมือง

สนับสนุนการพัฒนารูปแบบหรือต้นแบบการจัดการสุขภาพเขตเมืองโดยเน้นเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และเทศบาลนคร การบริหารจัดการเชื่อมโยงข้อมูลด้านสังคมและสุขภาพในระดับพื้นที่ การยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ชุมชน และองค์กรในเขตเมือง โดยเชื่อมประสานภาคียุทธศาสตร์ ภาคีร่วมพัฒนา และกลไกการทำงานในพื้นที่ โดยมีแนวทางดำเนินงาน ดังนี้

๑. สนับสนุนเครื่องมือ หรือกระบวนการ หรืองานวิจัย/วิชาการสำหรับการจัดรูปแบบบริการสุขภาพเขตเมืองในเชิงประเด็นหรือกลุ่มเป้าหมาย ตามแนวคิดของบริการปฐมภูมิ
๒. สนับสนุนการพัฒนารูปแบบหรือต้นแบบในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่เขตเมือง ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นขับเคลื่อนงานของ สสส. เช่น อุบัติเหตุจราจร, ผู้สูงอายุ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเชื่อมโยงองค์ความรู้ เครือข่าย เพื่อเสริมพลังการดำเนินงานร่วมกัน



๓. สนับสนุนการเพิ่มขีดความสามารถของกลไกขับเคลื่อนสุขภาวะในเขตเมือง รวมทั้งการใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ เพื่อให้เกิดการจัดการสุขภาพตามบริบทของพื้นที่

๓. กลุ่มแผนงานเสริมสมรรถนะนักสร้างเสริมสุขภาพ

สนับสนุนให้เกิดกระบวนการพัฒนาสมรรถนะ บทบาทการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสุขภาพ ให้เป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ ที่มีความรู้ ทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ทำงานผ่านกลไก และเครือข่ายการทำงานต่างๆ ในพื้นที่ ในการดูแลสุขภาพโดยประชาชนเป็นศูนย์กลาง การดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัยสามารถบริหารจัดการ วางแผนขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ได้ ตลอดจนมีบทบาทในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมีแนวทางดำเนินงาน ดังนี้

๑. สนับสนุนให้มีการพัฒนาความรู้ หลักสูตร ทักษะที่สำคัญและจำเป็นในการดำเนินงานให้บริการ และบริหารจัดการงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการนำความรู้ หลักสูตร และทักษะไปใช้เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาบทบาทผู้นำการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพทุกระดับ เช่น พัฒนางานร่วมกับสภา/สมาคมวิชาชีพ ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว ภายใต้แนวคิดการดูแลสุขภาพโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในผ่านวิชาชีพ เช่น การเพิ่มศักยภาพพยาบาลเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน การพัฒนาบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพในวิชาชีพกายภาพบำบัด สนับสนุนให้เกิดกระบวนการพัฒนานักจัดการสุขภาพของประชาชนให้มีทักษะสร้างเสริมสุขภาพในระดับบุคคล การดูแลจัดการสุขภาพตนเอง ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นต้น
๒. พัฒนารูปแบบและแนวทางการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่โดยบุคลากรสุขภาพ มุ่งหวังให้บุคลากรสุขภาพเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดงานสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการและระบบสุขภาพชุมชน เช่น การสนับสนุนบุคลากรสุขภาพ วิชาชีพพยาบาลในการศึกษารูปแบบการเสริมศักยภาพพยาบาลเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน การพัฒนารูปแบบงานสร้างเสริมสุขภาพในวิชาชีพกายภาพบำบัด พัฒนารูปแบบการทำงานของเครือข่ายทันตบุคลากรในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนการถอดบทเรียน องค์ความรู้ บทบาทการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพที่มีความโดดเด่นในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับสถาบันการศึกษาในพื้นที่ เพื่อให้เกิดระบบที่ยั่งยืน

๔. กลุ่มแผนงานสนับสนุนกลไกการทำงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

สนับสนุนกลไกการทำงานที่เอื้อให้เกิดการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งกลไกเชิงนโยบาย องค์ความรู้ งานวิจัย นวัตกรรม ตามกรอบการสร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนาระบบสุขภาพ ขององค์การอนามัยโลก ให้เกิดการนำไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย ทั้งในเชิงประเด็นและเชิงพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในมิติต่างๆ ผ่านระบบบริการสุขภาพ โดยมีแนวทางดำเนินงาน ดังนี้

๑. สนับสนุนการขับเคลื่อนกฎหมาย แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ หรือกลไกเชิงนโยบายที่เอื้อต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ เช่น พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ๒๕๖๑ ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. ๒๕๕๙ พ.ร.บ. ป้องกันและควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม ๒๕๖๒ ขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น



๒. สนับสนุนการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยการสร้างองค์ความรู้หรือเครื่องมือ สำหรับระบบบริการสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับองค์กร และชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลจัดการสุขภาพตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในทุกกลุ่มวัย
๓. สนับสนุนการบูรณาการทำงานทั้งเชิงพื้นที่ และเชิงประเด็นร่วมกับสำนักต่างๆ ใน สสส. รวมถึงองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในประชาชนทุกกลุ่มวัย

ภาคีที่เข้าร่วมการดำเนินงาน

กระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมการแพทย์) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร (สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล สำนักอนามัย สำนักพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัย นวมินทราชินราช) สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรภาคประชาสังคม สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล มูลนิธิ สมาคม องค์กรเอกชนไม่หวังผลกำไร เป็นต้น

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	๓๐
๒. กลุ่มแผนงานพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมือง	๒๐
๓. กลุ่มแผนงานเสริมสมรรถนะนักสร้างเสริมสุขภาพ	๓๐
๔. กลุ่มแผนงานสนับสนุนกลไกการทำงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	๓๗
๕. การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	๓
รวม	๑๒๐



แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

๑๓

สถานการณ์และแนวโน้ม

- การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม

ปัจจุบันแต่ละประเทศในโลกไม่ได้แยกกันอยู่หรือแยกขาดจากกันอีกต่อไปแล้ว โดยเทคโนโลยีสารสนเทศและยุคโลกาภิวัตน์ได้มีบทบาทสำคัญในการเชื่อมสรรพสิ่งเข้าเป็นโลกเดียวกัน ใน ๔ ด้าน คือ

- ๑) การเชื่อมโยงทางกายภาพ พื้นที่ภูมิภาคต่างๆ มีการเชื่อมโยงถึงกัน อำนาจความสะดวกให้สามารถเดินทางติดต่อถึงกันได้อย่างรวดเร็ว
- ๒) การเชื่อมโยงทางมนุษย์ ผู้คนมีการติดต่อสัมพันธ์กันอย่างหลากหลายกลุ่มมิติทางสังคม เชื้อชาติ ภาษา
- ๓) การเชื่อมโยงขององค์กร องค์กรสถาบันหลายภาคส่วนทุกระดับ มีการเชื่อมโยงพันธกิจ เป้าหมาย ร่วมบทบาทหน้าที่การทำงานด้วยกันเป็นเครือข่ายที่มีความสัมพันธ์ในหลายมิติมากขึ้น
- ๔) การเชื่อมโยงเสมือนจริง มีการเชื่อมโยงกันผ่านโซเชียลมีเดีย เกิดชุมชนเสมือนจริงตามความสนใจ ตามประเด็น หรือตามหมู่พวก (Segmentation) เกิดขึ้นมากมาย

ด้วยพลวัตทางสังคมที่โลกได้เชื่อมต่อกันอย่างสะดวกและรวดเร็ว ส่งผลให้หน่วยงานและองค์กรต่างๆ จำเป็นต้องมีการปรับตัวจากการทำงานอยู่แต่ภายในองค์กรตนเอง มุ่งสู่การทำงานแบบเชื่อมโยงเป็นภาคีเครือข่าย เพื่อเสริมพลังสร้างการทำงานแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางการดำเนินงานของแผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (แผน ๑๓) สสส. ที่มุ่งเน้นการเชื่อมร้อยและประสานสอดคล้องกันจนเกิดเป็นพลังของการขับเคลื่อนสุขภาวะที่ยั่งยืน ผ่านการสานและเสริมพลังภาคีเครือข่าย ไม่ว่าจะเป็นเชิงประเด็นการทำงาน เชิงพื้นที่/กลุ่มเป้าหมาย หรือเชิงระบบ/กลไกต่างๆ โดยส่งเสริมให้เกิดระบบการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายเพื่อให้เกิดการทำงานสร้างสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมทั้งภายในและต่างประเทศ



• **สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี**

จากบริบทสังคมโลกและประเทศในยุค ๔.๐ ที่เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันมากขึ้น โดยเฉพาะเทคโนโลยีใหม่ที่มีศักยภาพเปลี่ยนแปลงโลกสูงที่เรียกว่า “Disruptive Technology” แม้จะเป็นประโยชน์ต่อการเพิ่มผลิตภาพ (Productivity) แต่ก็ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำเพิ่มขึ้น ทำให้วิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไปอย่างพลิกผัน ดังนั้น การเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายเพื่อพร้อมรับกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการทำงาน เกิดการหนุนเสริมซึ่งกันและกัน รวมถึงการสื่อสารการทำงาน และผลงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ไปยังทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยมุ่งเน้นในการพัฒนา Digital Platform เพื่อใช้เครื่องมือสำคัญในการสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ และนำไปสู่ความร่วมมือในการสร้างสังคมสุขภาวะจึงเป็นสิ่งจำเป็น จากสถานการณ์แนวโน้มของประชาชนที่มีวิถีชีวิตดิจิทัลเพิ่มสูงขึ้น ความผันผวนทางการเมืองระดับโลก และปัญหาภัยพิบัติที่ยากจะควบคุม ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในอนาคตที่ยากต่อการทำนาย จำเป็นต้องอาศัยทักษะการเรียนรู้และปรับตัวเร็วขององค์กรและปัจเจกบุคคล รวมทั้งการสร้างนวัตกรรมทางสังคมมาช่วยแก้ปัญหา บริบทดังกล่าว มีความสอดคล้องกับแผนแม่บทยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ในประเด็นการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี โดยให้ความสำคัญกับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาวะ การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาวะ โดยการนำสถิติ ข้อมูล และองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มาใช้ประโยชน์ในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งข้อมูลที่ต้องการจะช่วยผู้กำหนดนโยบาย ผู้ดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพทราบปัญหาที่แท้จริง สามารถวางแผนการดำเนินงาน และแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสมกับช่วงวัยและพื้นที่ ยังช่วยให้ประชาชนในแต่ละกลุ่มวัยและพื้นที่ที่มีข้อมูลในการพิจารณาและตัดสินใจดูแลสุขภาวะตนเองได้ ผ่านการพัฒนาสื่อเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาวะที่ถูกต้อง ส่งผลให้การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ถูกบรรจุในแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข อีกทั้งการแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ขยายวงกว้างไปยังหลายประเทศทั่วโลก ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันโรค โดยเฉพาะการให้ข้อมูลสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถถ่วงถ่วง ประเมิน ข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับจากทุกช่องทาง และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมไปถึงแลกเปลี่ยนและแบ่งปันเกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกับผู้อื่นในชุมชน ตลอดจนร่วมกำหนดประเด็นปัญหาด้านสุขภาพของชุมชนและสังคมได้

• **สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงด้านเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) และโลกยุคโลกาภิวัตน์ (Globalization)**

ภาครัฐได้มีการบูรณาการเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ของสหประชาชาติ เข้ากับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) ซึ่งส่งผลต่อการขับเคลื่อนแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาวะของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม และมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของ สสส. หลายด้าน เช่น กลุ่มงานที่ดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มงานที่ดูแลปัญหาการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุภัยธรรมชาติ ตลอดจนกลุ่มงานด้านการให้ความรู้ด้านสุขภาพ และการสร้างกลไกเชื่อมประสานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อพัฒนาความร่วมมือของนานาประเทศมุ่งสู่การบรรลุระเบียบวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ความสำคัญของระบบสุขภาพโลก (Global Health) ในยุคโลกาภิวัตน์ ที่มีการขับเคลื่อนสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ เชื่อมร้อยจากระดับโลก (Global)



สู่ระดับภูมิภาค (Regional) ระดับประเทศ (National) จนถึงชุมชนท้องถิ่น (Local) ทำให้ สสส. ต้องการความร่วมมือจากระดับนานาชาติเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหามากกว่าการดำเนินงานภายใต้ขอบเขตของประเทศไทยโดยลำพัง

• สถานการณ์ ผลกระทบและการปรับแผนการดำเนินงานจากการระบาดของโควิด-๑๙

โรคโควิด-๑๙ เกิดการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วไปยังหลายประเทศทุกภูมิภาคของโลก ข้อมูล ณ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๓ มีผู้ติดเชื้อทั่วโลกกว่า ๕.๙ ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตกว่า ๓.๖ แสนราย ซึ่งในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อ ๓,๐๗๖ ราย และมีผู้เสียชีวิต ๕๗ ราย ซึ่งผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโควิด-๑๙ ทำให้รัฐบาลของประเทศทั่วโลกได้กำหนดมาตรการห้ามการเดินทางออกนอกประเทศตนเองเพื่อการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าว จึงส่งผลกระทบต่อจำนวนคณะจากต่างประเทศที่เข้าศึกษาดูงานที่ สสส. อย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งทำให้องค์กรและภาคีเครือข่ายในต่างประเทศที่ได้เคยมีการหารือกับ สสส. เกี่ยวกับการพัฒนาหรือขยายความร่วมมือด้านสร้างเสริมสุขภาพ ในปี ๒๕๖๓ องค์การอนามัยโลก และ Singapore Health Promotion Board ได้ขอเลื่อนกิจกรรมและกระบวนการที่เกี่ยวข้องออกไปก่อน ทั้งนี้ ยังไม่สามารถกำหนดระยะเวลาที่แน่นอน โดยขึ้นอยู่กับสถานการณ์โรคโควิด-๑๙ ด้วยองค์กรเหล่านี้ได้มีการปรับนโยบายเพื่อมุ่งดำเนินการเรื่องการป้องกันและรับมือโควิด-๑๙ เป็นหลัก จึงลดการดำเนินการด้านอื่นลง รวมทั้งการพัฒนาความร่วมมือกับ สสส.

นอกจากนี้ กระบวนการในการพัฒนาข้อตกลงความร่วมมือนั้นต้องมีการปรึกษาหารืออย่างเข้มข้นสม่ำเสมอ จึงต้องอาศัยระยะเวลาพอสมควร (อย่างน้อย ๖ - ๑๒ เดือน) ครอบคลุมตั้งแต่ **ระยะต้น** คือ การสร้างสัมพันธ์และทบทวนองค์ความรู้ภาคี ตลอดจนการจัด Scoping Visit ระหว่างกันเพื่อเรียนรู้ประเด็นรูปธรรมในการทำความร่วมมือ **ระยะกลาง** คือ การจัดทำร่างความตกลงมาตรฐาน การพิจารณาความตกลง และการเจรจาความตกลง และ**ระยะปลาย** ได้แก่ การเสนอขอความเห็นชอบต่อคณะกรรมการกองทุนฯ คณะรัฐมนตรี ตลอดจนการลงนามข้อตกลง ซึ่งหลายขั้นตอนเหล่านี้ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพในสถานการณ์โรคโควิด-๑๙

ผลกระทบต่อการทำงานของแผน ๑๓

๑. การที่รัฐบาลของประเทศทั่วโลกได้กำหนดมาตรการห้ามการเดินทางออกนอกประเทศตนเองเพื่อการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ทำให้แผนงานวิเทศสัมพันธ์ได้ประเมินว่าจะไม่มีการศึกษาดูงานจากต่างประเทศ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ เป็นต้นไป จนกว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ จะทุเลาลง และรัฐบาลประเทศต่างๆ เริ่มอนุญาตให้ประชาชนของตนเดินทางออกนอกประเทศได้ รัฐบาลไทยอนุญาตให้บุคคลต่างชาติเดินทางเข้าราชอาณาจักรไทย ตลอดจนประชาชนที่เดินทางมีความเชื่อมั่นในการเดินทาง (โดยเฉพาะทางเครื่องบินโดยสาร) ตลอดจนมั่นใจในความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด-๑๙ ในประเทศไทย เป็นต้น ซึ่งคาดว่าจะส่งผลกระทบยาวไปถึงสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๓
๒. การดำเนินงานด้านการจัดอบรม/จัดประชุม ที่เป็นเวทีขนาดใหญ่ มีความจำเป็นต้องเลื่อนออกไปเพื่อรอดูสถานการณ์ระยะเวลาการแพร่ระบาด
๓. ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ไม่สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานในลักษณะการรวมตัวกันของคนในชุมชนด้วยข้อจำกัดของ พ.ร.ก. ฉุกเฉินฯ



การปรับทิศทางการดำเนินงานของแผน ๑๓ เพื่อเตรียมรับมือสถานการณ์โควิด-๑๙

๑. ปรับแผนการทำงานร่วมกับกลไกสนับสนุนภาคีเครือข่ายในพื้นที่ และพัฒนากลไกประสานงานภาคีเครือข่ายผ่านกระบวนการสื่อสารแบบออนไลน์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานของภาคี ตลอดจนสนับสนุนการสร้าง ความเข้าใจ การป้องกันและแก้ไขปัญหาสถานการณ์โควิด-๑๙
๒. ประสานความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย (WHO Thailand) ใน ๓ ด้าน ได้แก่ ๑) การร่วมกันสื่อสารต่อสังคมในภาวะโควิดผ่านองค์ความรู้และช่องทางของทั้งสองหน่วยงาน ๒) ร่วมมือกันในการจัดทำแบบสำรวจเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคโควิด-๑๙ (fake news) เพื่อเป็นต้นแบบให้กับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ขององค์การอนามัยโลก (WHO-SEARO) และ ๓) ร่วมกันในการสร้างความรู้เท่าทันของการไม่ตีตราผู้ติดเชื้อโควิด-๑๙
๓. ประสานความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข ผ่านสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) ในการใช้ช่องทางสื่อสารของ สสส. ประชาสัมพันธ์แบบสอบถามระดับประชากร สุ่มภาคีเครือข่ายและประชาชนในวงกว้าง ได้แก่ แบบสำรวจการปฏิบัติตามมาตรการ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” แบบสำรวจการประเมินการป้องกันการแพร่ระบาดในระหว่างมาตรการผ่อนปรน แบบสอบถามเรื่องเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคโควิด-๑๙
๔. ประสานความร่วมมือกับผู้ประสานงานสหประชาชาติประจำประเทศไทย (UN Resident Coordinator for Thailand) เพื่อประชุมปรึกษาหารือเรื่องแนวทางการรองรับโควิด-๑๙ คลื่นที่ ๒ และ ๓ ในประเทศไทย
๕. ค้นหากรณีตัวอย่างเพื่อถอดบทเรียนการทำงานของภาคีในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสถานการณ์โควิด-๑๙
๖. นำเสนอกรณีตัวอย่าง/ถอดบทเรียนการทำงานของภาคีเครือข่าย รวมถึงสื่อต่างๆ และบทเรียนการทำงานจากสำนักต่างๆ ตลอดจน ข้อเสนอ สื่อ และองค์ความรู้จากสากล ผ่านกลไกสื่อสารของสำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ และกลไกการสื่อสารในภูมิภาคเพื่อให้สามารถเข้าถึงภาคีเครือข่ายทั้งไทยและนานาชาติ โดยสื่อสารผ่านช่องทาง Website, Facebook กลุ่มไลน์ภาคี อย่างต่อเนื่อง
๗. สนับสนุนภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ รณรงค์นโยบายตลาดปลอดภัย ร่วมกับกรมอนามัย และเครือข่ายต่างๆ ผ่านกิจกรรมเสวนา รณรงค์ และสนับสนุนการขับเคลื่อนต้นแบบการดำเนินการในภูมิภาคต่างๆ
๘. สื่อสารองค์ความรู้ไทยสู่นานาชาติ (ผ่านเว็บไซต์ สสส. ภาษาอังกฤษ) โดย ครอบคลุมข้อมูลสถานการณ์โควิด-๑๙ ในไทย มาตรการที่สำคัญของไทย กรณีตัวอย่าง/บทเรียนการทำงานของภาคีเครือข่าย สสส. ที่น่าจะเป็นประโยชน์ต่อสากล ตลอดจนสื่อสารองค์ความรู้จากองค์กรสุขภาพสากลที่น่าเชื่อถือ ผ่านเว็บไซต์ สสส. ภาษาอังกฤษ
๙. สื่อสารประชาสัมพันธ์แบบสอบถามระดับประชากร เกี่ยวกับโควิด-๑๙ สุ่มภาคีเครือข่าย สสส. และประชาชนในวงกว้าง



- **สถานการณ์และแนวโน้มภายใน สสส. และแผน ๑๓**

- ๑) **สถานการณ์ครบรอบวาระการประเมินผลองค์การ**

ในปี ๒๕๖๔ ถือเป็นช่วงวาระสำคัญในการประเมินผลองค์การ สสส. เนื่องจาก

- ๑.๑) ครบรอบ ๒๐ ปีของการจัดตั้ง สสส. (พ.ศ. ๒๕๔๔ - ๒๕๖๔) ตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔
- ๑.๒) ครบรอบการดำเนินงานตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๔)
- ๑.๓) สสส. อยู่ระหว่างการจัดทำทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี ฉบับใหม่ (พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๗๔)

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องเร่งดำเนินการทบทวนและประเมินผลองค์การ พ.ศ. ๒๕๔๔ - ๒๕๖๔ (๒๐ ปี) และการประเมินผลการดำเนินงานตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๔) เพื่อให้ทันต่อการนำผลประเมินไปใช้ในการจัดทำทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ใหม่ (พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๗๔) อีกทั้ง เพื่อใช้ในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

- ๒) **สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในแผน ๑๓**

- ๒.๑) ตามที่ สสส. มีนโยบายการปรับทิศทางการทำงานขององค์กร (Repositioning) โดยออกกระเป๋ายกกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดตั้งหน่วยงานลักษณะพิเศษ พ.ศ. ๒๕๖๒ นั้น ในปี ๒๕๖๓ สสส. มีนโยบายแยกแผนงานพัฒนาศักยภาพออกจากสำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ (สภส.) เพื่อจัดตั้งเป็น **“สถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Academy)”** ในรูปแบบหน่วยงานลักษณะพิเศษ ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใน สสส. ตามระเบียบกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพว่าด้วยการจัดตั้งและการบริหารสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๓ เพื่อทำภารกิจส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนา ศักยภาพของบุคคลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการพัฒนาศักยภาพและให้คำปรึกษา ภาควิชาการ เพื่อยกระดับขีดความสามารถนักสร้างเสริมสุขภาพมืออาชีพ ตลอดจนให้บริการทางวิชาการ พัฒนา วิจัย และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ สู่ระดับสากล
- ๒.๒) ปี ๒๕๖๓ สสส. ได้จัดตั้ง **สำนักวิชาการและนวัตกรรม(สวน.)** ทำหน้าที่สร้างเสริมและพัฒนา ระบบสนับสนุนนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพแบบครบวงจร และเพื่อสร้างโอกาสในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ สสส. ได้ดำเนินการจากการริเริ่มสร้างสรรค์งานใหม่ๆ ที่เป็นองค์ความรู้ งานวิจัย และนวัตกรรมให้เกิดขึ้นควบคู่กับบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานภายในองค์กร ภายใน สสส. และสร้างองค์ความรู้ใหม่เพื่อใช้ในการสนับสนุนการทำงานของ สสส. จากการตั้ง สวน. ภายใต้แผน ๑๓ ดังกล่าว ส่งผลให้เกิดการปรับรูปแบบและวิธีการดำเนินการด้านข้อมูลสถิติสารสนเทศ องค์ความรู้และการพัฒนานวัตกรรมทั้งภายในและภายนอก สสส. ดังนั้น



ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ แผนงานสนับสนุนการบริหารจัดการข้อมูลและเทคโนโลยีสร้างเสริมสุขภาพจะบูรณาการงานร่วมกับแผนงานวิชาการและนวัตกรรมเพื่อให้เกิดกระบวนการดำเนินงานสนับสนุนวิชาการ ทั้งข้อมูลสถิติ สารสนเทศ และองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ในการดำเนินงานหรือขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งต่อยอดผลงานนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ผ่านเครื่องมือและช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

๓) สถานการณ์ผลการดำเนินงานแผน ๑๓ ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒

บทบาทการทำงานของแผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (แผน ๑๓) ทำหน้าที่ในการสนับสนุนแผนต่างๆ ของ สสส. และภาคีเครือข่าย ผ่านระบบและกลไกกลาง เพื่อสร้างการมีส่วนร่วม และยกระดับขีดความสามารถ และสนับสนุนการทำงานของภาคีเครือข่ายที่หลากหลายของทุกแผน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน ทั้งนี้ การดำเนินงานของแผน ๑๓ ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒ เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญ ดังนี้

- ๓.๑) พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายงานสร้างเสริมสุขภาพ ๑,๔๙๔ คนและจัดตั้งสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Academy) ในรูปแบบหน่วยงานลักษณะพิเศษ ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใน สสส. เพื่อทำภารกิจส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคคลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ยกระดับขีดความสามารถนักสร้างเสริมสุขภาพมืออาชีพ ตลอดจนให้บริการทางวิชาการ พัฒนา วิจัย และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสู่ระดับสากล
- ๓.๒) พัฒนากลไกศูนย์ประสานความร่วมมือภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ สสส. ในระดับภูมิภาค ๒ ภูมิภาค ได้แก่ ศูนย์สนับสนุนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ (ศวสต.) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และกลไกเชื่อมประสานเครือข่ายสุขภาพภาคเหนือตอนบนโดยศูนย์บูรณาการพันธกิจสัมพันธ์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ เพื่อทำหน้าที่ขับเคลื่อนให้เกิดการทำงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม ตลอดจนเกิดกลไกการเชื่อมประสานภาคีเครือข่ายทั้งในพื้นที่ และระหว่างองค์การยุทธศาสตร์ ๕ กลไกความร่วมมือเพื่อหนุนเสริมการขับเคลื่อนเชิงนโยบายระหว่างองค์กรร่วมกัน
- ๓.๓) พัฒนาและขับเคลื่อนความร่วมมือกับองค์กรยุทธศาสตร์ระดับนานาชาติ ที่ยกระดับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และเครือข่ายสู่ระดับสากลที่สนับสนุนการบรรลุทิศทางเป้าหมายและยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี ของ สสส. ตลอดจนสอดคล้องกับแผนนโยบายของรัฐบาล และเป้าหมายโลกด้านการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG) อาทิ ความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลกทั้งสามระดับ ความร่วมมือกับเครือข่ายมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพอาเซียน (AUN-HPN) และความร่วมมือกับ สสส. สิงคโปร์ (Singapore Health Promotion Board)
- ๓.๔) พัฒนากลไกเชื่อมโยงข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพทั้งภายใน สสส. และภาคีเครือข่าย รวมถึงปรับปรุงระบบการนำเสนอข้อมูลให้ทันสมัยและเป็นปัจจุบัน ตลอดจนสนับสนุนการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย ผลิตสื่อข้อมูล องค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ อาทิ รายงานสุขภาพคนไทย ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรค



ไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. ๒๕๖๑ การสนับสนุนข้อมูลสถิติเพื่อนำเสนอสถานการณ์สุขภาพของไทยในรายงานจับตาสถานการณ์สุขภาพคนไทย (ThaiHealth Watch) เป็นต้น ซึ่งภาคีเครือข่ายทั้งระดับนโยบาย นักสร้างเสริมสุขภาพ สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนขับเคลื่อนงาน ตลอดจนประชาชนทั่วไปสามารถใช้ข้อมูลสุขภาพมาดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างรู้เท่าทัน

- ๓.๕) พัฒนาคือร่วมมือกับหน่วยงานด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรม อาทิ ศูนย์อิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ สถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา อาชีวศึกษา และมัธยมศึกษา เป็นต้น ในการพัฒนาและยกระดับงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ไปสู่การพัฒนาต้นแบบนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนนวัตกรรมรุ่นใหม่ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
- ๓.๖) พัฒนาเครื่องมือสื่อสาร ชุดข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพที่สะท้อนภาพภาพลักษณ์ สสส. และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ๑,๐๒๘ ขึ้น โดยมีการเผยแพร่ผ่านสื่อออนไลน์หลักของ สสส. และช่องทางต่างๆ เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างครอบคลุมทั่วถึงยิ่งขึ้น
- ๓.๗) พัฒนาระบบและกลไกการกำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน สสส. ผ่านการดำเนินงานสร้างองค์ความรู้ ผ่านการพัฒนาเครื่องมือ/คู่มือ และกรอบการประเมินผลการดำเนินงานที่สำคัญขององค์กร ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพที่เกี่ยวข้องกับการติดตามและประเมินผลแก่เจ้าหน้าที่และภาคี ตลอดจนพัฒนาเครือข่ายนักประเมินผล เพื่อสนับสนุนการติดตามและประเมินผลโครงการต่างๆ ตามภูมิภาค



จากสถานการณ์และแนวโน้มดังกล่าว แผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๔ ขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้ ๖ ยุทธศาสตร์ ได้แก่

- ๑) สานและเสริมพลังภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ โดยสร้างความเป็นส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
- ๒) สร้างการรับรู้และการยอมรับในคุณค่าของ สสส. และภาคีเครือข่ายในเวทีโลกและสนับสนุนการยกระดับงาน สสส. และภาคีเครือข่ายในระดับสากล
- ๓) สนับสนุนการบริหารจัดการข้อมูล องค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนานวัตกรรมในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ
- ๔) สื่อสารข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพสู่กลุ่มเป้าหมาย
- ๕) พัฒนาและสนับสนุนระบบการติดตามและประเมินผล
- ๖) พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบ

โดยบทบาทการทำงานของแผน ๑๓ นั้น จะสนับสนุนแผนต่างๆ ของ สสส. และภาคีเครือข่าย (บุคลากรหรือหน่วยงานผู้รับทุนจาก สสส. และองค์กรภาคียุทธศาสตร์ความร่วมมือ) ผ่านระบบและกลไกกลางตาม ๖ ยุทธศาสตร์ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน ดังที่ปรากฏในแผนภาพกรอบแนวคิดการดำเนินงานแผน ๑๓

กรอบแนวคิดการดำเนินงาน



จุดเน้นของแผน

เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของภาคี สสส. ในปี ๒๕๖๔ ภายใต้แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ มีจุดเน้นการดำเนินงานดังนี้

๑. พัฒนาและยกระดับกลไกสนับสนุนการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายเพื่อหนุนเสริม/ยกระดับการขับเคลื่อนงานของภาคี หนุนเสริมการพัฒนาศักยภาพผ่านกลไกเชื่อมประสานภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยสร้างความมีส่วนร่วมของภาคีและแผนงานต่างๆ พัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อสานสัมพันธ์ภาคี รวมทั้งมีการนำร่องการดำเนินงานภาคีสัมพันธ์เชิงรุก (proactive partnership) อาทิ ผู้บริหารพบภาคีเครือข่าย การสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภายในและภายนอก สสส.
๒. เสริมสร้างระบบข้อมูลและสารสนเทศของภาคีเครือข่ายให้มีความสมบูรณ์ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน และมีเอกภาพ และบริหารจัดการช่องทางสื่อสารให้เข้าถึงภาคีเครือข่ายที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งการพัฒนา ระบบบริหารจัดการลูกค้าสัมพันธ์เพื่อรับทราบสถานการณ์และความเคลื่อนไหวของภาคีเครือข่าย และสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลเพื่อประชาสัมพันธ์กลุ่มเป้าหมายได้ตรงตามความสนใจ และสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ข้ามประเด็น
๓. สนับสนุนข้อมูลวิชาการ สถิติ สารสนเทศ และองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ในการดำเนินงานหรือขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. รวมทั้งต่อยอดการใช้ประโยชน์ผลงานนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ผ่านเครื่องมือและช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

๔. สนับสนุนบทบาท สสส. ในฐานะศูนย์การเรียนรู้ระดับนานาชาติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเน้นการเก็บเกี่ยวผลจากความร่วมมือกับองค์กรยุทธศาสตร์ระดับสากลที่มีอยู่ (อาทิ ผลจากข้อตกลงความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก) การเชื่อมโยงต่อยอดทุนทางสังคมและทุนทางปัญญาร่วมกับภาคีเครือข่ายรายใหม่ที่มีศักยภาพ (อาทิ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ หรือ HITAP) ตลอดจนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในภาวะการระบาดของโรคโควิด-๑๙ กับนานาชาติ
๕. พัฒนาการสื่อสารเพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. โดยตอบสนองการสื่อสารวาระหลักประจำปี ๒๕๖๔ “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” ในชีวิตวิถีใหม่ ชีวิตดีเริ่มที่เรา โดยมุ่งพัฒนาการสื่อสารในรูปแบบที่หลากหลายทุก Digital Platform เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพของ สสส.
๖. พัฒนาระบบและกลไกการติดตามและประเมินผล ผ่านการสร้างองค์ความรู้ เครื่องมือ/คู่มือ และกรอบการประเมินผลที่สำคัญ โดยเฉพาะการประเมินผลการดำเนินงานตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๕) เพื่อสนับสนุนการนำผลประเมินไปใช้ในการกำหนดทิศทาง เป้าหมาย และแผนการดำเนินงานของ สสส. ในระยะต่อไป
๗. พัฒนาระบบกลไกการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายให้เป็นนักสร้างเสริมสุขภาพมืออาชีพตามยุทธศาสตร์การดำเนินงานของสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ



วัตถุประสงค์

๑. สนับสนุนกลไกหรือสร้างความร่วมมือในการสร้างควมมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เอื้อให้เกิดการหนุนเสริมซึ่งกันและกันในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ
๒. สนับสนุนการจัดทำข้อมูลสถิติ สารสนเทศ และองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเน้นให้เกิดการใช้ประโยชน์ข้อมูลสถิติ สารสนเทศ และองค์ความรู้ ในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ
๓. สนับสนุนการพัฒนาและใช้ประโยชน์จากนวัตกรรมในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๔. ส่งเสริมการรับรู้และยอมรับคุณค่างานสร้างเสริมสุขภาพของไทย ตลอดจนการยกระดับงาน สสส. และภาคีเครือข่าย ในระดับสากล
๕. ขยายช่องทางการสื่อสารใหม่เพื่อส่งต่อข้อมูลและกระชับความสัมพันธ์กับกลุ่มผู้นำทางความคิดที่มีอิทธิพลต่อสังคม (Influencer strengthening) ตลอดจนสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการทำงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดการส่งต่อข้อมูลการสร้างเสริมสุขภาพสู่สังคม
๖. สนับสนุนและพัฒนางานติดตามและประเมินผลของ สสส. ที่ครอบคลุมทั้งกลไก เครื่องมือ วิธีการระบบข้อมูล และองค์ความรู้
๗. บริหารสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบหน่วยงานลักษณะพิเศษเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพภาคี ขยายจำนวนผู้ได้รับประโยชน์ และบริหารจัดการให้เกิดความยั่งยืน

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดระดับบวาระกลาง

ตัวชี้วัดหลัก

แผนงานภาคีสัมพันธ์

๑. เกิดกลไก/ความร่วมมือในการเชื่อมประสานภาคีเครือข่ายและหน่วยงานพันธมิตรเพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ จำนวน ๓ กลไก/ความร่วมมือ โดยมีการกำหนดแนวทางการดำเนินการ และการบริหารจัดการภาคีเครือข่ายผ่านกลไก และเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้
๒. เกิดการพัฒนากระบวนการบริหารความสัมพันธ์และบริหารเครือข่าย เพื่อช่วยบริหารและสื่อสารภาคีเครือข่ายอย่างน้อย ๑ ระบบ

แผนงานวิเทศสัมพันธ์

๓. เกิดการขับเคลื่อนและเก็บเกี่ยวผลสัมฤทธิ์ของข้อตกลงความร่วมมือกับองค์กร/เครือข่ายยุทธศาสตร์ระดับสากลที่มีอยู่ไม่น้อยกว่า ๕ ข้อตกลงความร่วมมือและมีการวิเคราะห์ถอดบทเรียนปัจจัยความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาและการขับเคลื่อนข้อตกลงความร่วมมือระดับสากล

แผนงานสนับสนุนการบริหารจัดการข้อมูลและเทคโนโลยีสร้างเสริมสุขภาพ และแผนงานวิชาการและนวัตกรรม

๔. สนับสนุนการใช้ประโยชน์ข้อมูล สารสนเทศ ผลการศึกษาวิจัย และองค์ความรู้ ในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพทั้ง สสส. และภาคีเครือข่าย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ของผลผลิตจากแผนงานสนับสนุนการบริหารจัดการข้อมูล
๕. ต้นแบบนวัตกรรมหรือเครื่องมือที่สนับสนุนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน ๒ ต้นแบบ

แผนงานสื่อสารองค์กร

๖. พัฒนาชุดข้อมูลสื่อสารที่สอดคล้องกับเป้าหมายการทำงานของ สสส. เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายรับทราบข้อมูลร่วมสนับสนุนการสื่อสารเพื่อเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย และพฤติกรรมตามแนวทางการดำเนินงานของ สสส. ทั้งยังเสริมสร้างภาพลักษณ์องค์กรให้กลุ่มเป้าหมายรับรู้ เข้าใจการดำเนินงานขององค์กร โดยผลิตชุดข้อมูลสื่อสารอย่างน้อย ๕๐๐ ชิ้น
๗. สื่อสารข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์ช่องทางหลักของ สสส. และสื่อออนไลน์อื่นๆ มีผู้เข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อออนไลน์หลักของ สสส. อย่างน้อย ๑๐ ล้านคน สามารถสร้างการมองเห็นของผู้ใช้สื่อออนไลน์ (Viral Reach) มากกว่า ๒๐ ล้านคนต่อปี และเกิดการมีส่วนร่วม (Engagement Users) มากกว่า ๑ ล้านครั้งต่อปี และมีสื่อออนไลน์ทุกแพลตฟอร์มยอดนิยมนำข้อมูล สสส. ไปเผยแพร่ต่ออย่างน้อย ๗ ช่องทาง



แผนงานติดตามและประเมินผล

๘. ผลประเมินการดำเนินงานตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๔) สำหรับนำไปใช้ในการจัดทำทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ใหม่ ของ สสส. (พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๗๔)

สถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ

๙. ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานตามแผนของสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Academy) ปี ๒๕๖๔

ตัวชี้วัดระดับยี่สิบวาระกลาง

๑. เกิดกลไกกลางในการขับเคลื่อนการสร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และผลักดันให้เกิดการใช้งานและเผยแพร่ไปในกลุ่มภาคีเครือข่าย

แนวทางการดำเนินงานและการบูรณาการ

๑. **สถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ** : บริหารสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Academy) ในรูปแบบหน่วยงานลักษณะพิเศษเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน พัฒนาศักยภาพภาคี ขยายจำนวนผู้ได้รับประโยชน์ และบริหารจัดการให้เกิดความยั่งยืน
๒. **แผนงานภาคีสัมพันธ์** : สนับสนุนกลไกและสร้างความร่วมมือในการสร้างความรู้มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เอื้อให้เกิดการหนุนเสริมซึ่งกันและกันในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ
๓. **แผนงานวิเทศสัมพันธ์** : ส่งเสริมการรับรู้และยอมรับคุณค่างานสร้างเสริมสุขภาพของไทย ตลอดจนการยกระดับงาน สสส. และภาคีเครือข่าย ในระดับสากล
๔. **แผนงานสนับสนุนการบริหารจัดการข้อมูลและเทคโนโลยีสร้างเสริมสุขภาพ** : สนับสนุนการจัดทำข้อมูลสถิติ สารสนเทศ และองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเน้นให้เกิดการใช้ประโยชน์ข้อมูลสถิติ สารสนเทศ และองค์ความรู้ ในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ
๕. **แผนงานวิชาการและนวัตกรรม** : สนับสนุนการพัฒนาและใช้ประโยชน์จากนวัตกรรมในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๖. **แผนงานสื่อสารองค์กร** : ขยายช่องทางการสื่อสารใหม่เพื่อส่งต่อข้อมูลและกระชับความสัมพันธ์กับกลุ่มผู้นำทางความคิดที่มีอิทธิพลต่อสังคม ตลอดจนสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการทำงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดการส่งต่อข้อมูลการสร้างเสริมสุขภาพสู่สังคม
๗. **แผนงานติดตามและประเมินผล** : สนับสนุนและพัฒนางานติดตามและประเมินผลของ สสส. ที่ครอบคลุมทั้งกลไก เครื่องมือ วิธีการ ระบบข้อมูล และองค์ความรู้



ภาคีหลักที่เข้าร่วมการดำเนินงาน

องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพะ หน่วยงาน สถาบัน องค์กรด้านการพัฒนาศักยภาพ ภาควิชาหรือฝ่ายสร้างเสริมสุขภาพ สสส. เครือข่ายมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพ ASEAN University Network-Health Promotion Network (AUN-HPN) กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสถิติแห่งชาติ มูลนิธิพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ มูลนิธินโยบายสุขภาพะ มูลนิธิหมอชาวบ้าน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) กระทรวงการต่างประเทศ มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ สำนักพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ ศูนย์อิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (NECTEC) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี มหาวิทยาลัยมหิดล สมาคมผู้บริโภครักษาอินทรีย์ไทย World Health Organization (WHO), International Network of Health Promotion Foundations (INHPPF), Southeast Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA), United Nations Agencies, World Bank, Prince Mahidol Award Foundation, IOGT International, คณะกรรมการกองทุน คณะกรรมการประเมินผล คณะอนุกรรมการย่อย ภายใต้คณะกรรมการประเมินผล คณะกรรมการบริหารแผน ๘ คณะ ผู้จัดการแผนงาน/โครงการ ผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านการประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพ



งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานภาคีสัมพันธ์	๑๙.๖๖๐
๒. กลุ่มแผนงานวิเทศสัมพันธ์	๑๐.๕๕๐
๓. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการบริหารจัดการข้อมูลและเทคโนโลยีสร้างเสริมสุขภาพ	๒๑.๔๐๐
๔. กลุ่มแผนงานวิชาการและนวัตกรรม	๙.๐๐๐
๕. กลุ่มแผนงานการสื่อสารองค์กร	๒๓.๕๑๖
๖. กลุ่มแผนงานติดตามและประเมินผล	๑๕.๖๐๐
๗. กลุ่มสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ	๒๕.๐๐๐
๘. การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	๑๕.๒๗๔
รวม	๑๔๐.๐๐๐

แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ

๑๔

แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๔ นับเป็นปีสุดท้ายตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๔) ของ สสส. การจัดทำแผนการดำเนินงานจึงมุ่งเน้นพัฒนาและขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์และกิจกรรมหลัก เพื่อเร่งรัดการดำเนินการและประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมายหลักของแผน อาหารเพื่อสุขภาวะ ตามกรอบนโยบายการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ของคณะกรรมการ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ตอบสนองต่อแนวนโยบายการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจตามทิศทาง ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ และสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน SDGs พร้อมทั้งนี้ยังได้ขับเคลื่อนขยายแนวคิด “พลเมืองอาหาร” และ “ระบบอาหารที่ยั่งยืน” ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญต่อการสร้างการมีส่วนร่วมในระบบอาหารที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในทุกมิติของประเทศ และของโลก



สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบอาหาร

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรโลกมากถึง ๓๙.๕ ล้านคน หรือ ประมาณร้อยละ ๗๐ ของจำนวนประชากรที่เสียชีวิตทั้งหมด 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 หากพิจารณาตามรายโรค พบว่า โรคหัวใจและ หลอดเลือดเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญมาจากภาวะความดันโลหิตสูง

สถานะประเทศไทยจาก SDG Index ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาด้านระบบอาหารเพื่อสุขภาวะ ช่วง ๔ ปี ที่ผ่านมา จากโครงการวิจัยและสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG Move) นับจากปีที่เป้าหมาย การพัฒนาที่ยั่งยืนเริ่มดำเนินการในปี ๒๐๑๖ ซึ่งเหลือเวลาอีกประมาณ ๑๐ ปีที่เราจะช่วยกันผลักดันให้ประเทศ และโลกของเราบรรลุสู่ความยั่งยืนโดยสถานะของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนระบบอาหาร นับตั้งแต่ ปี ๒๐๑๖ ถึง ๒๐๑๙ พบว่าในปี ๒๐๑๙ เป็นปีที่ SDG Index ถูกพูดถึงในประเทศไทยเป็นอย่างมาก เนื่องจาก เป็นปีที่ประเทศไทยมีอันดับสูงที่สุดนับตั้งแต่มี SDG Index มา และมีอันดับสูงที่สุดในกลุ่มประเทศอาเซียนอีกด้วย (อันดับที่ ๔๐ จากการประเมินประเทศที่มีข้อมูลทั้งหมด ๑๖๒ ประเทศ) โดยกลุ่มประเด็นที่ประเทศไทยทำได้ดีขึ้น จะอยู่ในส่วนของประเด็นด้านสุขภาพ การศึกษา โครงสร้างพื้นฐาน และประเด็นอื่นๆ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

โดยประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาด้านอาหารและโภชนาการของประเทศไทยที่ทำได้ดีขึ้นในช่วง ๔ ปีที่ผ่านมา ได้แก่ ความชุกของภาวะแคระแกร็น (Stunting) ในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี และภาวะผอมแห้ง (Wasting) ในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี มีแนวโน้มลดลง (SDG2), อัตราการตายของทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี (ต่อ ๑,๐๐๐ รายของการเกิดมีชีวิต) มีแนวโน้มลดลง (SDG3) และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (SDG3) เป็นต้น สำหรับประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบอาหาร ที่ประเทศไทยมีสถานการณ์ความยั่งยืนที่แย่ลงในช่วงเวลา ๔ ปีที่ผ่านมา ได้แก่ ความชุกของภาวะขาดสารอาหาร (undernourishment) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (SDG2), อัตราการตายอันเนื่องมาจากมลพิษทางอากาศในครัวเรือนและในสิ่งแวดล้อมต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (SDG3) และสัดส่วนของการใช้จ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพและการศึกษาต่อ GDP ที่มีสัดส่วนลดลง (SDG17) เป็นต้น

สถานะประเทศไทยจาก SDG Index (2015 - 2019)

ประเด็นที่ยั่งยืนมากขึ้น			ประเด็นที่ยั่งยืนน้อยลง		
สุขภาพ	ภาวะแคระแกร็นและผอมแห้งในเด็ก	SDG3	ภาวะการขาดสารอาหาร	SDG2	สังคม
	อัตราการตายของทารกและเด็ก		อัตราการตายจากมลพิษทางอากาศ	SDG3	
	การเป็นวัณโรค		การตั้งครภ์ของวัยรุ่นต่อการเกิดมีชีวิต	SDG9	
	อัตราการตายจากอุบัติเหตุบนถนน		คะแนนของมหาวิทยาลัย 3 อันดับแรกของประเทศ		
	อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี		จำนวนประชากรในเรือนจำ		
ความครอบคลุมการให้บริการสาธารณสุข	รายได้จากภาษีต่อ GDP	SDG17			
การศึกษาวิจัย	อัตราการเข้าเรียนระดับประถม	SDG4	เศรษฐกิจ	การใช้จ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพและการศึกษาต่อ	SDG17
	รายจ่ายด้านวิจัยและพัฒนาต่อ GDP	SDG9		อัตราการเจริญเติบโตตามระดับรายได้	
โครงสร้างพื้นฐาน	สัดส่วนประชากรที่ใช้อินเทอร์เน็ต			SDG6	
	การเป็นสมาชิกอินเทอร์เน็ตบรอดแบนด์เคลื่อนที่	ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ	SDG10		
	สัดส่วนประชากรที่เข้าถึงน้ำประปา	ความเข้มข้นของ PM2.5 ในเขตเมือง	SDG11		
สังคมสิ่งแวดล้อม	สุขภาพมหาสมุทรด้านความหลากหลายทางชีวภาพ	SDG14	การผลิตขยะอิเล็กทรอนิกส์	SDG12	
	การฆาตกรรมต่อประชากร	SDG16	ดัชนีสุขภาพมหาสมุทร - น้ำสะอาด	SDG14	
	ความรู้สึกลดภัยเมื่อเดินในยามค่ำคืน		ประชากรปลาและสัตว์ทะเลที่ถูกจับมากเกินไปจนสมดุลประชากรปลา		

ประเด็นการพัฒนาที่ยั่งยืนขึ้นและน้อยลงจาก SDG Index ตั้งแต่ปี ๒๐๑๕ - ๒๐๑๙

ที่มา : www.sdgmovement.com

๑. สถานการณ์ความมั่นคงทางอาหาร

ประเทศไทยเป็นประเทศที่สามารถผลิตอาหารเพื่อบริโภคในประเทศและส่งออกไปยังประเทศต่างๆ ทั่วโลก แต่หากพิจารณาในเชิงโครงสร้างจะพบว่า

- ระบบนิเวศอาหารเสื่อมโทรมและถูกทำลาย ผลจากการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ ความผันผวนของฤดูกาล ส่งผลให้ความหลากหลายทางชีวภาพที่เป็นฐานทรัพยากรอาหารลดลง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสภาพการใช้ที่ดินไปจากกิจกรรม โครงการ และนโยบายการพัฒนาต่างๆ
- ชุมชนท้องถิ่นที่เคยพึ่งพาฐานทรัพยากรอาหารในระบบนิเวศต่างๆ ยังเข้าไม่ถึงฐานทรัพยากรอาหาร แม้จะมีการแก้ไขปรับปรุงกฎหมาย และมีมาตรการจากคณะกรรมการนโยบายที่ดินแห่งชาติ (คทช.) เพื่อผ่อนปรนการทำกินของชุมชน แต่ก็ยังอยู่ในสถานะจำกัด ชุมชนอยู่ได้เพียงการยังชีพจากฐานทรัพยากร ไม่สามารถสร้างเศรษฐกิจอาหารจากฐานทรัพยากรที่มั่นคงได้
- การลดลงของพื้นที่การผลิตอาหาร ข้อมูลการใช้ประโยชน์ที่ดินของสำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ปี 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 เกษตรกรต้องเช่าที่ดินทำกิน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก ๒๓.๙๒ ล้านไร่ ในปี ๒๕๕๑ เป็น ๒๙.๒๕ ล้านไร่ ในปี ๒๕๕๖
- การลดลงของแรงงานภาคเกษตร จากร้อยละ ๖๗ ของแรงงานทั้งหมดในช่วงปี ๒๕๑๖ - ๒๕๒๐ เหลือเพียงร้อยละ ๓๙ ในปี ๒๕๕๖ และยังพบว่า เกษตรกรกลุ่มผู้สูงอายุมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้น แต่เกษตรกรวัยแรงงานอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี กลับมีแนวโน้มที่จะทำงานภาคการเกษตรลดลงเหลือเพียง ๑ ใน ๓ ในช่วง ๒๐ ปี คือ จากร้อยละ ๓๕.๓ ในปี ๒๕๓๐ เหลือเพียงร้อยละ ๑๒.๑ ในปี ๒๕๕๔
- นโยบายเกี่ยวกับระบบเกษตรและอาหารสมัยใหม่ที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาวะ เช่น การฟื้นฟูทรัพยากรชีวภาพเพื่อตอบสนองต่อการสร้างความหลากหลายของระบบอาหาร การขยายพื้นที่เกษตรกรรมยั่งยืน การคุ้มครองพื้นที่ความมั่นคงทางอาหาร ยังขาดการนำไปขับเคลื่อนให้เกิดผลในทางปฏิบัติ และยังขาดการใช้นโยบายการเงินการคลัง และการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐเพื่อส่งเสริมการบริโภคเพื่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรการที่จะทำให้เด็กและเยาวชนในโรงเรียนได้รับผักและผลไม้ที่ปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชซึ่งจะมีผลต่อพัฒนาการของเด็กในระยะยาว
- การกระจุกตัวของแหล่งกระจายอาหาร พบว่าเมื่อปี ๒๕๕๔ สัดส่วนร้านโมเดิร์นเทรด (เช่น ร้านสะดวกซื้อ) มีเพียงร้อยละ ๓๕ ของระบบการกระจายอาหารที่มีอยู่ แต่ในปี ๒๕๖๐ กลับพบว่า สัดส่วนร้านโมเดิร์นเทรดเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ ๖๖.๔
- ความหลากหลายของวัฒนธรรมอาหารท้องถิ่นถูกทำลาย ทั้งในส่วนวัฒนธรรมอาหารท้องถิ่นเชื่อมโยงกับระบบนิเวศ ความหลากหลายทางชีวภาพ ค่านิยมในการผลิตและบริโภค ซึ่งเป็นผลมาจากทิศทางการพัฒนาแบบบริโภคนิยม ส่งผลให้วัฒนธรรมอาหารท้องถิ่นเสื่อมถอย ขาดความหลากหลายทางอาหาร จึงเหลือแต่พืชอาหารที่อยู่ในระบบการผลิตเพียงไม่กี่ประเภท ส่งผลต่อความไม่มั่นคง ความไม่ปลอดภัยทางอาหาร และทุพโภชนาการ



๒. สถานการณ์ความปลอดภัยของอาหาร

ประเทศไทยมีความหลากหลายของฐานการผลิตสินค้าเกษตรและอาหารที่มีความแข็งแกร่งระดับโลก และยังมีการผสมผสานของวัฒนธรรมอาหารจากแหล่งต่างๆ มาช้านาน จนเป็นอาหารไทยที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัวเป็นที่ยอมรับของนานาชาติ นอกจากนี้ตลาดโลกในปัจจุบันมีความต้องการอาหารที่มีคุณภาพที่จำเพาะเพิ่มขึ้น (niche product) และมีแนวโน้มการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ซึ่งเป็นโอกาสในการสร้างรายได้แก่ประเทศ อย่างไรก็ตาม สินค้าเกษตรและอาหารแปรรูปของไทยส่วนใหญ่ยังไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีมูลค่าสูง หรือมีคุณภาพที่จำเพาะต่อกลุ่มผู้ซื้อกลุ่มต่างๆ ซึ่งหากภาคการผลิตของไทยยังไม่ปรับตัวในการผลิตสินค้าที่มีคุณภาพ มีคุณค่าทางโภชนาการ ตอบสนองต่อกระแสการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพะ โดยใช้การผลิตด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรม ภายใต้ระบบประกันคุณภาพและความปลอดภัยอาจทำให้เสียโอกาสทางเศรษฐกิจทั้งในระดับชุมชนและประเทศ

ประเด็นด้านความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สินค้าเกษตรและอาหารยังคงเป็นปัญหาสำคัญ โดยพบการปนเปื้อนของอันตรายในผลิตภัณฑ์ทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ รวมถึงไทยเป็นประเทศเกษตรกรรมที่รับวิถีการเกษตรแบบพึ่งพาสารเคมีมาตั้งแต่ยุคปฏิวัติเขียว และมีความเข้มข้นในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากขึ้น โดยในปี ๒๕๖๐ มีการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากถึง ๑๙๗,๖๔๗ ตัน ในขณะที่ปี ๒๕๔๘ นำเข้าเพียง ๗๕,๔๗๓ ตัน (สำนักควบคุมพืชและวัสดุการเกษตร, ๒๕๖๑) กล่าวคือประเทศไทยนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากขึ้น ๒.๖ เท่า ภายในระยะเวลา ๑๒ ปี โดย ๗๕% ของสารที่นำเข้าเป็นสารกำจัดวัชพืช ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ ที่ใช้สารเคมีในช่วงเวลาเดียวกัน ปริมาณการใช้สารเคมีการเกษตรของประเทศไทยสูงเป็นอันดับ ๕ - ๖ ของโลก ทั้งๆ ที่เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่ใช้สารเคมีมากที่สุด ๒๐ ประเทศ ประเทศไทยมีพื้นที่การเกษตรอยู่ในอันดับ ๑๔ ของโลก

จากผลการสุ่มตรวจสารพิษตกค้างในผักและผลไม้ประจำปี ๒๕๖๒ ของเครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยเก็บตัวอย่างทั้งหมด ๒๘๖ ตัวอย่างจากห้างค้าปลีก ตลาดสดทั่วไปในกรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ ขอนแก่น ยโสธร สระแก้ว จันทบุรี ราชบุรี และสงขลา ครอบคลุมผัก ๑๕ ชนิด และผลไม้ ๙ ชนิดที่นิยมบริโภคทั่วไป โดยส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO-17025 ในประเทศสหราชอาณาจักร เพื่อวิเคราะห์หาสารพิษตกค้างจำนวน ๔๘๐ ชนิด ซึ่งครอบคลุมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ได้รับการขึ้นทะเบียนให้ใช้ประมาณ ๕๒% จาก ๒๔๗ ชนิด พบว่าผักผลไม้มีสารพิษตกค้างเกินมาตรฐานสูงถึง ๔๑% โดยผักที่พบสารพิษตกค้างเกินค่ามาตรฐานมากที่สุดคือ ผักกวางตุ้ง คะน้า กะเพรา ผักชี พริก กะหล่ำดอก ส่วนผลไม้ที่พบการตกค้างมากที่สุดได้แก่ ส้ม ชมพู่ ฝรั่ง องุ่น เป็นต้น เมื่อพิจารณาสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวเชิงโครงสร้าง พบว่าเกิดจากสาเหตุหลัก ๓ ประการคือ ๑) ความอ่อนแอของระบบการจัดการสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตั้งแต่ต้นทาง (การนำเข้า) ไปจนถึงปลายทาง (การเฝ้าระวังการตกค้างในผลผลิต) อีกทั้งยังขาดการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด และขาดระบบข้อมูลสถานะของการใช้สารเคมีและการปนเปื้อนในผลผลิตเพื่อนำมาใช้ในการจัดการสารเคมี รวมทั้งขาดระบบการเฝ้าระวังและแจ้งเตือนภัยที่มีประสิทธิภาพ และการประเมินความเสี่ยงจากการรับสัมผัสสารผ่านการบริโภคภายใต้สถานการณ์ที่เป็นจริง ๒) ปัญหาและข้อจำกัดของกฎหมายควบคุมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ซึ่งมีข้อบกพร่องบางประการ เช่น การรวบรวมวัตถุดิบอันตรายทุกประเภทไว้ในกฎหมายฉบับเดียวกัน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและสิ่งแวดล้อมมีบทบาทน้อยในกระบวนการขึ้นทะเบียนและยกเลิกการใช้ ขาดการมีส่วนร่วมของประชาชน และมีช่องโหว่ที่อนุญาตให้ผู้ประกอบการที่มีผลประโยชน์เกี่ยวข้องเข้ามาเป็นตัวแทนขององค์กรสาธารณประโยชน์ เป็นต้น และ ๓) การขาดความรู้ ความตระหนัก ความรับผิดชอบ



และการมีส่วนร่วมของเกษตรกร กลุ่มผู้ประกอบการที่รวบรวมและจำหน่ายผักและผลไม้ ตลอดจนจนถึงผู้บริโภค ตลอดจนห่วงโซ่ของการผลิตไปจนถึงการบริโภค

สถานการณ์ความไม่ปลอดภัยของอาหารจากการตกค้างของสารเคมีทางการเกษตร ส่งผลกระทบต่อ การเกิดโรคที่สัมพันธ์กับอาหารและสารเคมี (โรคมะเร็งและเนื้องอก โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง) โดยพบว่า อัตราการตายของคนไทยที่เกิดจากโรคที่สัมพันธ์กับอาหารและสารเคมีเกิดขึ้นเกินกว่า ๒ เท่า ในช่วงเวลา พ.ศ. ๒๕๓๗ - ๒๕๕๙

๓. สถานการณ์ด้านโภชนาการและความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมผู้บริโภค

อาหารและโภชนาการมีความสำคัญต่อสุขภาพ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นภาระสุขภาพและสาเหตุ ความสูญเสียสุขภาพจากการตายก่อนวัยอันควรลำดับต้นๆ ของประชากรไทย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และมะเร็ง^{๑๑๐} ล้วนเกี่ยวข้องกับอาหารและภาวะโภชนาการเกิน

จากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทยด้วยวิธี Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) ใน พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๕๙ โดยองค์การยูนิเซฟประเทศไทย พบว่าเด็กแรกเกิดเกือบทั้งหมด (ร้อยละ ๙๗.๕) เคยกินนมแม่ แต่มีเพียงร้อยละ ๓๙.๙ ที่ได้กินนมแม่ในเวลาที่เหมาะสม (ภายใน ๑ ชั่วโมงหลังเกิด) ขณะที่ทารก อายุ ๐ - ๕ เดือน ร้อยละ ๒๓.๑ กินนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน และเด็กในประเทศไทยเพียงร้อยละ ๑๕.๖ กินนมแม่ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา ๒ ปี

จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๗^{๑๑๑} พบประชากรไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไปอ้วนร้อยละ ๓๗.๕ (ชายร้อยละ ๓๒.๙ และหญิงร้อยละ ๔๑.๘) ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนจาก ปี ๒๕๕๒ ที่พบความชุกของภาวะอ้วนในผู้ชายร้อยละ ๒๘.๔ ในผู้หญิงร้อยละ ๔๐.๗ ในขณะที่ภาวะอ้วนลงพุงมี ความชุกเพิ่มขึ้นเช่นกัน ในผู้หญิงร้อยละ ๔๕.๐ และผู้ชายร้อยละ ๑๘.๖ ในปี ๒๕๕๒ เพิ่มเป็นร้อยละ ๕๑.๓ และ ๒๖.๐ ในปี ๒๕๕๗ การสำรวจในเด็กพบภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนเช่นกัน ในขณะที่ภาวะเตี้ย และน้ำหนักน้อยมีความชุกลดลง ในปี ๒๕๕๗ เด็กอายุ ๑ - ๕ ปี และเด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ ๑๑.๓ และร้อยละ ๑๓.๙ ตามลำดับ ในปี ๒๕๕๒ ความชุกเป็นร้อยละ ๘.๕ และร้อยละ ๙.๗ ตามลำดับ^{๑๑๒}

ด้านพฤติกรรมบริโภคผักผลไม้ ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าประชากร ไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปในการสำรวจปี ๒๕๕๗ กินผักและผลไม้เพียงพอตามข้อเสนอแนะเพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งที่ ๔ ในปี ๒๕๕๒ แต่ก็มีเพียงร้อยละ ๒๕.๙ เท่านั้นที่กินผักและผลไม้ได้รวมกัน ≥ ๕ ส่วนมาตรฐานต่อวัน และจาก การศึกษาของโครงการติดตามพฤติกรรมบริโภคผักและผลไม้ของคนไทย โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ปี ๒๕๖๑ พบว่าประชาชนกลุ่มตัวอย่างอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปกินผักและผลไม้เฉลี่ย ๕.๓๕ ส่วน/วัน หรือเท่ากับ ๓๓๖.๙๔ กรัม/วัน โดยร้อยละ ๓๔.๕ ของประชาชนกลุ่มตัวอย่างอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป กินผักและ ผลไม้เพียงพอตามเกณฑ์ที่ WHO แนะนำ (๔๐๐ กรัม/วัน หรือ ๕ ส่วนมาตรฐาน) ในขณะที่เด็กอายุ ๒ - ๑๔ ปี

^{๑๑๐} สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๖. นนทบุรี : บริษัท เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์ จำกัด; ๒๕๕๘. <http://bodthai.net/download/รายงานภาระโรค-๒๕๕๖/>

^{๑๑๑} วิชัย เอกพลการ (บรรณารักษ์). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๗. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๕๗.

^{๑๑๒} ลัดดา เหมาะสุวรรณ. ภาวะโภชนาการของเด็กไทย. ใน : วิชัย เอกพลการ (บรรณารักษ์). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๕ ฉบับสุขภาพเด็ก พ.ศ. ๒๕๕๗. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๖๑, หน้า ๑๒๑ - ๔๖.



กินผักและผลไม้โดยเฉลี่ยเป็นมาตรฐานเพียงวันละ ๑ ส่วน ร้อยละ ๖๒.๑ ของเด็กวัยนี้กินผักและผลไม้น้อยกว่า ๒ ส่วนต่อวัน^{๑๖๓} ข้อมูลจากการสำรวจนี้ชี้ว่าประชากรไทยทั้งผู้ใหญ่และเด็กมีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นและยังบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ

ข้อมูลจาก Euro monitor International นำเสนอเกี่ยวกับตลาดอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพของ ไทย ในปี ๒๕๖๐ พบว่า มีแนวโน้มเติบโตต่อเนื่อง เฉลี่ยร้อยละ ๓.๕ ต่อปี หรือคิดเป็นมูลค่าราว ๑๘๗,๐๐๐ ล้านบาท อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้บริโภคที่ใส่ใจสุขภาพส่วนใหญ่จะกระจุกอยู่ในสังคมเมือง โดยพบว่า คนไทยนิยมบริโภคอาหารในกลุ่มฟังก์ชันนอล (functional food) เป็นอันดับหนึ่ง เพราะมีการเติมสารอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น ผลิตภัณฑ์บำรุงสมอง ผลิตภัณฑ์กลุ่มวิตามินต่างๆ หรือกลุ่มบีบีดีดีริงก์ เป็นต้น ซึ่งสามารถครองส่วนแบ่งตลาดสูงถึงร้อยละ ๖๒.๓ รองลงมาคือ อาหารเพื่อสุขภาพจากธรรมชาติ ที่ผ่านการแปรรูปน้อยที่สุด เช่น นม ธัญพืช ผักและผลไม้ เป็นต้น มีส่วนแบ่งตลาดร้อยละ ๒๑.๗ โดยมีการคาดการณ์ว่าในปี ๒๕๖๕ มูลค่าตลาดจะเพิ่มขึ้นเป็น ๒๑๓,๐๔๔ ล้านบาท ขยายตัวเฉลี่ยร้อยละ ๒.๗ ต่อปี ทั้งนี้เป็นผลมาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตด้วยความเร่งรีบ การใช้เวลาในการทำงานมากขึ้น ส่งผลให้ผู้บริโภคมีความเครียด และไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย

พฤติกรรมบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ยังสะท้อนได้ชัดจากผลสำรวจการบริโภคน้ำตาลของคนไทยล่าสุด พบว่า พ.ศ. ๒๕๕๗ คนไทยบริโภคน้ำตาลเฉลี่ยถึง ๒๘ ช้อนชาต่อคนต่อวัน สูงกว่าคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกที่แนะนำไว้แค่วันละ ๖ ช้อนชาถึง ๔.๗ เท่า นอกจากนี้ข้อมูลจากโครงการรณรงค์ลดการบริโภคโซเดียมในประเทศไทย พบว่า คนไทยบริโภคโซเดียม เฉลี่ย ๔,๓๕๑.๖๔ มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งเกินมาตรฐานเกือบ ๒ เท่า (มาตรฐาน ๒,๔๐๐ มก./คน/วัน) จากการบริโภคน้ำตาลส่งผลให้คนไทยป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพิ่มสูงขึ้น โดยจะเห็นว่าปัจจัยจากการโฆษณาและการตลาดของธุรกิจอาหารฟาสต์ฟู้ดและอาหารขบะ การใช้กลยุทธ์การตลาดที่มีประสิทธิภาพสูง และมีรูปแบบที่หลากหลาย ล้วนกระตุ้นให้มีการบริโภคมากเกินไปจนจำเป็น โดยเฉพาะกลุ่มอุตสาหกรรมอาหาร เครื่องดื่มและขนมขบเคี้ยว ดิต ๑๐ อันดับแรกขององค์กรและตราสินค้าที่ใช้งบประมาณในการโฆษณาสูงสุด

ผลกระทบจากโรค NCDs ไม่ได้มีเพียงในมิติทางด้านสุขภาพของประชาชน แต่ยังส่งผลกระทบต่อวงกว้าง ทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยมีการประมาณถึงต้นทุนผลกระทบจากโรค NCDs ทั่วโลกตั้งแต่ปี ๒๕๕๕ - ๒๕๗๓ ว่า มีมูลค่ามากถึง ๔๖.๗ ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือคิดเป็นประมาณ ๑,๔๐๑ ล้านล้านบาท สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาต้นทุนหรือความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากโรค NCDs โดยแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสุขภาพและสุขภาวะของประชากรไทยพบว่า ต้นทุนที่เกิดจากโรค NCDs ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ มีมูลค่าทั้งสิ้น ๑๔๘,๕๑๒ ล้านบาท โดยมีสัดส่วนของต้นทุนทางอ้อมจากการสูญเสียผลิตภาพ (productivity loss) นั้นสูงถึงร้อยละ ๗๔.๒ ของต้นทุนทั้งหมด หรือประมาณ ๑๔๗,๒๐๘ ล้านบาท ในขณะที่ต้นทุนทางตรงหรือต้นทุนทางด้านการรักษาพยาบาลมีประมาณร้อยละ ๒๕.๘ ของต้นทุนทั้งหมด หรือมีมูลค่ารวม ๕๑,๓๐๔ ล้านบาท โดยความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากโรค NCDs เหล่านี้ คิดเป็นร้อยละ ๒.๒ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP) หรือประมาณ ๓,๑๒๘ บาทต่อหัวประชากร

^{๑๖๓} วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. พฤติกรรมการกินอาหาร. ใน : วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๕ ฉบับสุขภาพเด็ก พ.ศ. ๒๕๕๗. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๖๑. หน้า ๖๑ - ๘๗.

สถานการณ์ระบบอาหารของไทยที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การรวมศูนย์ของระบบกระจายอาหารและวัฒนธรรมอาหารสมัยใหม่ ทำให้เกิดแนวโน้มการบริโภคอาหารที่มีไขมัน โซเดียม และน้ำตาลสูงมากขึ้น ประชาชนทั่วไปเข้าถึงผักและผลไม้ยากหรือมีราคาแพง ส่งผลให้ประชาชนจำนวนมากในเขตเมือง หรือในชนบทบางส่วนขาดสมดุลของสารอาหาร จนเป็นสาเหตุของโรคจากระบบอาหารและการบริโภคสมัยใหม่ สำหรับประเทศไทย มีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๖๖ เป็นร้อยละ ๗๖ ในช่วงระยะเวลา ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๕๗) เมื่อพิจารณาในจำนวนผู้เสียชีวิตจะพบว่า เพิ่มขึ้นจาก ๒๗๐,๖๑๕ คน (พ.ศ. ๒๕๕๗) เป็น ๓๖๘,๘๗๐ คน (พ.ศ. ๒๕๕๗) หรือเฉลี่ยเพิ่มขึ้นประมาณ ๙,๘๐๐ คนต่อปี^{๑๖๔} สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ โดยมีแนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ส่วนมากเป็นกลุ่มประชากรวัยทำงาน ส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ

๔. สถานการณ์ด้านอาหารกับภาวะวิกฤตและโรคอุบัติใหม่

ความสำคัญของระบบอาหารเพื่อสุขภาวะยิ่งประจักษ์ในสถานการณ์ระดับโลกและประเทศ โดยโครงการอาหารโลก (World Food Program : WFP) แห่งองค์การสหประชาชาติ ได้เผยแพร่รายงานประจำปีเรื่องวิกฤตด้านอาหารทั่วโลก^{๑๖๕} ระบุว่า ทั่วโลกเสี่ยงที่จะประสบปัญหาอดอยากจากปัญหาโรคระบาดโควิด - ๑๙ ส่งผลทำให้จำนวนประชากรโลกที่มีปัญหาอดอยากเพิ่มจากเดิม ๑๓๕ ล้านคน เป็นกว่า ๒๕๐ ล้านคน นับเป็นวิกฤตด้านมนุษยธรรมรุนแรงที่สุดนับตั้งแต่ยุคสงครามโลกครั้งที่ ๒

มูลนิธิชีววิถี (๒๕๖๒) ได้วิเคราะห์การระบาดของโรคระบาดโควิด-๑๙ ว่าส่งผลกระทบต่อภาคเกษตรกรรมและอาหารใน ๓ ระยะ กล่าวคือ ผลกระทบในระยะแรกที่เกิดจากความตื่นตระหนก จะส่งผลทำให้เกิดการสะสมเสบียงและกักตุนอาหาร ผลกระทบในระยะกลาง ซึ่งจะกินเวลาตั้งแต่เริ่มการล็อกดาวน์ ไปจนกว่าจะสามารถควบคุมการระบาดได้ โดยคาดว่าจะทำให้เกิดปัญหาขาดแคลนห่วงโซ่ของระบบอาหาร ตั้งแต่การผลิต โรงงานแปรรูปได้รับผลกระทบจากการระบาด การขาดแคลนแรงงานหรือมาตรการกักกันโรคส่งผลกระทบต่อการทำงานและการขนส่ง และกระจายผลิตภัณฑ์ ไปจนถึงผู้บริโภคไม่สามารถเดินทางได้โดยสะดวก การมีอาหารไม่หลากหลาย ในขณะที่ผู้มีรายได้น้อยและคนตกงานไม่มีเงินพอที่จะซื้อหาอาหารได้อย่างเพียงพอ นอกจากนี้ ผลกระทบระยะยาวที่เกิดขึ้นจากสภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ซึ่งจะเกิดขึ้นทั้งในระดับประเทศและระดับโลก และผู้ที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ คนยากจนและผู้มีรายได้น้อย

ทางออกของระบบการผลิตและอาหารท่ามกลางสภาวะวิกฤต มีดังต่อไปนี้

- ๑) การมีหลักประกันให้ประชาชนที่ตกงานและมีรายได้น้อยทุกคนสามารถเข้าถึงอาหารได้อย่างเพียงพอ
- ๒) รูปแบบการผลิตอาหารต้องเป็นการผลิตเพื่อความมั่นคงทางอาหาร ลดปัจจัยการผลิตจากภายนอกให้มากที่สุด เพื่อลดต้นทุน ทำเกษตรกรรมแบบผสมผสาน ให้ความสำคัญกับการผลิตเพื่อการพึ่งพาตนเองทางอาหาร เน้นตลาดภายในชุมชนและตลาดในประเทศเป็นหลัก
- ๓) สร้างระบบการกระจายอาหาร ขยายตลาดท้องถิ่น และการกระจายอาหารโดยตรงระหว่างเกษตรกรกับผู้บริโภค หรือพัฒนาระบบตลาดออนไลน์ทางเลือก โดยคนรุ่นใหม่และหน่วยงานต่างๆ ต้องสนับสนุนให้เกิดระบบจัดส่งผลผลิตเกษตรและอาหารมายังผู้บริโภคเอง โดยไม่ต้องผ่านระบบค้าปลีกที่มียักษ์ใหญ่ครอบครองส่วนแบ่งทางการตลาดมากเกินไป

^{๑๖๔} แผนงานการพัฒนาดัชนีภาวะทางสุขภาพเพื่อการพัฒนา นโยบาย. รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๗. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์ จำกัด; ๒๕๖๐.

^{๑๖๕} เผยแพร่เมื่อวันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๖๓. “2020 - Global Report on Food Crises” https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000114546/download/?_ga=2.93293919.35442415.1587724022-170483591.1587724022 (pdf) เข้าถึงเมื่อ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๓.



- ๔) เสริมสร้างความเข้มแข็งในการปลูกผักและอาหารโดยครอบครัวและชุมชนทั้งในหัวเมืองและเมืองใหญ่ ลดค่าใช้จ่ายอาหารลง เพราะค่าใช้จ่ายด้านอาหารของครัวเรือนไทยนั้นสูงถึง ๓๕% ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ในภาพรวม และมากถึง ๔๐% - ๕๐% สำหรับประชาชนที่มีรายได้น้อย

แนวทางการพัฒนาระบบอาหารเพื่อสุขภาวะจำเป็นต้องคิดแบบแผนการพัฒนาเศรษฐกิจใหม่ โดยพัฒนาจากฐานทรัพยากร วิถีเกษตรกรรมเชิงนิเวศ และเศรษฐกิจอาหาร ซึ่งเกษตรกร ท้องถิ่น และประชาชนส่วนใหญ่ในประเทศได้ประโยชน์ เพื่อประชาชนและประเทศไทยที่แข็งแกร่ง มีภูมิคุ้มกันทางสุขภาพเผชิญหน้ากับวิกฤตอื่นๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นอีกในอนาคต นอกจากนี้ สังคมไทยยังต้องเผชิญหน้ากับปัญหาอุบัติใหม่ที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงทางอาหาร เช่น การเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางอาหาร การล้นไหลของอาหารข้ามพรมแดนที่ส่งผลต่อความมั่นคงและความปลอดภัยทางอาหาร ความชราภาพของผู้ผลิตอาหาร และปัญหาการเรียนรู้ของเยาวชนให้เท่าทันกับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง เป็นต้น

จากสถานการณ์ความมั่นคงทางอาหาร อาหารปลอดภัย และภาวะโภชนาการ ดังกล่าวในข้างต้น แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ จึงเห็นความจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมให้เกิดกลไกพหุภาคีหรือกลไกพลเมืองเพื่อให้มีส่วนร่วมในการติดตามและขับเคลื่อนระบบอาหารเพื่อสุขภาวะทั้งในสภาวะวิกฤตและสถานการณ์ปกติ ทั้งในเชิงการศึกษา สถานการณ์ บริบทและเงื่อนไขเชิงพื้นที่ และทางนโยบายทั้งในระดับท้องถิ่นและประเทศ เพื่อคุ้มครองส่งเสริมสิทธิพลเมือง ในขณะเดียวกันสถานการณ์โรค NCDs ก็เป็นผลสืบเนื่องและเชื่อมโยงกับปัญหาความมั่นคงทางอาหาร ความไม่ปลอดภัยของอาหาร และภาวะทุพโภชนาการ ด้วยเหตุนี้แผนอาหารเพื่อสุขภาวะจึงเห็นความสำคัญที่จะต้องพัฒนาระบบอาหารเพื่อสุขภาวะ ทั้งการรณรงค์ให้บริโภคผักผลไม้อินทรีย์ อาหารปลอดภัย และอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ เพื่อช่วยส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไข สถานการณ์โรค NCDs ให้ลดน้อยลง



ต้นทุนและโอกาสการส่งเสริมระบบอาหารเพื่อสุขภาวะที่ยั่งยืน

๑. ด้านความปลอดภัยและความมั่นคงทางอาหาร

จากรายงานการสังเคราะห์งานภาคีด้านความปลอดภัยและความมั่นคงทางอาหาร โดยโครงการกระบวนการสังเคราะห์และการพัฒนาวิชาการขับเคลื่อนด้านระบบอาหาร (อาหารปลอดภัยและความมั่นคงทางอาหาร) ปี ๒๕๖๑ พบว่าภาคีแผนอาหารเพื่อสุขภาวะส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในการทำงานส่งเสริมและสนับสนุนตลอดห่วงโซ่อาหาร ซึ่งเป้าหมายของการทำงานแต่ละโครงการมีความแตกต่างกันที่ชัดเจน และเป้าหมายเฉพาะแต่อย่างไรก็ดีจากประสบการณ์การทำงานของภาคี พบว่าการจะสร้างระบบอาหารที่ปลอดภัยอย่างยั่งยืนได้จะต้องอาศัยการขับเคลื่อนไปพร้อมๆ กัน ทั้งระบบห่วงโซ่ และสถานการณ์งานเครือข่ายพื้นที่ที่เข้มแข็ง รวมถึงการสร้างนวัตกรรม และเครื่องมือสื่อสาร ความร่วมมือในทุกภาคส่วน จึงจะสามารถดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จอย่างยั่งยืน โดยสามารถจำแนกประเด็นการขับเคลื่อนตลอดห่วงโซ่อาหาร ได้ดังนี้

- **การส่งเสริมด้านการผลิต :** มุ่งเน้นการส่งเสริมมาตรฐานการผลิตโดยมีการนำเครื่องมือ PGS (Participatory Guarantee System) หรือ ระบบการรับรองแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการจัดการด้านมาตรฐาน รวมถึงการทำงานเกษตรในเขตเมือง เพื่อเพิ่มพื้นที่เกษตรปลอดภัย/อินทรีย์ สร้างแหล่งอาหารสำหรับคนเมือง นอกจากนี้ด้านความมั่นคงทางอาหาร ยังมีเรื่องของการอนุรักษ์ พันธุกรรม พืชผักพื้นบ้าน เมล็ดพันธุ์พื้นเมือง อนุรักษ์แหล่งอาหารป่าชุมชน ฐานทรัพยากรท้องถิ่น

และจุดเน้นเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญคือการส่งเสริมระบบเกษตรกรรมยั่งยืน ซึ่งหมายถึง การทำการเกษตรที่ดูแลสิ่งแวดล้อม คำนึงถึงสิ่งแวดล้อม นับเป็นต้นทางสำคัญของการผลิตอาหารที่ยั่งยืน ดังนั้นการสนับสนุนให้เกิดการผลิตในรูปแบบดังกล่าว ด้วยการลดการใช้สารเคมี เป็นเกษตรปลอดภัย จนสามารถพัฒนาถึงขั้นเกษตรอินทรีย์เพื่อการบริโภคที่ปลอดภัย อย่างแท้จริง การเพิ่มพื้นที่แหล่งผลิต เพิ่มจำนวนเกษตรกรอินทรีย์ จึงเป็นภารกิจสำคัญของภาคี อย่างไรก็ตามการขับเคลื่อนงานส่วนใหญ่มุ่งเน้นการก้าวสู่เป้าหมายการผลิตแบบเกษตรอินทรีย์

- **การสร้างช่องทางตลาด :** การทำงานด้านการสร้างช่องทางตลาด พบว่ามีการขับเคลื่อนงานในหลากหลายช่องทาง อาทิ ตลาดสีเขียวชุมชน ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือตลาดที่เกษตรกรและชุมชนเป็นผู้ประกอบการเอง เกิดในพื้นที่ชุมชนท้องถิ่น เป็นการสร้างเศรษฐกิจชุมชน สามารถพัฒนาด้านการท่องเที่ยวเชิงนิเวศ เชิงวัฒนธรรม เชิงอนุรักษ์ได้ มีเอกลักษณ์ที่ค่อนข้างเฉพาะตัวแล้วแต่บริบทของพื้นที่ วัฒนธรรม การส่งเสริมผ่านช่องทางตลาดทั่วไป การใช้ช่องทางตลาดออนไลน์ แต่ยังมีข้อจำกัดในหลายปัจจัย ทั้งด้านการขนส่ง การควบคุมคุณภาพผลิตภัณฑ์จนถึงมือลูกค้า โดยเฉพาะในผลิตภัณฑ์ผักผลไม้สด และช่องทางโมเดิร์นเทรด ซึ่งในปัจจุบันห้างสรรพสินค้าให้ความสนใจในการรับผลผลิตอินทรีย์เพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้บริโภคมีโอกาสเข้าถึงผักผลไม้ที่ปลอดภัย ขณะเดียวกันผู้บริโภคยังตระหนักและให้ความสำคัญกับอาหารการกินมากขึ้น ซึ่งต้องอาศัยการสื่อสารประชาสัมพันธ์สร้างความรู้ ความเข้าใจ และเป็นอีกหนึ่งภารกิจที่ภาคีควรให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องควบคู่ไปด้วย
- **การส่งเสริมการประกอบธุรกิจ :** นับเป็นปัจจัยสำคัญหลังจากการพัฒนาด้านการผลิต การสร้างช่องทางรองรับสินค้า พัฒนาด้านการตลาด ขั้นตอนต่อไปคือการพัฒนาทักษะการประกอบการ เพื่อมุ่งสู่การเป็นผู้ประกอบการสีเขียวหรือผู้ประกอบการสังคม อันเป็นสิ่งที่ภาคีได้ดำเนินการไปในแนวทางนี้ เพื่อทำให้เกิดการดำเนินธุรกิจในแนวทางต่างๆ ขึ้นอยู่กับบุคลิกขององค์กร หรือชุมชนหน่วยงานนั้นๆ การส่งเสริมให้เกิดการประกอบการ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เกิดระบบอาหารที่ยั่งยืนในพื้นที่ได้
- **การผลักดันระดับนโยบาย :** การทำงานด้านนโยบายของภาคี ถือเป็นเป้าประสงค์ที่ภาคีส่วนใหญ่ตระหนักถึงความสำคัญ ด้วยเห็นว่าจะช่วยให้เกิดการขยายผลการขับเคลื่อนงานให้สัมฤทธิ์ผลอย่างเต็มที่ โดยอาศัยตัวแบบในพื้นที่เป็นโมเดลเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงสู่ระดับต่างๆ ตั้งแต่ นโยบายระดับองค์กร นโยบายระดับท้องถิ่น นโยบายระดับจังหวัด นโยบายระดับประเทศ อาทิ การขับเคลื่อนให้เกิดการแบนสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การผลักดันนโยบายส่งเสริมเกษตรอินทรีย์ การเพิ่มพื้นที่เกษตรยั่งยืน ๕ ล้านไร่ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ มาตรการกำกับดูแลผักและผลไม้สดปลอดภัยในห่วงโซ่อาหาร ผลักดันให้เกิดระบบการดูแลความปลอดภัยของผักผลไม้ผ่านระบบห้างค้าปลีก ตลาดค้าส่ง และแหล่งรับซื้อชุมชนผ่านแหล่งรวบรวมโรงคัดบรรจุและแหล่งจัดจำหน่าย เพื่อสามารถตรวจสอบย้อนกลับเพื่อเพิ่มความมั่นใจแก่ผู้บริโภค นโยบายในระดับพื้นที่และองค์กรเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนเกษตรอินทรีย์ในพื้นที่ซึ่งทำให้เกิดบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่าง ๔๐ หน่วยงาน โดยเครือข่ายสามพรานโมเดล เป็นต้น



- **ด้านอาหารปลอดภัย และโภชนาการสมัย :** การทำงานกลางน้ำเพื่อสร้างช่องทางเชื่อมโยงอาหารปลอดภัยถึงผู้บริโภคในรูปแบบต่างๆ แม้ว่าปัจจุบันกระแสสุขภาพจะส่งผลให้ผู้บริโภคมีความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของอาหารปลอดภัยแต่อย่างไรก็ดีพบว่าผู้บริโภคยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเรื่องคุณภาพของพืชผักผลไม้ ดังนั้นการทำงานกับผู้บริโภคจึงเป็นสิ่งที่ภาคีให้ความสำคัญด้วยเช่นกัน อาทิ การให้ความรู้กับผู้บริโภค เน้นการปลูกจิตสำนึก สร้างความตระหนักสนับสนุนให้ใช้วัตถุดิบที่ปลอดภัย/อินทรีย์ ตามด้วยให้ความรู้ด้านสุขอนามัยด้านโภชนาการต่างๆ การส่งเสริมและสนับสนุนผู้ประกอบการ ศูนย์อาหารปลอดภัย ร้านอาหารผู้ประกอบการ ให้เลือกใช้วัตถุดิบที่มาจากการผลิตที่ปลอดภัย ส่งเสริมระบบการจัดการหลังการเก็บเกี่ยว สร้างมาตรฐานอาหารปลอดภัย และการพัฒนาข้อมูลวิชาการ องค์กรความรู้ และงานวิจัยเพื่อการพัฒนา

๒. ด้านอาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาวะ

จากรายงานการจัดการความรู้การดำเนินงานด้านอาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาวะ ปี ๒๕๖๑ โดยสมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ซึ่งภาคีเครือข่ายแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ มีการดำเนินงานสอดคล้องตามกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย โดยคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ แผนยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปีของ สสส. และแผนยุทธศาสตร์การจัดการภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๒ เกิดข้อสรุปการดำเนินงาน ดังนี้

- **องค์ความรู้ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของภาคีด้านโภชนาการ** แบ่งออกเป็น ๕ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มนมแม่และโภชนาการแม่และเด็ก กลุ่มโภชนาการในโรงเรียน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มลดบริโภคหวานและลดบริโภคเค็ม และกลุ่มนโยบายและทั่วไป และจัดความรู้เป็น ๓ ประเภท ได้แก่ รูปแบบ/ต้นแบบ ชุดความรู้ และสื่อ/การรณรงค์
- **องค์ความรู้ด้านบริหารจัดการ ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ** ได้แก่ ประสบการณ์ของแกนนำจุดเริ่มต้นได้จากข้อเสนอ/ปัญหาระดับชาติหรือจากปัญหาของชุมชน ตั้งเป้าหมายชัดเจน เริ่มทำงานจากเล็ก ทดลอง ตกผลึก จึงขยายผล ต้องอ้างอิงงานวิชาการและใช้ข้อมูลจริง สื่อสารง่าย และชัดเจน การทำงานร่วมกับเครือข่ายต้องทำเป็นแนวทางหรือข้อเสนอ ชี้ให้เห็นประโยชน์ที่เครือข่ายจะได้รับ สำหรับภาคีในระบบราชการ ควรชี้ให้เห็นว่าสอดคล้องกับแนวทางประเทศ ส่วนภาคีภาคประชาชน เน้นการทำงานให้เกิดผลงานเป็นที่ประจักษ์ แล้วจะได้รับความเชื่อใจจากชาวบ้านและภาครัฐ
- **องค์ความรู้ในการขับเคลื่อนนโยบาย** ในระยะที่ผ่านมา มีนโยบาย มาตรการและยุทธศาสตร์ที่ขับเคลื่อนได้สำเร็จกว่า ๑๕ เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จประกอบด้วย ผู้นำขับเคลื่อนที่มุ่งมั่นมีจิตสาธารณะและสามารถหาเครือข่ายร่วมขับเคลื่อน กระบวนการขับเคลื่อนเชื่อมโยง ๓ ส่วน คือ (๑) ข้อมูลหลักฐานงานวิจัยที่ชัดเจน ทันสถานการณ์ รอบด้าน พร้อมที่จะตอบสนองเมื่อมีจังหวะ (๒) เครือข่ายที่หลากหลายทุกระดับทั้งส่วนกลางและพื้นที่และจากทุกภาคส่วน (๓) บริบททางนโยบาย ต้องทำงานร่วมกับผู้รับผิดชอบหลัก มองหาโอกาสที่หน้าต่างเปิด และพร้อมต่อรองให้ได้ประโยชน์ทั้งสองฝ่าย



- **ผลสำเร็จของโครงการต่อเป้าหมายด้านอาหารและโภชนาการของ สสส.** พบว่าโรงเรียนในโครงการมีความชุกของเด็กเริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ ๘.๖๖ ต่ำกว่าเป้าหมายของ สสส. (น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๒) ตั้งแต่เริ่มโครงการในปี ๒๕๕๘ ความชุกอยู่ระหว่างร้อยละ ๙.๕ - ๙.๙๑ ตลอดโครงการ ส่วนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีความชุกของเด็กเริ่มอ้วนและอ้วนลดลงตลอดโครงการ แต่มีเด็กผอมเพิ่มขึ้น สำหรับเป้าหมาย “เพิ่มการบริโภคผักผลไม้ อย่างพอเพียง ๔๐๐ กรัมต่อวัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐” นั้น พบว่า ปริมาณการบริโภคผักผลไม้ในโครงการของภาคีสูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้
- **ผลการวิเคราะห์จุดแข็ง ข้อจำกัด โอกาส และภัยคุกคาม** พบว่า สสส. มีจุดแข็งที่เป็นองค์การนำด้านสร้างเสริมสุขภาพ มีทุนสนับสนุน ขำนาญในการสื่อสาร และมีภาคียุทธศาสตร์ที่เข้มแข็ง แต่ยังมีข้อจำกัดที่ระบบบริหารจัดการและการเชื่อมโยงกับหน่วยงานหลักเพื่อขยายผลงานในวงกว้าง การเพิ่มขึ้นของปัญหา NCDs อย่างต่อเนื่อง ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ทำให้ผลิตภัณฑ์อาหารเสี่ยงสุขภาพปรับรูปแบบและเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมทั้งมีกลยุทธ์ทางการตลาดที่รุนแรงซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการทำงานของแผนฯ

การขับเคลื่อนของภาคีแผนอาหารเพื่อสุขภาพะ สะท้อนให้เห็นถึงการทำงานในหลายมิติ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบอาหารในปัจจุบัน โดยต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน อันพอจะสรุปได้ว่าเป็นการทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้คน องค์ความรู้ การตลาด และการสื่อสาร ดังนั้นการจะผลักดันให้เกิดการบริโภคผักผลไม้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดสำคัญของ สสส. จึงไม่สามารถมุ่งตรงเป้าประสงค์อย่างโดดเดี่ยว แต่ต้องมีการทำงาน อย่างเป็นระบบเพื่อสร้างปัจจัยแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการบริโภคด้วย ซึ่งการทำงานตลอดห่วงโซ่อาหาร ยังมีรายละเอียดปลีกย่อย ความยากง่าย ปัญหาและอุปสรรค ข้อจำกัดในแต่ละพื้นที่ แต่ละบริบทอีกด้วย การสนับสนุนการขับเคลื่อนในระยะเวลายาวนาน อาจส่งผลกระทบต่อทั้งในด้านของความต่อเนื่อง การวางแผนระยะยาว และเป้าหมายที่ต้องใช้เวลาในการดำเนินงานพอสมควร การวางแผนการทำงานให้เหมาะสมสอดคล้องกับปัจจัยรอบด้านที่หลากหลาย จึงยังคงเป็นสิ่งที่ท้าทายของภาคีและ สสส. ว่าจะมีการร่วมมือการทำงานอย่างไรให้เหมาะสมสอดคล้อง สามารถเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงได้เป็นผลสำเร็จในอนาคต



จุดเน้นของแผน

จุดเน้นของแผนอาหารเพื่อสุขภาพะ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ยังคงสอดคล้องกับทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปีของ สสส. ที่มุ่งเน้นให้ “ทุกคนบนแผ่นดินไทย มีขีดความสามารถ สังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพะ” แต่ด้วยการวิเคราะห์สถานการณ์อาหารร่วมกับภาคีเครือข่าย และปี ๒๕๖๔ นับเป็นปีสิ้นสุดตามทิศทางเป้าหมายและยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปีดังกล่าว ทำให้พบจุดแข็ง ข้อจำกัดโอกาส และปัจจัยท้าทายใหม่ๆ แผนการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๔ จึงเน้นเร่งรัดการดำเนินการต่อยอดจุดเน้นของแผนในปีที่ผ่านมา สรุปปัจจัยความสำเร็จ และประเมินผลการดำเนินงานเพื่อการขยายผลให้เกิดระบบอาหารเพื่อสุขภาพะที่ยั่งยืน โดยจัดลำดับความสำคัญได้ดังนี้

(๑) สนับสนุนและขับเคลื่อนนโยบายอาหารเพื่อสุขภาพะ (Food Policy Advocacy) โดยมุ่งเน้นขับเคลื่อน บังคับใช้ และประเมินผลนโยบายที่สนับสนุนให้เกิดอาหารเพื่อสุขภาพะ ที่ส่งผลต่อการปรับปรุงเชิงโครงสร้างทั้งการควบคุมและส่งเสริมปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารที่ส่งผลต่อสุขภาพะ ยกระดับบูรณาการ

ความสำเร็จทั้งด้านการผลิต การตลาด และนวัตกรรมการบริโภค ให้เกิดการขยายผล โดยให้ความสำคัญกับ ข้อมูลวิชาการ การศึกษาวิจัย และการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ เพื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนาและ ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านอาหารเพื่อสุขภาวะ รวมทั้งสนับสนุนให้ประชาชนเกิดความตระหนักถึง สิทธิความเป็นพลเมืองอาหารได้มีส่วนร่วมขับเคลื่อนทั้งในด้านความมั่นคงทางอาหาร อาหารปลอดภัย และ โภชนาการ

(๒) สร้างความต้องการบริโภคอาหารสุภาพเพื่อกระตุ้นระบบเศรษฐกิจชุมชน (Food Economy) โดย มุ่งสร้างความรอบรู้เรื่องการบริโภคอาหารเพื่อสุภาพ (Food Literacy) ในประเด็นความมั่นคงทางอาหาร อาหารปลอดภัย และพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมทางด้านโภชนาการ ให้เกิดเป็นค่านิยม และจิตสำนึกที่ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและมีวิถีชีวิตสุภาพ โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้บริโภค ในองค์กร เช่น โรงพยาบาล โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สถานประกอบการ ฯลฯ พร้อมทั้งเชื่อมโยงพืชผัก ผลไม้ปลอดภัยจากภาคีเครือข่ายในพื้นที่ชุมชน เพื่อสร้างปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุภาพ

(๓) การพัฒนาภูมินิเวศวัฒนธรรมระบบอาหาร (Ecological and Cultural Landscape of Food System) โดยมุ่งฟื้นฟูระบบนิเวศ วัฒนธรรมอาหารท้องถิ่น และนวัตกรรมการบริโภค ให้สามารถพึ่งพาตนเอง ด้านอาหาร มีความหลากหลายและสอดคล้องกับบริบททั้งภาคชนบทและเมือง เพื่อนำไปสู่ความมั่นคงทาง อาหาร พร้อมเชื่อมโยงไปกับการบริโภคที่ได้โภชนาการอย่างเหมาะสม

คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในแผนอาหารเพื่อสุภาพ

อาหารเพื่อสุภาพ (Healthy Food & Nutrition) หมายถึง อาหารที่มีคุณลักษณะทางกายภาพและ ส่วนประกอบที่มีคุณค่าทางโภชนาการ และมีความปลอดภัย ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และเป็นอาหารที่ผ่าน กระบวนการผลิตที่คำนึงถึงการหมุนเวียนของทรัพยากรให้เกิดความสมดุลทางธรรมชาติและรักษาความหลาก หลายทางชีววิทยา

ปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุภาพ (Food Environment) หมายถึง คุณลักษณะทางด้านกายภาพ เศรษฐกิจ นโยบาย สังคมวัฒนธรรม การสร้างโอกาสและเงื่อนไข ที่มีผลต่อการเลือกบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม ของประชาชน

การบริโภคผักผลไม้ที่เพียงพอ หมายถึง การบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยและเพียงพอตามคำแนะนำของ องค์กรอนามัยโลก (๔๐๐ กรัมต่อวันหรือ ๕ ส่วนมาตรฐาน)

ต้นแบบ หมายถึง ผลจากการดำเนินงานให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรม ใน ๓ กรณี คือ การจัดการให้เกิดการบริโภคอาหารคุณภาพและโภชนาการ การจัดการให้เกิดอาหารปลอดภัย และการจัดการ ให้เกิดฐานทรัพยากรอาหารที่มั่นคง โดยมีการจัดการที่บูรณาการหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ใช้ยุทธศาสตร์ของ การสร้างความรู้ การสื่อสารขับเคลื่อนสังคม และผลการจัดต้นแบบนโยบาย 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) ที่ร่วมมือกันขับเคลื่อนตลอดห่วงโซ่อาหารเพื่อสุขภาวะ

ภูมิเนเวศวัฒนธรรมระบบอาหาร (Ecological and Cultural Landscape of Food System) หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพทางกายภาพของพื้นที่และวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตของผู้คนในห่วงโซ่อาหาร ซึ่งเป็นแนวคิดที่แสดงให้เห็นถึงความเป็นตัวตน เอกลักษณ์ คุณค่า และความสำคัญของห่วงโซ่อาหารตั้งแต่การผลิต การกระจาย และการบริโภค รวมทั้งด้านสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม

วัตถุประสงค์

๑) พัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายอาหารเพื่อสุขภาวะให้เกิดระบบอาหารเพื่อสุขภาวะให้มีหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงอาหารได้อย่างเพียงพอ และสนับสนุนการออกนโยบาย บังคับใช้หรือประเมินผลนโยบายเพื่อควบคุมหรือส่งเสริมอาหารที่ส่งผลต่อสุขภาพ

๒) สนับสนุนการจัดการองค์ความรู้ พัฒนาวิชาการ การศึกษาวิจัย และการประเมินผลอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้สนับสนุนการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายอาหารเพื่อสุขภาวะ สรุปปัจจัยความสำเร็จ ผลกระทบการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ และยกระดับบูรณาการความสำเร็จให้เกิดการขยายผล

๓) ส่งเสริมการยกระดับพื้นที่หรือองค์กรยุทธศาสตร์ให้ปกป้อง พื้นฟูอาหารท้องถิ่น และพัฒนาวิถีการผลิตอาหารของชุมชน เพื่อความมั่นคงทางอาหาร ปลอดภัย มีคุณค่าทางโภชนาการ เกื้อกูลต่อระบบนิเวศ สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม รวมทั้งมีการจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับพฤติกรรมเพิ่มการบริโภค ผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ ลดอาหารและเครื่องดื่มที่หวาน มัน เค็ม โดยเน้นที่กลุ่มเป้าหมายเด็กวัยเรียน และเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ

๔) สื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และทักษะในการบริโภคอาหารสุขภาพ (Life Skills) และการใช้วิถีชีวิตที่มีสุขภาวะสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย ให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ พร้อมทั้งบริโภค ผักผลไม้ปลอดภัย ลดอาหารและเครื่องดื่มที่หวาน มัน เค็ม

ยุทธศาสตร์

๑) **ศึกษา พัฒนา และขับเคลื่อนนโยบายอาหารเพื่อสุขภาวะ ทั้งในด้านความมั่นคง ปลอดภัย มีคุณค่า โภชนาการ ยั่งยืน และเป็นธรรม** โดยสนับสนุนการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการขับเคลื่อนนโยบายอาหารเพื่อสุขภาวะ ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ทั้งในระดับโลก ประเทศ และท้องถิ่น เพื่อการแก้ไขปัญหาวิกฤตด้านอาหาร และการพึ่งพาตนเองด้านอาหารอย่างยั่งยืน บนพื้นฐานของงานวิชาการที่เป็นระบบ การสรุปบทเรียนความสำเร็จของการขับเคลื่อนแผนอาหารเพื่อสุขภาวะที่ผ่านมา และใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการขยายผลสร้างการเปลี่ยนแปลงในระดับผลลัพธ์สุขภาพของประชาชน



๒) ส่งเสริมพลังพลเมืองอาหารทั้งในระดับประเทศและท้องถิ่น ให้ตระหนักถึงสิทธิและบทบาทหน้าที่ในการขับเคลื่อนสังคมในห่วงโซ่อาหาร เพื่อการปกป้องระบบนิเวศ ฐานทรัพยากรอาหาร ส่งเสริมวัฒนธรรมท้องถิ่น สร้างการผลิตอาหารที่ยั่งยืน

๓) ส่งเสริมให้เกิดช่องทางหรือกลไกการกระจายอาหารเพื่อสุขภาวะในระดับพื้นที่หรือองค์กรยุทธศาสตร์ในรูปแบบที่หลากหลายและเข้าถึงได้ง่าย เพื่อกระตุ้นระบบเศรษฐกิจชุมชน เพิ่มความต้องการการบริโภคอาหารสุขภาวะ ผักผลไม้ปลอดภัย ลดหวาน มัน เค็ม และมีโภชนาการที่เหมาะสม

๔) สื่อสารสร้างความรอบรู้การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะให้ประชาชนตื่นตัวและเท่าทันต่อสถานการณ์อาหารทั้งความไม่มั่นคง ปลอดภัย และภาวะทุพโภชนาการ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ การมีชีวิตสุขภาวะทั้งในด้านความมั่นคงทางอาหาร ความปลอดภัย และมีคุณค่าทางโภชนาการ เพิ่มการบริโภคผักผลไม้ ลดหวาน มัน เค็ม



ภาพกรอบแนวคิดเชิงยุทธศาสตร์แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ ประจำปี ๒๕๖๔

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

ตัวชี้วัดหลัก

- ๑) เกิดรายงานการติดตามพฤติกรรมกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของประชาชนไทยระดับชาติ เพื่อสนับสนุนการประเมินผลตามเป้าหมายระยะ ๑๐ ปีของ สสส. จำนวน ๑ กรณี รวมทั้งวัดผลที่กลุ่มเป้าหมายภายใต้การสนับสนุนของแผน
- ๒) ลดอัตราชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน ในเด็กวัยเรียน (อายุ ๖ - ๑๔ ปี) ให้น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ โดยวัดผลที่กลุ่มเป้าหมายภายใต้การสนับสนุนของแผน
- ๓) เกิดกลไกการขับเคลื่อนมาตรการ/นโยบาย ที่สนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพ/เพิ่มอัตราการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ/ลดภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนอย่างน้อย ๒ กลไก
- ๔) เกิดพื้นที่ต้นแบบการฟื้นฟูฐานทรัพยากรอาหาร/วัฒนธรรมอาหารในท้องถิ่น ที่มีระบบการผลิต/การกระจาย/การให้บริการอาหาร/การจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารเพื่อสุขภาพ อย่างน้อย ๕๐ แห่ง

ตัวชี้วัดร่วม

- ๕) ร่วมกับแผนระบบสื่อและวิถีชีวิตสุขภาพทางปัญญา ในการสนับสนุนองค์ความรู้และวิทยากรจากภาคีเครือข่ายงานอาหาร เพื่อดำเนินการพัฒนาศักยภาพนักสื่อสารสุขภาพ ให้มีความสามารถสื่อสารเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนแผนอาหารเพื่อสุขภาพ อาทิ การลดการกินหวาน/มัน/เค็ม การเพิ่มการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัย การเสริมสร้างความมั่นคงทางอาหารในพื้นที่ หรือพัฒนานวัตกรรม/สื่อ/ชุดความรู้ ด้านอาหารเพื่อสุขภาพ

ตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

- ๖) ร่วมกับแผนที่เกี่ยวข้องพัฒนานวัตกรรม/ชุดความรู้เพื่อสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ ในการส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารสุขภาพ/การป้องกันและรับมือกับภาวะวิกฤตด้านอาหาร อย่างน้อย ๒ กรณี

แนวทางขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ๓ กลุ่มวัย ๒ ตัวชี้วัดหลัก

แผนฯ ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานตามกลุ่มเป้าหมายหลัก ๓ กลุ่ม คือ ปฐมวัย-วัยเรียน วัยทำงาน และวัยสูงอายุ และออกแบบยุทธศาสตร์เพื่อขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายตามตัวชี้วัดหลัก ๒ เรื่อง คือ การเพิ่มอัตราการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอตามข้อเสนอแนะและการลดภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน โดยมีงานเด่นที่จะดำเนินงาน ได้แก่





	ปฐมวัย-วัยเรียน	วัยทำงาน	วัยผู้สูงอายุ
เพิ่มการกินผักผลไม้	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ขับเคลื่อนนโยบายการจัดซื้อจัดจ้างผักผลไม้ปลอดภัย/อินทรีย์เข้าสู่ครัวโรงเรียน/ศพด. ให้เกิดอาหารกลางวันคุณภาพเพิ่มผักผลไม้ ▪ บูรณาการชุดการเรียนรู้เข้าสู่หน่วยงานหลักในการจัดการเรียนการสอนเพื่อรับมือกับวิกฤตด้านอาหาร/โรคอุบัติใหม่และด้านการบริโภคผักผลไม้ปลอดภัยอย่างเพียงพอของเด็กปฐมวัยและวัยเรียน ▪ สร้างระบบห่วงโซ่ผักผลไม้ปลอดภัยเข้าสู่โรงเรียน/ศพด. ▪ ขยายผลในระดับนโยบายโรงเรียนต้นแบบการจัดการอาหารและโภชนาการ (โรงเรียนเด็กไทยแก้มใส โรงเรียนปลอดภัยน้ำอืดลม ฯลฯ) ▪ ประมวลนวัตกรรมการจัดเมนูอาหารกลางวันสุขภาพเพิ่มผักผลไม้ และใช้วัตถุดิบในท้องถิ่นเพื่อการขยายผล 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านการเพิ่มพื้นที่เกษตรกรรมยั่งยืน และติดตามการบังคับใช้กฎหมายควบคุมสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ▪ สื่อสารความตระหนักรู้ในวิถีการบริโภคอาหารปลอดภัย/อินทรีย์ และขับเคลื่อนพลเมืองอาหาร ▪ ขยายผลต้นแบบแหล่งผลิตจำหน่าย (ตลาดสีเขียวชุมชน) และให้บริการผักผลไม้ปลอดภัยใกล้บ้าน ▪ ส่งเสริมการปลูกผักผลไม้ยืนต้น และเชื่อมโยงผักผลไม้ปลอดภัยเพื่อการบริโภคในครัวเรือน/องค์กร ▪ รณรงค์สื่อสารให้บริโภคผักผลไม้ปลอดภัยในปริมาณที่เพียงพอ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุในการถ่ายทอดภูมิปัญญาอาหารปลอดภัย/วัฒนธรรมอาหาร/การปกป้องฟื้นฟูอาหารท้องถิ่น ▪ เผยแพร่เมนูอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
ลดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ขับเคลื่อนมาตรการ/นโยบายด้านอาหารเพื่อสุขภาพและการควบคุมอาหารที่ส่งผลต่อสุขภาพ ในโรงเรียน/ศพด. ▪ ส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชนในการจัดบริการอาหารในโรงเรียน/ศพด. ที่มีคุณภาพ ▪ เสนอแนะ/ผลักดันมาตรการควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารที่มุ่งเป้าหมายเด็กปฐมวัยและวัยเรียน 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ เร่งรัดการประกาศกฎหมายภาษีสรรพสามิตเพื่อควบคุมผลิตภัณฑ์อาหารที่มีโซเดียมสูงและประเมินผล SSBs Tax ▪ ประเมินผลนโยบายส่งเสริมฉลากสัญลักษณ์ทางเลือกเพื่อสุขภาพเพื่อการขยายผล ▪ ร่วมขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ และ Together Fight NCDs 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ เผยแพร่ความรู้การบริโภคอาหารที่เหมาะสม และการจัดการภาวะอ้วนของผู้สูงอายุ ▪ ส่งเสริมศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุในดูแลสุขภาพลดอ้วนและ NCDs ▪ รณรงค์สื่อสาร Live Healthier

ปฐมวัย-วัยเรียน	วัยทำงาน	วัยผู้สูงอายุ
<ul style="list-style-type: none"> ▪ บูรณาการมาตรการเพื่อการจัดการภาวะอ้วนและเพิ่มกิจกรรมทางกายในโรงเรียน/ศพด. ▪ รณรงค์สื่อสาร Active Play และลดอ้วนเด็กวัยเรียน 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ พัฒนามาตรฐานการจัดประชุม Healthy Meeting ▪ ขยายผลองค์กรต้นแบบที่ดำเนินมาตรการจัดการภาวะอ้วนและส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ▪ รณรงค์สื่อสารลดพุงลดโรค (๒:๑:๑) และ Live Healthier 	

แนวทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ

ยุทธศาสตร์	แนวทางการดำเนินงาน
<p>Food Policy Advocacy (๑) ศึกษา พัฒนา และขับเคลื่อนนโยบายอาหารเพื่อสุขภาวะ</p>	<ol style="list-style-type: none"> ๑. พัฒนาข้อมูลวิชาการ การศึกษาวิจัย และการประเมินผลอย่างเป็นระบบ เพื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนา กำกับ ติดตาม และประเมินผลการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านอาหารเพื่อสุขภาวะ ๒. สนับสนุนงานวิจัยเพื่อติดตามสถานการณ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เพื่อสนับสนุนการประเมินผลตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปีของ สสส. ๓. เสนอแนะ/ผลักดัน และขับเคลื่อนนโยบายที่สนับสนุนให้เกิดอาหารเพื่อสุขภาวะ ที่ส่งผลต่อการปรับปรุงเชิงโครงสร้าง ทั้งการควบคุมและส่งเสริมปัจจัยแวดล้อมด้านอาหาร ที่ส่งผลต่อสุขภาพ เพื่อการแก้ไขปัญหาวิกฤตด้านอาหาร และการพึ่งพาตนเองด้านอาหารอย่างยั่งยืน ๔. ประมวลองค์ความรู้/ถอดบทเรียนเพื่อยกระดับรูปธรรมความสำเร็จ ทั้งด้านการผลิต การตลาด และนวัตกรรม การบริโภค เพื่อใช้ขับเคลื่อนให้การขยายผลไปยังการทำงานในระบบปกติของหน่วยงาน ๕. สื่อสารสาธารณะ และสื่อสารเพื่อสนับสนุนการผลักดันนโยบายสาธารณะ โดยมุ่งเน้นการสร้างตระหนักรู้ และจิตสำนึก สุขภาวะของพลเมืองอาหาร



ยุทธศาสตร์	แนวทางการดำเนินงาน
<p>Food Citizenship (๒) ส่งเสริมพลังพลเมืองอาหารทั้งในระดับประเทศและท้องถิ่น</p>	<p>๖. สร้างความตระหนักรู้ ค่านิยม และจิตสำนึกการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ ในการร่วมปกป้องระบบนิเวศ ฐานทรัพยากรอาหาร ส่งเสริมวัฒนธรรมอาหารท้องถิ่น สร้างการผลิตอาหารที่ยั่งยืน</p> <p>๗. ประสานเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ร่วมขับเคลื่อนและเฝ้าระวัง สถานการณ์ความไม่มั่นคง ไม่ปลอดภัย และภาวะทุพโภชนาการ</p> <p>๘. จัดกระบวนการสังเคราะห์องค์ความรู้ โมเดลความสำเร็จ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคีเครือข่ายทั้งในระดับประเทศ ภูมิภาค และท้องถิ่น เพื่อสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมสนับสนุนการขับเคลื่อนสังคม ให้เกิดระบบห่วงโซ่อาหารเพื่อสุขภาวะ เกิดความมั่นคงทางอาหาร อาหารปลอดภัย มีคุณค่าทางโภชนาการ</p>
<p>Food Economy (๓) ส่งเสริมให้เกิดช่องทางหรือกลไกการกระจายอาหารเพื่อสุขภาวะ เพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจชุมชน</p>	<p>๙. ผลักดันระบบเชื่อมโยงผลผลิตปลอดภัย/อินทรีย์สู่ผู้บริโภคในระดับครัวเรือน และผู้บริโภคเชิงสถาบัน โดยเชื่อมประสานกลไกนโยบายทั้งในระดับพื้นที่และระดับชาติ</p> <p>๑๐. ประมวลนวัตกรรมความสำเร็จเพื่อขยายผลตลาดสีเขียว/ตลาดทางเลือก/ตลาดชุมชน ภายใต้กระบวนการรับรองอย่างมีส่วนร่วม (PGS) ที่ประชาชนเข้าถึงง่าย</p> <p>๑๑. สร้างแรงจูงใจให้ผู้ประกอบการผลิตผลิตภัณฑ์ทางเลือกเพื่อสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็ม ที่ผ่านเกณฑ์การรับรองมาตรฐาน ให้มีผลิตภัณฑ์อาหารที่หลากหลายและเข้าถึงประชาชนเพิ่มขึ้น โดยสนับสนุนการประเมินผลสำเร็จจากการขับเคลื่อนนโยบายที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๑๒. เร่งรัดการปรับปรุงแนวทางการจัดซื้อจัดจ้างผักผลไม้ปลอดภัยเข้าสู่องค์กร ได้แก่ โรงพยาบาล และโรงเรียน เป็นต้น</p> <p>๑๓. พัฒนาและขยายผลมาตรฐานการจัดบริการอาหารเพื่อสุขภาพในองค์กร (อาหารกลางวันในโรงเรียน, Healthy Meeting, อาหารในโรงพยาบาล)</p> <p>๑๔. สนับสนุนเทคโนโลยีและนวัตกรรมการเพิ่มมูลค่าผลผลิตผักผลไม้ปลอดภัย/อินทรีย์ เพื่อเสริมศักยภาพของเกษตรกร ให้สามารถกระจายการเข้าถึงสู่ผู้บริโภคที่หลากหลาย ยั่งยืน และเป็นธรรม</p>



ยุทธศาสตร์	แนวทางการดำเนินงาน
Food Literacy (๔) สื่อสารสร้างความ รอบรู้การบริโภคอาหาร เพื่อสุขภาพ	<p>๑๕. สื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ เกิดความตื่นตัวและเท่าทันต่อสถานการณ์อาหารทั้งความไม่มั่นคง ไม่ปลอดภัย และภาวะทุพโภชนาการ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยน ค่านิยมที่ส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ทั้งในด้านความมั่นคงทางอาหาร ความปลอดภัย และมีคุณค่าทางโภชนาการ เพิ่มการบริโภคผักผลไม้ ลดหวาน มัน เค็ม</p> <p>๑๖. ผลักดันแนวคิดเกษตรในเมือง และการผลิตอาหารเพื่อการพึ่งพาตนเอง ร่วมสร้างระบบอาหารที่ยั่งยืน และความมั่นคงทางอาหารสู่สาธารณะ เพื่อให้เกิดประชาชนที่มีจิตสำนึกสุขภาพ สามารถรับมือกับวิกฤตด้านอาหาร และมีวิถีชีวิตสุขภาพอย่างยั่งยืน</p> <p>๑๗. ถ่ายทอดองค์ความรู้/หลักสูตรการเรียนรู้ ด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมตามช่วงวัย โดยบูรณาการการทำงานร่วมกับแผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว (แผน ๗) แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร (แผน ๘) แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (แผน ๙) แผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุขภาพ (แผน ๑๑) ตลอดจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง</p>



แนวทางการดำเนินงาน และการบูรณาการ

๑) การพัฒนาระบบการสร้างการเรียนรู้ร่วมในทางวิสัยทัศน์/ยุทธศาสตร์ทั้งในระดับส่วนกลางและพื้นที่รูปธรรม ได้แก่ การสร้างกระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์ การออกแบบยุทธศาสตร์ให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์และวัตถุประสงค์ ซึ่งจะต้องเชื่อมประสานทั้งในระดับส่วนกลางและพื้นที่ให้มีความเข้มข้นต่อเนื่อง อันจะเป็นการยกระดับการเรียนรู้และขับเคลื่อนให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น โดยปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานที่ผ่านมาคือ การพัฒนาการเรียนรู้ร่วมของโครงการระหว่างส่วนกลางกับพื้นที่รูปธรรม เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่มีการกระจายประเด็นตามสถานการณ์ทางนโยบายและสถานการณ์ของพื้นที่ การทบทวนกระบวนการสร้างการเรียนรู้จึงจำเป็นอย่างมาก และโดยเฉพาะการวางเป็นยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนที่สอดคล้องไปกับวิกฤตการณ์และความท้าทายใหม่ๆ

๒) การพัฒนาระบบการจัดการความรู้ อันประกอบด้วย การพัฒนาระบบฐานข้อมูล การถอดบทเรียน การสื่อสารข้อมูลทั้งภายในและสู่สาธารณะ การดำเนินการของโครงการ ที่เป็นปัญหาอุปสรรค คือ การเชื่อมประสานกับสถาบันทางวิชาการที่เกาะติดกับประเด็นในการขับเคลื่อนร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากข้อจำกัดของการเป็นบุคลากรของสถาบันวิชาการและเงื่อนไขของการทำงานร่วมกัน ส่งผลให้โครงการต้องค้นหาวិธีการ

ทำงานร่วมกับนักวิชาการที่เหมาะสมและเอื้อประโยชน์ต่อกันทั้งสองฝ่าย รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรเกษตรกรและองค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ในอีกด้านหนึ่ง การมีองค์ความรู้จากการถอดบทเรียนและทำงานเชิงประเด็นมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีชุดความรู้ที่รอบด้าน จึงเป็นโอกาสของการขับเคลื่อนงานในการสร้างความรู้และความตระหนักของคนในสังคมร่วมด้วย โดยใช้ระบบการสื่อสารที่พัฒนาไปเป็นโอกาสให้โครงการสามารถนำใช้เทคโนโลยีต่างๆ ในการทำงานกับสาธารณะได้รวดเร็วและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น เช่น การสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ การพัฒนาแอปพลิเคชันสำเร็จรูปบางโปรแกรม เพื่อเชื่อมโยงการกระจายผลผลิตของเครือข่ายเกษตรกรสู่ผู้บริโภคในกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งโครงการสามารถนำมาปรับใช้กับการขับเคลื่อนทั้งในระดับพื้นที่และส่วนกลาง

๓) การพัฒนากลไกการเชื่อมต่อทางนโยบายทั้งในระดับพื้นที่และส่วนกลาง เนื่องจากภาคยุทธศาสตร์ของแผนอาหารเพื่อสุขภาวะสามารถเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานชุดต่างๆ ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับนโยบายด้านการขับเคลื่อนระบบเกษตรกรรมยั่งยืน คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ คณะกรรมการยุทธศาสตร์จังหวัด ฯลฯ ดังนั้นโอกาสที่สำคัญของแผนงานอาหารเพื่อสุขภาวะ คือ การเชื่อมประสานภาคีต่างๆ ในระดับโครงการและส่วนกลางเข้ามาร่วมกันเป็นกลไกขับเคลื่อนทางนโยบายที่บูรณาการงานเกษตรและอาหารปลอดภัย โดยเฉพาะการทำให้เกิดพื้นที่เกษตรกรรมยั่งยืน ๕ ล้านไร่ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ และยังมีฐานะเป็นกลไกเชิงยุทธศาสตร์ การจัดการความรู้ การหนุนเสริมชุมชนในระดับจังหวัด และระดับภาคได้ ซึ่งส่งผลให้งานของโครงการฯ จะเติบโตได้อย่างก้าวกระโดด

๔) การพัฒนาระบบการประมวลองค์ความรู้ที่มีเป้าหมายชัดเจน ซึ่งพบว่าภาคีแผนงานอาหารเพื่อสุขภาวะมีองค์ความรู้เรื่องเกษตรกรรมยั่งยืน การสร้างความมั่นคงและปลอดภัยอาหารระดับชุมชนหรือภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีความก้าวหน้ามากในการยกระดับคุณภาพชีวิตทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม แต่ในบางกรณีอาจยังต้องใช้เวลาในการพัฒนาความรู้ใหม่ๆ เพื่อให้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งการประมวลองค์ความรู้เพื่อตอบโจทย์ใหม่ๆ ที่กระทบต่อความมั่นคงและความปลอดภัยอาหารในระดับภาคและประเทศให้มีความก้าวหน้ายิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นการสร้างโอกาสในอนาคตที่สามารถพัฒนาไปสู่เป้าหมายการเป็นกลไกให้ความรู้ทางยุทธศาสตร์อาหารเพื่อสุขภาวะของประเทศที่ก้าวหน้าได้

๕) แผนฯ ให้ความสำคัญกับแนวทางบูรณาการ ตามกรอบนโยบายการจัดทำแผนหลักของ สสส. และตามทิศทางที่กรมการบริหารแผน คณะที่ ๕ ให้นั้นเรื่องการขับเคลื่อนงานภายใต้มิติของสุขภาวะแบบองค์รวมและการเรียนรู้ตลอดชีวิต แผนฯ จึงได้กำหนดแนวทางการบูรณาการการทำงานร่วมกัน โดยมุ่งเน้นบูรณาการทำงานระหว่างภาคีเครือข่ายภายในแผนฯ เพื่อหนุนเสริมการทำงานร่วมกัน และบูรณาการการทำงานร่วมกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย นอกจากนี้ยังนำความรู้ไปใช้ขยายผลกับแผนต่างๆ เช่น แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว (แผน ๗) แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร (แผน ๘) แผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ (แผน ๑๑) และพัฒนางานสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ พร้อมทั้งสื่อสารผ่านช่องทางในรูปแบบต่างๆ โดยเฉพาะช่องทางออนไลน์ เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในยุคปัจจุบัน และขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้กว้างขวางขึ้น



กลุ่มแผนงาน

ประกอบด้วย ๒ กลุ่มแผนงานที่คณะกรรมการกองทุน มีมติให้ดำเนินการ ได้แก่

๑. กลุ่มแผนงานอาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาวะ
๒. กลุ่มแผนงานความมั่นคงและความปลอดภัยในระบบอาหาร

มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานอาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาวะ

ครอบคลุมแผนงาน/โครงการที่ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนค่านิยมและพฤติกรรมของผู้บริโภค อาหารสุขภาพที่ครอบคลุมกลุ่มวัย เริ่มตั้งแต่การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อาหารตามช่วงวัย เพิ่มอัตราการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ ลดหวาน มัน เค็ม การจัดการคุณภาพอาหารให้ได้โภชนาการในโรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และองค์กร การสื่อสารรณรงค์เพื่อปรับค่านิยมและพฤติกรรม ฯลฯ

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

๑. สนับสนุนการรวบรวมและจัดการองค์ความรู้ วิเคราะห์ สังเคราะห์ งานวิจัยและพัฒนา รวมทั้งการจัดแหล่งเรียนรู้ในพื้นที่และองค์กร เพื่อให้เกิดการนำองค์ความรู้และงานวิชาการไปเป็นฐานพัฒนายุทธศาสตร์ ขับเคลื่อนมาตรการและนโยบาย และการรณรงค์สร้างค่านิยมในสังคม
๒. พัฒนายุทธศาสตร์เพื่อส่งเสริมการบริโภคอาหารสุขภาพและโภชนาการที่จำแนกตามกลุ่มวัย เพื่อให้เกิดการวางแผนสื่อสารสังคมและขับเคลื่อนรณรงค์ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย โดยจะเน้นที่กลุ่มปฐมวัย-เด็กวัยเรียนเป็นสำคัญ รวมทั้งเพิ่มการทำงานกับกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มขาดโอกาสให้มากขึ้น
๓. จัดกลไกแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย ให้ครอบคลุมระบบการผลิต-การกระจาย (การจำหน่ายและบริการ)-การบริโภคอาหารสุขภาพและโภชนาการ รวมถึงยุทธศาสตร์การส่งเสริมการจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และอาหารสุขภาพที่ลดหวาน มัน เค็ม ในโรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงพยาบาล สถานที่ราชการ สถานประกอบการ สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้เกิดการขยายต้นแบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพเข้าไปสู่การทำงานของหน่วยงานประจำตามระบบปกติ ตลอดจนเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเรื่องการบริโภคที่สอดคล้องกับพฤติกรรมภารกิจกรมทางกาย การขับเคลื่อนนโยบายที่เอื้อต่อการส่งเสริมอาหารและโภชนาการที่มีคุณภาพเหมาะสมทุกช่วงวัย โดยเน้นกลุ่มวัยเด็ก-วัยเรียน พร้อมสนับสนุนให้มีการบริโภคอาหารตามวัตถุประสงค์และวัฒนธรรมของท้องถิ่น
๔. ร่วมกับแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา กลุ่มสนับสนุนงานสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม ฝ่ายสื่อสารองค์กร และศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ วางแผนสื่อสารรณรงค์ให้เข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ และสร้างค่านิยมพฤติกรรมบริโภคอาหารคุณภาพและโภชนาการ เพิ่มการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ ลดอาหารหวาน มัน เค็ม



ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตลอดจนการสร้างทักษะชีวิตให้แก่ครอบครัวและชุมชน ในการเลือกบริโภคอาหารสุขภาพ การรู้เท่าทันการตลาดอาหาร รวมทั้งการสร้างช่องทางสื่อสาร และช่องทางการตลาดเพื่อเชื่อมโยงระหว่างเกษตรกรผู้ผลิต ตลาด และผู้บริโภค

๕. ส่งเสริมความร่วมมือกับภาคผู้ผลิตให้เกิดต้นแบบและการขยายต้นแบบของอาหารสุขภาพและ โภชนาการที่เหมาะสมให้แพร่หลายและเข้าถึงผู้บริโภค
๖. ร่วมขับเคลื่อนให้เกิดผลลัพธ์ตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการจัดการปัญหาภาวะ น้ำหนักเกินและโรคอ้วน และการจัดการอาหารกลางวันในโรงเรียนให้สอดคล้องกับเป้าหมาย ของแผนยุทธศาสตร์อาหารแห่งชาติ รวมทั้งผลักดันให้เกิดมาตรการหรือนโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวกับการลดอัตราชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เช่น มาตรการจัดการอาหารและ เฝาระวังภาวะโภชนาการในโรงเรียนและบริเวณโดยรอบ มาตรการฉลากสัญลักษณ์อย่างง่าย มาตรการลดการบริโภคหวาน มัน เค็ม มาตรการควบคุมการโฆษณาและการตลาด ฯลฯ
๗. บูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการ เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (แอลกอฮอล์ บุหรี่ กิจกรรมทางกาย อาหาร และมลพิษทางอากาศ) เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)

แผนงาน/โครงการหลัก

ประกอบด้วย โครงการสานพลังนมแม่ยั่งยืน เพื่อสร้างเสริมสุขภาพเด็กไทยสู่ศตวรรษที่ ๒๑ โครงการ เครือข่ายความรู้ด้านอาหารและเครื่องดื่ม (Food Literacy) เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาล ที่เหมาะสม โครงการขับเคลื่อนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในประเทศไทย แผนงานโรคไม่ติดต่อ ภายใต้ยุทธศาสตร์ ความร่วมมือของประเทศไทยภายใต้กรอบองค์การอนามัยโลกประจำปี ค.ศ. ๒๐๑๗ - ๒๐๒๑ (WHO-RTG CCS on NCDs) โครงการเพิ่มช่องทางแหล่งเรียนรู้สร้างเสริมสุขภาพด้วยอาหารและการออกกำลังกายเพื่อเด็กไทย ดูดี ๔.๐ โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งของนโยบายอาหารและโภชนาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โครงการ ขับเคลื่อนนโยบายอาหารโภชนาการและสุขภาพเด็กวัยเรียน โครงการขับเคลื่อนและประเมินผลสัญลักษณ์ โภชนาการอย่างง่ายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของคนไทย โครงการพัฒนาเครือข่ายผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีด้วย ผักผลไม้ปลอดภัยและการออกกำลังกาย ฯลฯ

๒. กลุ่มแผนงานความมั่นคงทางอาหารและความปลอดภัยในระบบอาหาร

ครอบคลุมแผนงาน/โครงการที่ส่งเสริมการเชื่อมโยงตลอดห่วงโซ่ของระบบอาหาร ตั้งแต่การผลิต การกระจาย และการบริโภค โดยเน้นที่ความมั่นคงทางอาหารของครอบครัวและชุมชน มีความหลากหลายทาง พันธุกรรม มีความสัมพันธ์ของผู้ผลิตกับผู้บริโภค พัฒนาระบบรับรองมาตรฐานความปลอดภัยของผักผลไม้ ตลาดสีเขียว ตลาดชุมชน ส่งเสริมกิจการเพื่อสังคม ระบบเกษตรกรรมยั่งยืน ฯลฯ

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

๑. สนับสนุนการรวบรวมและจัดการองค์ความรู้ วิเคราะห์ สังเคราะห์ งานวิจัยและพัฒนา และ การจัดทำฐานข้อมูล เพื่อให้เกิดการนำองค์ความรู้และงานวิชาการไปเป็นฐานพัฒนาวิทยาศาสตร์ ขับเคลื่อนมาตรการ/นโยบาย และธรรมาภิบาลสร้างค่านิยมในสังคม รวมทั้งขับเคลื่อนงานให้สอดคล้อง ไปกับวิฤตการณ์และความท้าทายใหม่ๆ

๒. พัฒนายุทธศาสตร์และจัดกลไกแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย ให้ครอบคลุมตลอดห่วงโซ่ ตั้งแต่ระบบการผลิต-การกระจาย/ตลาด-การบริโภค การเสริมสร้าง พื้นฟู ขยายฐานทรัพยากรอาหารและความหลากหลายทางชีวภาพ ส่งเสริมระบบการผลิตที่ปลอดภัยและยั่งยืน โดยมุ่งเน้น การปลูกและบริโภคผักผลไม้ยืนต้น สนับสนุนระบบการตรวจสอบรับรองคุณภาพความปลอดภัยของผักผลไม้ที่ได้มาตรฐานเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้บริโภค สนับสนุนความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลระหว่างผู้ผลิตและผู้บริโภค การเชื่อมโยงผลผลิตสู่ตลาด อาทิ ตลาดชุมชน ตลาดสีเขียว ฯลฯ การพัฒนาปัจจัยต่างๆ ที่จะนำไปสู่ความเข้มแข็งของระบบอาหารที่ยั่งยืน การสร้างความตระหนักของสังคมในคุณค่าของวิถีการผลิตที่มั่นคงและยั่งยืน รวมถึงมาตรการที่ส่งผลต่อการควบคุม การเข้าถึงอาหารไม่ปลอดภัยของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มปฐมวัย-วัยเรียน
๓. ผลักดันการขยายต้นแบบและศูนย์เรียนรู้ของการจัดการพื้นที่และชุมชนที่มีระบบการผลิตและการกระจายอาหารที่ยั่งยืน และการขยายต้นแบบด้านการจัดบริการอาหารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเข้าไปสู่การทำงานของหน่วยงานประจำตามระบบปกติ โดยให้ความสำคัญกับพื้นที่เกษตรยั่งยืน/เกษตรผสมผสานในชุมชนเมือง และชุมชนแออัดเมือง เป็นลำดับต้น
๔. แสวงหาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายภาคธุรกิจเพื่อสังคม ผู้ประกอบการรุ่นใหม่ กลุ่ม Startup เพื่อขยายโอกาสของการพัฒนาระบบการจัดการ การตลาดและการกระจาย ผลผลิตและอาหารที่ปลอดภัยสู่ผู้บริโภค ให้เกิดเป็นระบบนิเวศอาหารที่ยั่งยืน
๕. ส่งเสริมการปลูกผักในครัวเรือน สวนผักคนเมือง สวนผักในองค์กร เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางอาหาร โดยมุ่งเน้นผักผลไม้ยืนต้น สื่อสารความรู้และเครื่องมือให้แพร่หลาย ผู้บริโภคเข้าถึงได้ง่าย และเกิดเป็นกระแสค่านิยมใหม่ในสังคม
๖. ร่วมขับเคลื่อนให้เกิดผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์อาหารแห่งชาติ และมติสมัชชาปฏิรูปว่าด้วยการจัดการทรัพยากรในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงของฐานทรัพยากรอาหาร การควบคุมสารเคมีที่ไม่ปลอดภัยทางการเกษตร การขับเคลื่อนงานเกษตรอินทรีย์ในเรื่องศูนย์วิจัยสินค้าอินทรีย์ รวมทั้งการขับเคลื่อนให้เกิดนโยบายระดับชาติเพื่อส่งเสริมและขยายผลระบบเกษตรกรรมและอาหารที่ยั่งยืนในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒

แผนงาน/โครงการหลัก

ประกอบด้วย โครงการฟื้นฟูผักยืนต้นและผลไม้พื้นเมือง เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะของเด็กและความมั่นคงทางอาหารของชุมชน โครงการพัฒนาความรู้และปฏิบัติการขับเคลื่อนระบบเกษตรกรรมยั่งยืนและอาหารปลอดภัย เพื่อสุขภาวะ โครงการพัฒนาความมั่นคงทางอาหารและส่งเสริมโภชนาการ เพื่อสร้างสุขภาวะที่ดีในชุมชนชาติพันธุ์และชนเผ่าพื้นเมือง โครงการพัฒนาระบบอาหารอินทรีย์สู่ผู้บริโภคแบบมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาวะที่ดีแก่ผู้บริโภคในจังหวัดนครปฐม พื้นที่ใกล้เคียง และภาคีขยายผล(ภาคเหนือ ภาคอีสาน ภาคกลาง) โครงการสวนผักคนเมือง : พัฒนาแหล่งผลิตอาหารและแหล่งกระจายอาหารในเมืองสู่การบริโภคผักผลไม้อินทรีย์เพื่อส่งเสริมวิถีสุขภาวะของคนเมือง โครงการปฏิรูปการควบคุมสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เพื่อสุขภาวะของประชาชน โครงการเสริมความรู้เรื่องอาหาร เพิ่มการบริโภคผักผลไม้ปลอดภัยเพื่อสุขภาพ ในกลุ่มวัยทำงาน โครงการพัฒนา



ศักยภาพชานา ผู้การเป็นแหล่งผลิตอาหารปลอดภัยของผู้บริโภค เพื่อวิถีสุขภาวะ โครงการพัฒนาเครือข่าย ผู้บริโภคอาหารปลอดภัย สร้างความรู้เท่าทันทางสุขภาพ และส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และช่องทางออนไลน์ พัฒนายุทธศาสตร์การบูรณาการแผนอาหารและพื้นที่สร้างเสริมสุขภาวะเพื่อการ ขยายผล ฯลฯ

ภาคีที่เข้าร่วมการดำเนินงาน

ภาคีด้านนโยบาย ที่เกี่ยวข้องกับระบบอาหารเพื่อสุขภาวะในทุกมิติ อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวง เกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงการคลัง กระทรวงพาณิชย์ กระทรวง วัฒนธรรม กระทรวงมหาดไทย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ สำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฯลฯ

ภาคีด้านวิชาการ อาทิ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สถาบันโภชนาการ สถาบันวิจัย ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพ รัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี สถาบันจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ศูนย์เทคโนโลยี อิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ สำนักงานผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย สถาบันวิจัย เพื่อการพัฒนาประเทศไทย สถาบันวิชาการและสถาบันการศึกษาด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านอาหารและ โภชนาการ ด้านการเกษตรและฐานทรัพยากรอาหาร ด้านการตลาดอาหารสุขภาพ ฯลฯ

ภาคีด้านการขับเคลื่อนสังคม อาทิ เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน เครือข่ายลด เค็ม เครือข่ายลดบริโภคมัน เครือข่ายคนไทยไร้พุง เครือข่ายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เครือข่ายสมัชชา สุขภาพด้านอาหาร-โภชนาการและคุ้มครองผู้บริโภค เครือข่ายพลเมืองอาหาร เครือข่ายความมั่นคงทางอาหาร ชุมชนชาติพันธุ์ เครือข่ายสมัชชาปฏิรูปด้านการจัดการทรัพยากร เครือข่ายสื่อสารสุขภาวะ เครือข่ายเด็กไทย แก้มใส เครือข่ายตลาดสีเขียว เครือข่ายเกษตรอินทรีย์ เครือข่ายกรีนเนอร์รี่ ฯลฯ

ภาคีภาคธุรกิจเพื่อสังคม อาทิ สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย สำนักงานกิจการเพื่อสังคม ผู้ประกอบการ ธุรกิจเพื่อสังคม ผู้ประกอบการรุ่นใหม่ Startup ฯลฯ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานอาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาวะ	๔๓
๒. กลุ่มแผนงานความมั่นคงและความปลอดภัยในระบบอาหาร	๘๖
๓. การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	๑
รวม	๑๓๐

แผนสร้างเสริม ความเข้าใจสุขภาพ

๑๕

สถานการณ์

ด้านสถานการณ์ภาระโรคและผลกระทบจากโรคอุบัติใหม่

สถานการณ์กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทย ซึ่งมีปัจจัยมาจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม และมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น การขยายตัวของสังคมเมือง กลยุทธ์การตลาด ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตของประชาชน ทำให้ประชาชนมีแนวโน้มป่วยด้วยโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก^{๑๖๖} พบว่า ในปี ๒๕๕๙ ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สูงถึง ๓๙๙,๑๐๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๔ จากอัตราการเสียชีวิตทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าอัตราทั่วโลกที่เสียชีวิตจากโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ร้อยละ ๗๑ โดยผู้เสียชีวิตมีอายุเฉลี่ยในวัย ๓๐ - ๗๐ ปี

จากข้อมูลรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พบว่า สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่ของคนไทย^{๑๖๗} มาจากโรคไม่ติดต่อ โดยหากจำแนกสาเหตุการเสียชีวิตในเพศชายพบว่า อันดับ ๑ เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด ร้อยละ ๑๑ รองลงคือ โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ ๗.๘ อุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ ๗.๔ โรคมะเร็งตับ ร้อยละ ๖.๕ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ ๖

ส่วนเพศหญิง อันดับ ๑ มาจากโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ ๑๔.๖ ตามด้วยโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือด มีสัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ ๘.๘ ไตอักเสบและไตพิการ ร้อยละ ๔ และโรคมะเร็งตับ ร้อยละ ๓.๗

๕ พฤติกรรมเสี่ยง ส่งผลให้เกิด ๕ โรคยอดฮิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

องค์การอนามัยโลกชี้ว่า ๕ พฤติกรรมเสี่ยงอัน ได้แก่ พฤติกรรมการกิน การสูบบุหรี่ มลพิษภาวะทางอากาศ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมเนือยนิ่ง ส่งผลต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ๕ โรคอันดับต้น ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจ เบาหวาน และภาวะสุขภาพจิต พฤติกรรมการกินและการใช้ชีวิตจึงมีผลอย่างมากต่อการเกิดภาระโรค

^{๑๖๖} WHO NCD Country Profile 2018

^{๑๖๗} รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๗, มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ จัดพิมพ์ปี ๒๕๖๐

ผู้ป่วยโรค NCDs มีความเสี่ยงต่อความรุนแรงจากโรคอุบัติใหม่ถึง ๕ เท่า

นับตั้งแต่ต้นปี ๒๕๖๓ ประเทศไทยต้องเผชิญกับ **โรคโควิด-๑๙** ซึ่งเป็นโรคระบาดที่มีจุดเริ่มต้นจากเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน และกระจายไปหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย **โรคโควิด-๑๙** เกิดจากเชื้อไวรัสที่สามารถก่อให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจ อันเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเจ็บป่วยต่างๆ ตั้งแต่โรคหวัดธรรมดา จนถึงปอดอักเสบและเกิดความเจ็บป่วยอย่างรุนแรง จนเสียชีวิตได้ โดยผลการวิเคราะห์หรือกิมานจากกรณีผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-๑๙^{๑๖๔} จำนวน ๔๔,๐๐๐ รายในประเทศจีนพบว่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีปัญหาด้านหัวใจและทางเดินหายใจ มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าคนทั่วไปอย่างน้อย ๕ เท่า

นอกจากนี้ ภาวะสุขภาพจิต ถือเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่น่าจับตา โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานและเยาวชน ซึ่งเป็นผลพวงจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ จากรายงานภาวะสังคมไทยไตรมาสหนึ่งปี ๒๕๖๓ โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๓ พบว่าอัตราการว่างงานเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๑.๐๓ มีผู้ว่างงานเกือบ ๔ แสนคน และเสี่ยงถูกเลิกจ้างอีก ๘.๔ ล้านคน ขณะที่นักศึกษาจบใหม่ที่จะเข้าสู่ตลาดแรงงาน ๕.๒ แสนคนอาจไม่มีงานทำ

สอดคล้องกับข้อมูลขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ไอแอลโอ) ได้แสดงความกังวลต่อคนรุ่นใหม่ในช่วงอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี ซึ่งคาดว่าจะได้รับผลกระทบจากการระบาดของโควิด-๑๙ ในแง่ของการทำงานและการพัฒนาตัวเองมากกว่าคนรุ่นอื่น โดยไอแอลโอเรียกคนรุ่นใหม่ที่เกิดหรือเรียนจบและกำลังเริ่มต้นการทำงานในช่วงที่เกิดการระบาดของโควิด-๑๙ ว่า “คนรุ่นล็อกดาวน์” (lockdown generation) ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลและสนับสนุนจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง คนรุ่นนี้อาจกลายเป็น “รุ่นที่สาบสูญ” จากตลาดแรงงานอย่างถาวร เนื่องจากถูกผลกระทบหลัก คือ การถูกเลิกจ้าง การเรียน การฝึกงานและการอบรมพัฒนาศักยภาพพนักงาน ที่หยุดชะงัก รวมถึงความยากในการสมัครงานหรือเปลี่ยนงาน

ด้านพฤติกรรมการเรียนรู้ของประชาชนที่เปลี่ยนไปจากเดิม

จากการระบาดของโรคโควิด-๑๙ ส่งผลให้พฤติกรรมของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป โดยใช้ช่องทางออนไลน์เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันมากยิ่งขึ้น โดยบริษัท เดอะนิลเส็นคอมปะนี (ประเทศไทย) จำกัด ได้วิเคราะห์ถึงพฤติกรรมของผู้บริโภคที่จะกลายเป็นชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) พบว่า

- ๑) ผู้บริโภคคุ้นชินกับสื่อดิจิทัลมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เทคโนโลยีใหม่ๆ โดยเฉพาะเทคโนโลยีความจริงเสมือน (Virtual Reality : VR) และเทคโนโลยีความจริงเสริม (Augmented Reality : AR) ได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้น เพื่อสร้างประสบการณ์ตรงให้กับผู้บริโภค นอกจากนี้ผู้บริโภทยังชอบดาวน์โหลดแอปพลิเคชันเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น ซึ่งพฤติกรรมนี้จะเกิดขึ้นต่อเนื่องต่อไปในอนาคต
- ๒) ผู้บริโภคมีแนวโน้มใช้สื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) เป็นสื่อหลัก จากการระบาดของโรคโควิด-๑๙ ส่งผลให้ผู้บริโภคตรวจสอบข่าวสารเฉลี่ย ๑๒ ครั้ง/สัปดาห์ สื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) และแอปพลิเคชันสนทนา (Chat App) กลายเป็นช่องทางหลักที่ประชาชน ใช้รับข้อมูลข่าวสาร โดยในประเทศไทย มีการรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) สูงถึงร้อยละ ๘๖ รองลงมา เป็นสื่อโทรทัศน์ ร้อยละ ๗๙ จึงเป็นโอกาสของแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพในการสื่อสารกับผู้บริโภคผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) ซึ่งต้องใช้ความคิดสร้างสรรค์ทั้งในเชิงเนื้อหาและช่องทางการสื่อสาร

^{๑๖๔} <https://ourworldindata.org/coronavirus, oxford>

ประเด็นทางสิ่งแวดล้อมที่สังคมให้ความสนใจ

วิกฤตไฟป่าและหมอกควัน^{๑๖๙}

วิกฤตไฟป่าและหมอกควันที่เกิดขึ้นทางภาคเหนือของประเทศไทย เป็นปัญหาซ้ำเติมในหน้าแล้งของทุกปี โดยเฉพาะในช่วงเดือนธันวาคม - เมษายน โดยรายงานของกรมควบคุมมลพิษ ช่วงเดือนมกราคม - มีนาคม ๒๕๖๒ พบปริมาณฝุ่น PM_{2.5} หลายพื้นที่ในภาคเหนือสูงเกินค่ามาตรฐานถึง ๓ เท่า

จากข้อมูล Thaihealth Watch จับตาสถานการณ์สุขภาพคนไทย ในปี ๒๕๖๓ ในประเด็นชีวิตติดฝุ่นอันตราย โดยการเจาะลึกถึงความคิดเห็นของคนบนโลกออนไลน์ต่อบัญหาหมอกควัน พบว่า ผู้คนส่วนใหญ่บนสื่อสังคมออนไลน์มองว่าการเผาป่า นา ไร่ เป็นปัญหาเรื้อรังที่เกิดจากการขาดจิตสำนึก ไม่คำนึงถึงผลกระทบที่จะตามมา โดยต้องการให้ภาครัฐหรือท้องถิ่นควรสื่อสารถึงผลกระทบที่เกิดจากการเผา และเพิ่มบทลงโทษกับผู้ที่ดำเนินการ และมองว่าภาครัฐควรออกมาแก้ปัญหาอย่างจริงจัง อย่างไรก็ตาม จากการระดมความเห็นสังเคราะห์ความรู้ ในประเด็นปัญหาหมอกควันในภาคเหนือ โดยเครือข่ายอากาศสะอาด ประเทศไทย พบว่า มาตรการแก้ไขปัญหามลพิษในภาคเหนือยังขาดรูปธรรมของการจัดการ แนวทางแก้ปัญหามลพิษจากแหล่งกำเนิดของการเผา ในที่โล่งยังไม่เห็นแนวโน้มการแก้ไขปัญหานอกจากมาตรการห้ามเผาแบบเหมารวมเพียงอย่างเดียว ขณะที่สาเหตุการเผามาจากหลายสาเหตุ จึงมีหลายมิติในการจัดการ

อย่างไรก็ตาม มลพิษทางอากาศ ยังถือเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อภาวะโรคอย่างมาก โดยเฉพาะแนวโน้มของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของคนในพื้นที่ภาคเหนือ จากข้อมูล ๑๐ สถานการณ์สุขภาพ ประมวลผลจากภาวะโรคของคนไทย ระหว่างปี ๒๕๕๒ - ๒๕๖๑ โดยสำนักพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ พบว่า ประชากรวัยแรงงานในภาคเหนือมีแนวโน้มอัตราการตายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพิ่มขึ้น ๑.๗ เท่า แม้ว่าอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรในภาคเหนือ มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ ๒๒.๒ (ต่อแสนประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป) ในปี ๒๕๕๐ เป็น ๑๗.๑ ในปี ๒๕๖๐ ขณะที่รายงานของกรมควบคุมมลพิษ พบแนวโน้มสถานการณ์ค่าฝุ่น PM_{2.5} เกินมาตรฐาน ในภาคเหนือสูงเกินมาตรฐานที่เป็นอันตรายสำหรับผู้อยู่อาศัยอย่างต่อเนื่องทุกปี

ปัญหาขยะพลาสติก^{๑๗๐}

การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ส่งผลให้ปริมาณขยะหลายประเภทเพิ่มสูงขึ้น จากการสำรวจของกรมควบคุมมลพิษ พบว่า มีขยะเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบรรจุภัณฑ์พลาสติก เพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ ๑๕ จากการใช้บริการรับส่งอาหาร เพิ่มมากขึ้นถึง ๓ เท่า เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ทำงานที่บ้าน ขณะที่ข้อมูลจากกรุงเทพมหานคร พบว่า ขยะอาหาร และขยะหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วเพิ่มมากขึ้นถึง ๑,๕๐๐ กิโลกรัมต่อวัน ซึ่งปริมาณขยะที่เพิ่มมากขึ้น นับเป็นวิกฤตซ้อนวิกฤตและต้องเร่งรับมือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการอย่างมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน ภาครัฐ และภาคเอกชน ควบคู่กับให้ความสำคัญกับความเป็นอยู่ของประชาชนและผู้ประกอบการที่กำลังเผชิญกับปัญหาและผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ที่เกิดอยู่ในขณะนี้

บทบาทบทบาทการทำงาน

ที่ผ่านมา (๒๕๕๘ - ๒๕๖๒) แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ (แผน ๑๕) ได้ดำเนินงาน เพื่อสร้างการรับรู้ความตระหนัก และสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะแก่สาธารณชน ผ่านสื่อรณรงค์ สื่อนิทรรศการ กิจกรรม และสื่อส่งเสริมการเรียนรู้ต่างๆ เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนเป้าหมาย ตามแผนยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๔) ดังนี้

^{๑๖๙} ที่มา : กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่าและพันธุ์พืช <http://www.dnp.go.th/forestfire/2546/firestatistic%20Th.htm>

^{๑๗๐} ที่มา : สำนักข่าวกรมประชาสัมพันธ์, <http://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG200423144801081>



- (๑) **ลดอัตราการสูบบุหรี่ของคนไทย** สื่อสารเพื่อสร้างการรับรู้ถึงพิษภัยบุหรี่อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งแนวทางการเลิกบุหรี่ผ่านตัวช่วย ๔ วิธี (ผลไม้รสเปรี้ยว หญ้าดอกขาว นวดกดจุดเท้า และสายด่วนปรึกษาเลิกบุหรี่ โทร.๑๖๐๐) และในปี ๒๕๖๑ ได้มุ่งเน้นการให้ความรู้ถึง พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับปี ๒๕๖๐ ที่มีสาระสำคัญ ห้ามขายบุหรี่ให้ผู้มีอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี การห้ามแบ่งขายบุหรี่ยามว และเจ้าของสถานที่ที่มีหน้าที่ประชาสัมพันธ์แจ้งเตือนควบคุมไม่ให้มีการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นคุณประโยชน์ต่อเยาวชนและสังคมไทย ที่มีแนวโน้มต่อการสร้างทัศนคติและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการสูบบุหรี่
- (๒) **ลดอัตราดื่มสุราของคนไทย** พัฒนาโครงการรณรงค์ “งดเหล้าเข้าพรรษา” เพื่อผลักดันให้เกิดโอกาสการลดอัตราการดื่มสุรา เป็นระยะเวลา ๓ เดือน นับเป็นจุดเริ่มต้นให้คนไทยเห็นถึงประโยชน์ในแง่มุมต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย และเศรษฐกิจครัวเรือน ที่นำไปสู่การตัดสินใจเลิกดื่มสุราในระยะยาวได้ นอกจากนี้ ได้สื่อสารเพื่อสร้างทัศนคติไม่ให้เหล้าเป็นของขวัญในเทศกาลต่างๆ ผ่านโครงการ “ให้เหล้าเท่ากับแข่ง” ทำให้เกิดการรับรู้ในสังคมวงกว้างและลดอัตราดื่มสุราของคนไทยในทางอ้อมได้
- (๓) **เพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้อย่างเพียงพอ และเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายเป็นประจำของคนไทย** สื่อสารโครงการลดพุงลดโรค เพื่อเป้าหมายให้คนไทยมีกิจกรรมทางกายและกินอย่างเหมาะสม โดยการเพิ่มกิจกรรมทางกาย ได้ออกแบบวิธีการกระตุ้นให้คนไทยเริ่มลุกขึ้นมาออกกำลังกาย 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 รวมทั้งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินในแต่ละมื้ออาหาร ให้มีสัดส่วนที่พอเหมาะและเกิดประโยชน์ต่อสุขภาพคนไทย
- (๔) **ลดความชุกของน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก** พัฒนาโครงการรณรงค์ “Active Play ออกมาเล่น” ในปี ๒๕๕๘ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปกครอง เปิดโอกาสให้เด็กหรือลูกหลานได้มีกิจกรรมทางกายวันละ ๖๐ นาที เพื่อกระตุ้นให้สมองเกิดการพัฒนาครบทุกมิติ มีสุขภาพที่แข็งแรง นำไปสู่การลดความชุกของน้ำหนักตัวเกิน และภาวะโรคอ้วนในเด็กตามเป้าหมายที่วางไว้
- (๕) **ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน** สื่อสารเชิงประเด็นเรื่องลดความเร็ว ในโครงการ “ลดเร็ว ลดเสี่ยง” ผ่านการจำลองภาพวิสัยทัศน์อุโมงค์ (Tunnel Vision) ให้ตระหนักถึงผลกระทบของการขับขีเร็ว ตลอดจนการสร้างบรรยากาศ การเดินทางกลับบ้านปลอดภัยในช่วงเทศกาลสงกรานต์และปีใหม่ ผ่านเครื่องมือสื่อสาร อาทิ เพลง มิวสิกวิดีโอ และสื่อให้ความรู้ทางออนไลน์ ให้คนไทยตระหนักถึงวินัยจราจร กฎระเบียบ เพื่อขับขีปลอดภัย ลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุและอัตราการตายบนท้องถนน
- (๖) **การเพิ่มสัดส่วนของครอบครัวอบอุ่น** สื่อสารโครงการรณรงค์ “โอกาสทองคุยเรื่องเพศกับลูก” ในปี ๒๕๕๙ เพื่อสร้างทัศนคติเชิงบวกให้พ่อแม่และผู้ปกครอง เปิดโอกาสรับฟังลูกอย่างไม่ตัดสิน โดยพัฒนาเครื่องมือสื่อสารที่หลากหลาย อาทิ รายการโทรทัศน์ แบบประเมิน คู่มือคุยเรื่องเพศกับลูก เว็บไซต์ให้ความรู้ ตลอดจนหลักสูตรอบรม เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ สร้างประสบการณ์ตรง และทัศนคติที่นำไปสู่ความอบอุ่นในครอบครัว



(๗) การเพิ่มสัดส่วนของคนไทยที่มีความสุขในการดำรงชีวิต

กระตุ้นเพื่อสร้างความเข้าใจในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ผ่านกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะในรูปแบบต่างๆ

ความก้าวหน้าการดำเนินงานแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ (แผน ๑๕) เทียบกับแผนหลัก ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓)

เป้าหมายแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓)	ผลการดำเนินงาน ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓)	ช่องว่างในการบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้
๑. พัฒนาศักยภาพบุคคลและสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้สามารถปรับใช้ในวิถีชีวิตประจำวันของตนเอง เพื่อมีสุขภาวะที่ดี	<p>๑.๑ ประชาชนทั่วไป รับรู้ สื่อรณรงค์การสร้างเสริมสุขภาวะระดับโครงการรณรงค์เฉลี่ยเป็นไปตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้</p> <p>๑.๒ ผู้ใช้บริการของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะจากทุกช่องทาง เกิดแนวคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นไปตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้</p> <p>๑.๓ เกิดผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ผ่านการอบรมและกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้เป็นไปตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้</p>	<ul style="list-style-type: none"> การวิเคราะห์พฤติกรรมผู้บริโภคและพัฒนาสร้างเสริมประเด็นสุขภาวะให้สอดคล้องกับสังคม ออกแบบเนื้อหาสร้างเสริมสุขภาวะและพัฒนาวิธีการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเชื่อมประสานพันธมิตร เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการสนับสนุนเผยแพร่เนื้อหาสุขภาวะ ดำเนินการจัดทำวิจัยและประเมินผลเพื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา และเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาปรับปรุงแผนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ขยายผลการพัฒนาศักยภาพบุคคลผ่านการพัฒนากลไกจัดการระดับพื้นที่
๒. ขยายฐานผู้รับประโยชน์	<p>เป็นไปตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้</p> <ul style="list-style-type: none"> สื่อ/ชุดความรู้เพื่อสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะและการพัฒนาทักษะชีวิตในรูปแบบต่างๆ พันธมิตรเครือข่ายการดำเนินงานเพื่อการขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะ 	<ul style="list-style-type: none"> วิเคราะห์ความต้องการของผู้รับประโยชน์เพื่อพัฒนากลไกการใช้ข้อมูลสุขภาวะและสื่อ/ชุดความรู้ที่เหมาะสม โดยนำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาช่วยในการดำเนินการ พัฒนาแพลตฟอร์ม (platform) เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของประชาชนและสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานหรือองค์กรที่มีศักยภาพ เป็นตัวคูณที่สำคัญในการใช้ประโยชน์ในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย
๓. พัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้	<ul style="list-style-type: none"> นวัตกรรมการเรียนรู้และการสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาวะ 	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้และการสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาวะที่รองรับยุคดิจิทัล



ผลงานสำคัญของแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพะ ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ (ข้อมูลถึงเดือนมีนาคม ๒๕๖๓)

๑. พัฒนาชุดความรู้/สื่อส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาพะ เพื่อสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพะ พัฒนากิจกรรมชีวิตที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งหนุนเสริมการขับเคลื่อนงานของภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพะในรูปแบบต่างๆ จำนวน ๑๐๓ ชุดความรู้ โดยมีการเผยแพร่ชุดความรู้/สื่อ ผ่านช่องทางออนไลน์ (<https://resourcecenter.thaihealth.or.th/>) และออฟไลน์สู่กลุ่มภาคีเครือข่าย สสส. ผู้นำการเปลี่ยนแปลง แกนนำ และประชาชนผู้รับประโยชน์ อาทิ ครูและบุคลากรทางการศึกษา ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานระดับพื้นที่ จำนวน ๔๗ ชุดความรู้ อาทิ ชุดความรู้ประเด็นอุบัติเหตุ ชุดความรู้ประเด็นบุหรี่ ชุดความรู้ประเด็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ชุดความรู้ประเด็น การจัดการอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน ชุดความรู้ประเด็นอาหารเพื่อสุขภาพะ ชุดความรู้ประเด็นครอบครัวอบอุ่น เป็นต้น

๒. พัฒนาแพลตฟอร์ม (platform) การนำเสนอเนื้อหา ประเด็น “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” ผ่านช่องทางศูนย์บริการข้อมูล สสส. (<https://resourcecenter.thaihealth.or.th/>) โดยพัฒนาชุดสื่อส่งเสริมการเรียนรู้ การบริหารจัดการองค์ความรู้ และการพัฒนาช่องทางการนำเสนอเนื้อหา ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนประเด็นวาระกลาง สสส. ปี ๒๕๖๓ ปัจจุบันมีการเข้าถึงเป็นอย่างไรมีการเข้าถึงเว็บไซต์ (reach) จำนวน ๕๘๗,๑๔๕ และ มียอดผู้เข้าไปอ่านองค์ความรู้บนเว็บไซต์ (Page View) จำนวน ๓๓,๔๖๐ ราย (ข้อมูลตั้งแต่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๒ - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๓)

๓. เกิดพันธมิตรเครือข่ายการดำเนินงานเพื่อขยายผลองค์ความรู้สุขภาพะ จำนวน ๔๘ แห่ง โดยการพัฒนาความร่วมมือ และเชื่อมโยงกิจกรรมของศูนย์เรียนรู้สุขภาพะ กับแหล่งเรียนรู้ หน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายต่างๆ รวมทั้งเกิดการลงทุนร่วม/จัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกันและเชื่อมโยงกิจกรรม รวมทั้งเกิดการลงทุนร่วม/จัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกันและเชื่อมโยงกิจกรรม โดยมีภาคีเครือข่ายในพื้นที่รับไปดำเนินการต่อ จำนวน ๒๕ แห่ง ดังนี้

กลุ่มที่ ๑ : พันธมิตรเครือข่าย “ศูนย์เรียนรู้สุขภาพะภูมิภาค” จำนวน ๑๓ แห่ง โดยทั้ง ๑๓ แห่งมีการลงทุนร่วม โดยบรรจุนโยบายสุขภาพะเป็นหนึ่งในภารกิจหลักของแผนดำเนินงาน ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ อาทิ ลงทุนด้านบุคลากร งบประมาณ สถานที่ การบริหารจัดการ รวมทั้งจัดทำแผนปฏิบัติการและเชื่อมโยงกิจกรรมการดำเนินงานร่วม ได้แก่

- ๑) ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษากาญจนบุรี
- ๒) ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อศึกษานครพนม
- ๓) ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษาสระแก้ว
- ๔) ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อศึกษารังสิต
- ๕) ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อศึกษานครราชสีมา
- ๖) ศูนย์วิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมเพื่อศึกษาร้อยเอ็ด
- ๗) ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อศึกษาลำปาง
- ๘) ศูนย์การเรียนรู้เมืองฉะเชิงเทรา

- ๙) อุทยานการเรียนรู้ยะลา
- ๑๐) ห้องสมุดประชาชนเทศบาลนครอุดรธานี
- ๑๑) ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษานครสวรรค์
- ๑๒) โรงพยาบาลน่าน
- ๑๓) อุทยานการเรียนรู้นครภูเก็ต

โดยมีตัวอย่างรูปธรรมของพันธมิตร “ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะภูมิภาค” ที่ต่อยอดแนวทางการทำงาน สร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ดังนี้

๑. **เกิดการพัฒนาศักยภาพสามารถออกแบบสื่อการเรียนรู้เพื่อสุขภาวะที่เหมาะสมกับพื้นที่** อาทิ ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะภูมิภาค ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษานครสวรรค์ ได้พัฒนาบอร์ดเกมส์ เพื่อสร้างความตระหนักเรื่องโภชนาการและความหวานและการเลือกกินขนมสำหรับเด็ก
๒. **หน่วยงานในพื้นที่เห็นความสำคัญในการต่อยอดและขยายผล** อาทิ ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะภูมิภาค ณ อุทยานการเรียนรู้นครภูเก็ต ได้รับสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อขยายผลจัดกิจกรรมสร้างการเรียนรู้สุขภาวะไปสู่ ๒๒ ชุมชนครอบคลุมพื้นที่เขตเทศบาลนครภูเก็ต ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะภูมิภาค ณ โรงพยาบาลน่าน เชื่อมโยงกับการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทุกพื้นที่ของอำเภอเมืองน่าน เพื่อนำใช้สื่อการเรียนรู้สุขภาวะเป็นเครื่องมือในการถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชนในพื้นที่ ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะภูมิภาค ณ ห้องสมุดประชาชนเทศบาลนครอุดรธานี อีกทั้งเกิดการพัฒนาผู้นำการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ เช่น แกนนำเยาวชน ครูจากสถาบันการศึกษาทั้งในระบบและนอกระบบ แกนนำชุมชน ให้เป็น “นักสื่อสารสุขภาวะ” ที่ถ่ายทอดความรู้สุขภาวะให้กับประชาชนในพื้นที่

กลุ่มที่ ๒ : พันธมิตรเครือข่าย “เครือข่ายการเรียนรู้สุขภาวะ” จำนวน ๒๕ แห่ง ได้แก่ พันธมิตรเครือข่ายภายใต้โครงการส่งเสริมผลิตภาพและสุขภาวะองค์กรในวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs Happy and Productive Workplace : SHAP) ของกรมส่งเสริมอุตสาหกรรม จำนวน ๑๒ แห่ง ได้แก่ ศูนย์ส่งเสริมอุตสาหกรรมภาคที่ ๑ - ๑๑ (เชียงใหม่ พิษณุโลก พิจิตร อุดรธานี ขอนแก่น นครราชสีมา อุบลราชธานี สุพรรณบุรี ชลบุรี สุราษฎร์ธานี และสงขลา) และศูนย์พัฒนาอุตสาหกรรมจังหวัดลำปาง และโรงเรียนในเครือข่ายห้องสมุดสร้างปัญญาจำนวน ๑๒ แห่ง โดยมีการจัดทำแผนบูรณาการและเชื่อมโยงกิจกรรมเครือข่ายสร้างปัญญาเข้ารวมกับการกิจของพื้นที่ ผ่านการจัดมุมสร้างปัญญาสุขภาวะให้เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านสื่อสุขภาวะสำหรับเจ้าหน้าที่เครือข่ายหน่วยงานสนับสนุนการสร้างสุขภาวะองค์กร และโรงเรียนในเครือข่ายห้องสมุดสร้างปัญญา โดยมีตัวอย่างรูปธรรมโรงเรียนที่นำชุดสื่อการเรียนรู้ไปต่อยอดขยายผล ดังนี้

- ๑) **โรงเรียนปัญญาวรคุณ :** กลุ่มยุวบรรณารักษ์นอกจากจัดกิจกรรมส่งเสริมการอ่านในโรงเรียน ยังมีกิจกรรมนำกระดาษหนังสือที่บรรจุสื่อองค์ความรู้ของเครือข่าย สร้างปัญญา สสส. เข้าชุมชน อาทิ ตีละ ๑ ครั้ง เพื่อให้บริการแนะนำ ยืม-คืนหนังสือกับคนในชุมชนใกล้โรงเรียน โดยส่วนใหญ่ได้พูดคุยให้บริการกับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน



- ๒) **รร.วัดประตูในทรงธรรม** : นักเรียนแกนนำจัดกิจกรรมเสียงตามสายภายในพื้นที่โรงเรียน โดยสรุปเนื้อหาองค์ความรู้ด้านสุขภาวะที่ได้รับจากเครือข่ายสร้างปัญญา สสส. เผยแพร่ผ่านระบบเสียงตามสายในโรงเรียนตอนพักกลางวัน กิจกรรมกระเป่าความรู้ สู่ครอบครัว ให้นักเรียนคัดเลือกและนำสื่อองค์ความรู้ด้านสุขภาวะที่ได้รับจากเครือข่ายสร้างปัญญา สสส. ที่นักเรียนต้องการให้สมาชิกในครอบครัวได้อ่าน เพื่อนำกลับไปที่บ้าน โดยมีการตอบรับที่ดีได้รับความสนใจจากสมาชิกในครอบครัวและพัฒนากลายเป็นกิจกรรม Healthy Book Delivery โดยสมาชิกในครอบครัวที่มีความสนใจในสื่อประเด็นสุขภาพสามารถยืมหนังสือ สื่อองค์ความรู้ด้านสุขภาวะจากโรงเรียนโดยแจ้งผ่านนักเรียน ส่งผลให้เกิดการเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาวะไปยังครอบครัวของนักเรียน

กลุ่มที่ ๓ : พันธมิตรเครือข่ายการขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะและจัดการในการกระจายสื่อ จำนวน ๑๐ แห่ง ได้แก่ ๑. มหาวิทยาลัยบูรพา ๒. มหาวิทยาลัยขอนแก่น ๓. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ๔. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ๕. กองทัพเรือ ๖. สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต ๒๔ ๗. เทศบาลนครอุบลราชธานี ๘. บริษัท เซ็นทรัล วัตสัน ๙. บริษัท บิวท์ส รีเทล (ประเทศไทย) จำกัด ๑๐. สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต ๓๑ (นครราชสีมา) โดยมีตัวอย่างโรงเรียนภายใต้กำกับของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต ๒๔ ที่ได้นำสื่อไปใช้ประโยชน์และต่อยอดการดำเนินงาน ดังนี้

- ๑) โรงเรียนสิรินธรวิทยานุสรณ์ นำสื่อไปสเตอร์ไปใช้เสริมความรู้กายคาบเรียน
- ๒) โรงเรียนสื่ออำนาจวิทยาคม นำสื่อไปใช้ในกิจกรรม “ลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้”
- ๓) โรงเรียนบ้านไทยวิทยาคม นำสื่อไปสเตอร์ไปใช้ในการเรียนการสอน

๔. การสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะให้ประชาชน ผ่านการจัดแสดงนิทรรศการเพื่อการเรียนรู้สุขภาวะในหลากหลายรูปแบบ และสัญจรไปตามภูมิภาคมากกว่า ๒๓ จังหวัดทั่วประเทศ และการจัดกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะในประเด็นสุขภาวะทั้ง ๔ มิติ เพื่อพัฒนาทักษะการใช้ชีวิตที่รู้เท่าทัน รวมถึงการใช้ชีวิตอย่างสมดุลให้แก่กลุ่มเด็กและเยาวชน ตลอดจนประชาชนทั่วไป โดยผู้มาใช้บริการของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ (กิจกรรม/อบรม/นิทรรศการสัญจร) ร้อยละ ๙๙.๓๐ เกิดแนวคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และร้อยละ ๘๔.๐๐ สามารถนำความรู้จากการเข้าร่วมไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยวัดผลจากโครงการติดตามและประเมินผลความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ ปี ๒๕๖๑ และ ๒๕๖๒ ทั้งนี้ จากตัวอย่างผู้ที่มาเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายมีน้ำหนักที่ลดลง ร่างกายแข็งแรงขึ้น มีการนำองค์ความรู้การปลูกผักไปใช้ที่บ้านของตนเอง ช่วยลดค่าใช้จ่าย และได้ใช้เวลาร่วมกันในครอบครัว ส่วนเยาวชนที่มาเข้าร่วมค่ายปิดเทอม ก็เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพ มีทักษะในการหากิจกรรมที่สร้างสรรค์ เพื่อให้มีกิจกรรมทางกายมากขึ้น ลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง

๕. เกิดแกนนำสร้างเสริมสุขภาวะในการขยายผลการเรียนรู้สู่ประชาชนวงกว้าง จำนวน ๔,๑๕๕ คน ประกอบด้วย แกนนำ/ผู้นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อขยายผลชุดความรู้สุขภาวะกระจายในทุกภูมิภาค อาทิ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ครูสังกัดสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) แกนนำ ๘ จังหวัดภาคเหนือ เพื่อจัดกระบวนการเรียนรู้วิทยาศาสตร์เพื่อสุขภาพ เป็นต้น **รวมทั้งเกิดรูปธรรมของการขยายผล จำนวน ๒๕ เรื่อง** ในโรงเรียนจำนวน ๕ โรงเรียนในองค์กร จำนวน ๘ องค์กร หน่วยงานส่งเสริมสุขภาพ จำนวน ๔ แห่ง



๖. พัฒนางานสื่อสารการตลาดที่สร้างความตระหนัก ความเข้าใจ อย่างมีประสิทธิภาพกับกลุ่มเป้าหมาย อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของคนไทย ด้วยความร่วมมือกับสำนักเชิงรุกและภาคีเครือข่าย สร้างสรรค์และผลิตโครงการรณรงค์กว่า ๒๐ โครงการ และสื่อสนับสนุนการดำเนินตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปีของ สสส. จำนวนมาก ซึ่งส่งผลให้เกิดการรับรู้และความตระหนักต่อประเด็น สุขภาวะ โดยเฉลี่ยร้อยละ ๘๐ สำหรับการรณรงค์ขนาดใหญ่ และร้อยละ ๗๔ สำหรับการรณรงค์ขนาดปกติ

โอกาสการดำเนินงานในปี ๒๕๖๔

ในปี ๒๕๖๔ แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะมุ่งเน้นการดำเนินงานต่อยอดจากฐานเดิม ซึ่งประสบผลสำเร็จ ทั้งในด้านกระบวนการทำงาน ผลลัพธ์เชิงรูปธรรม และผลกระทบต่อสังคมวงกว้าง โดยมุ่งเน้นการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาศักยภาพทั้งระดับบุคคล ผู้นำการเปลี่ยนแปลง และองค์กรต่างๆ ให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผ่านการดำเนินการต่างๆ ดังนี้

- ๑) ขยายผลการพัฒนาศักยภาพบุคคลผ่านการพัฒนากลไกจัดการ (node) ระดับพื้นที่
- ๒) สร้างแพลตฟอร์ม^{๑๑๑} เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมระหว่าง สสส. กับพันธมิตรเครือข่าย ผู้นำการเปลี่ยนแปลง และ/หรือ ประชาชนผู้รับประโยชน์ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา และ/หรือ ใช้ประโยชน์สื่อและ องค์ความรู้สุขภาวะ ตลอดจนสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานหรือองค์กรที่มีศักยภาพ เป็นตัวคูณที่สำคัญในการใช้ประโยชน์ในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย
- ๓) วิเคราะห์ความต้องการของผู้รับประโยชน์ เพื่อพัฒนากลไกการใช้ข้อมูลสุขภาวะ และการพัฒนาสื่อ/ ชุดความรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย โดยนำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาช่วยดำเนินการ
- ๔) สื่อสารรณรงค์สร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะแก่กลุ่มเป้าหมายและสังคมไทย โดยอาศัยโอกาส ที่คนไทยตื่นตัวหันมาดูแลสุขภาพอนามัยและดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้นจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรคโควิด-๑๙



จุดเน้นแผน

๑. **พัฒนาต้นแบบสื่อและกระบวนการสร้างเสริมประสบการณ์การเรียนรู้สุขภาวะที่เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย** พัฒนาสื่อ ตลอดจนแนวทางและกระบวนการสร้างเสริมประสบการณ์เรียนรู้ที่เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายแต่ละช่วงวัย เพื่อสร้างเสริมประสบการณ์เรียนรู้ สร้างแรงบันดาลใจ และทักษะชีวิตแก่สาธารณชน
๒. **ขยายฐานผู้รับประโยชน์ผ่านแพลตฟอร์ม เพื่อส่งต่อองค์ความรู้ให้กับกลุ่มเป้าหมาย** ด้วยการ สร้างสรรค์และพัฒนาช่องทางการเข้าถึงที่หลากหลายเพื่อส่งต่อองค์ความรู้ในรูปแบบของเทคโนโลยี ดิจิทัล สื่อและกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลายผ่านช่องทางออนไลน์ (online) และออฟไลน์ (offline) และขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้สุขภาวะผ่านพันธมิตรเครือข่าย

^{๑๑๑} แพลตฟอร์ม (platform) หมายถึง ฐาน โครงสร้าง หรือระบบแบบออฟไลน์ และ/หรือ ออนไลน์ที่เชื่อมประสานและสร้างการมีส่วนร่วม ระหว่าง สสส. กับพันธมิตรเครือข่าย ผู้นำการเปลี่ยนแปลง และ/หรือ ประชาชนผู้รับประโยชน์ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาและใช้ประโยชน์สื่อและ องค์ความรู้สุขภาวะ

๓. **สร้างระบบฐานข้อมูลดิจิทัล เพื่อใช้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกของกลุ่มเป้าหมาย** ในการพัฒนางาน ทั้งด้านความคิดสร้างสรรค์ การวางแผนช่องทางสื่อ และการประเมินผล

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้สู่สถานะ และสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ที่เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย
๒. เพื่อพัฒนาการสื่อสารเพื่อสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก ตลอดจนการเกิดแนวคิดในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรมสู่สถานะของกลุ่มเป้าหมาย

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

สร้างเสริมความเข้าใจสู่สถานะ

ยุทธศาสตร์ที่ 1

บริหารจัดการ
องค์ความรู้ พัฒนา
รูปแบบการสื่อสาร
ข้อมูลสร้างเสริม
ความเข้าใจสู่สถานะ

ยุทธศาสตร์ที่ 2

พัฒนากระบวนการ
ส่งเสริมองค์ความรู้
ชุดความรู้ ช่องทาง
การเข้าถึงโอกาส
การเรียนรู้ด้านสู่สถานะ

ยุทธศาสตร์ที่ 3

พัฒนาขีดความสามารถ
ของกลุ่มเป้าหมาย
ทั้งบุคคลและกลุ่มผู้นำ
การเปลี่ยนแปลง
เพื่อสร้างเสริม
ความเข้าใจสู่สถานะ

กลุ่มแผนงานสร้างประสบการณ์การเรียนรู้สู่สถานะ

กลุ่มแผนงานการตลาดเพื่อสังคม

กลุ่มแผนงานบริหารจัดการอาคารศูนย์เรียนรู้สู่สถานะ



๑. **บริหารจัดการองค์ความรู้ พัฒนารูปแบบการสื่อสารข้อมูลการสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ** ผ่านการพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้และการสื่อสารที่รองรับเทคโนโลยีดิจิทัล และสอดคล้องกับแนวโน้มเทคโนโลยีและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป
๒. **พัฒนากระบวนการส่งเสริมองค์ความรู้ ชุมความรู้ ช่องทางการเข้าถึงโอกาสการเรียนรู้ด้านสุขภาวะ** เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ ให้ครอบคลุมเหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๓. **พัฒนาขีดความสามารถของกลุ่มเป้าหมาย** ทั้งบุคคลและผู้นำการเปลี่ยนแปลง เพื่อสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ และเกิดความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ “Health Literacy” สามารถนำความรู้ไปปรับใช้กับวิถีชีวิตประจำวัน ตลอดจนสามารถขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะได้

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้ร่วมและตัวชี้วัดระยะเบียวาระกลาง

ตัวชี้วัดหลัก

๑. ขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้สุขภาวะ
 - ๑.๑ ประชาชนทั่วไปรับรู้การสร้างเสริมสุขภาวะจากทุกช่องทางโดยเฉลี่ยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๕ สำหรับโครงการรณรงค์ (งบประมาณด้านช่องทางสื่อมากกว่า ๒๐ ล้านบาทขึ้นไป)
 - ๑.๒ การใช้งบประมาณสื่อโฆษณาออนไลน์สำหรับการรับชมเนื้อหาวิดีโอ (VDO Content) ของกลุ่มประชาชนสังคมออนไลน์ (Cost Per View : CPV) มีมูลค่าไม่เกิน ๑ บาทต่อการรับชมวิดีโอ ๑ ครั้ง
 - ๑.๓ ประชาชนทั่วไปเกิดความเข้าใจสุขภาวะผ่านสื่อรณรงค์และสื่อส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะ โดยเฉลี่ยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕
๒. สร้างประสบการณ์การเรียนรู้สุขภาวะ
 - ๒.๑ เกิดแพลตฟอร์ม (platform) และช่องทางการเข้าถึงที่เหมาะสมกับการส่งต่อขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะ จำนวน ๒ แพลตฟอร์ม (platform)

ตัวชี้วัดร่วม

๑. ร่วมกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (แผน ๙) จัดทำชุดความรู้/ สื่อ/ กิจกรรม เพื่อสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

ตัวชี้วัดระยะเบียวาระกลาง

๑. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้าถึง รับรู้ หรือ ใช้ประโยชน์จากสื่อและชุดความรู้ส่งเสริม “ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy) โดยวัดจากจำนวนยอดการรับรู้/ การมีส่วนร่วม ในสื่อออฟไลน์และออนไลน์ทุกช่องทาง จำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ ๕



แนวทางการดำเนินงาน และการบูรณาการ

กลุ่มแผนงาน

๑. กลุ่มแผนงานสร้างประสบการณ์การเรียนรู้สุขภาวะ
๒. กลุ่มแผนงานการตลาดเพื่อสังคม
๓. กลุ่มแผนงานบริหารจัดการอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ

๑. กลุ่มแผนงานสร้างประสบการณ์การเรียนรู้สุขภาวะ

กลุ่มแผนงานสร้างประสบการณ์การเรียนรู้สุขภาวะ มุ่งสร้างแรงบันดาลใจ เสริมทักษะชีวิต และสร้างประสบการณ์การเรียนรู้สุขภาวะที่เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย โดยการพัฒนาสื่อและกระบวนการเรียนรู้ต้นแบบ ผ่านแพลตฟอร์ม การเชื่อมพันธมิตรเครือข่าย เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ รวมทั้งการใช้ประโยชน์จากชุดความรู้ สสส. และช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย เพื่อชี้นำสังคมและสนับสนุนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยประกอบด้วย ๓ แผนงาน ดังต่อไปนี้

๑.๑ แผนงานบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพ

มุ่งเน้นการรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล องค์ความรู้ใหม่ๆ รวมทั้งร่วมกำหนดทิศทางวิถีสุขภาวะของคนไทย เพื่อสร้างการรับรู้สถานการณ์และแนวโน้มทางสุขภาพ โดยครอบคลุมข้อมูล ตัวบ่งชี้ทิศทางสถานการณ์ทางสุขภาพในอนาคต ข้อมูลภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ข้อมูลสถานการณ์สำคัญเพื่อคาดการณ์แนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ตลอดจนร่องรอยทางดิจิทัล (Digital footprint) ที่แสดงให้เห็นถึงประเด็นความสนใจของสาธารณชน เจาะลึกทำความเข้าใจถึงพฤติกรรม ทางสุขภาพในแต่ละประเด็น โดยบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับองค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมขับเคลื่อนการสื่อสารเพื่อชี้นำสังคม พร้อมกับนำผลของข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานตลอดจนประเมินความต้องการของผู้รับประโยชน์ (Target Insight) เพื่อพัฒนาสื่อ/ชุดความรู้สุขภาวะ ที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเหมาะสม

แนวทางการดำเนินงาน

๑. ศึกษา รวบรวม วิเคราะห์ ออกแบบการสำรวจวิจัยเชิงคุณภาพ ครอบคลุมข้อมูล ทักษะ พฤติกรรม รูปแบบการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ตามพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร และสังเคราะห์ข้อมูลใหม่ๆ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาสื่อและกระบวนการ สร้างเสริมประสบการณ์การเรียนรู้สุขภาวะ เพื่อบรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๔)
๒. ชี้นำสังคมในประเด็นพฤติกรรมสุขภาพคนไทยที่น่าจับตา โดยบูรณาการการทำงานร่วมกับแผนงานต่างๆ ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ผ่านการนำเสนอข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพคนไทย “Thaihealth Watch” โดยเชื่อมโยงองค์ความรู้จาก ๓ ส่วน ประกอบด้วย ๑) สถานการณ์และสถิติสุขภาพ (Situation) ๒) จับกระแสความสนใจที่มีการพูดถึงในสังคมผ่านสื่อ

สังคมออนไลน์ในรอบปี (Social Trend) และ ๓) ข้อเสนอแนะที่มีต่อประเด็นทางสุขภาพจากการดำเนินงานของ สสส. ทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและระดับสังคม โดยบูรณาการการดำเนินงานทางวิชาการ ร่วมกับแผนงานสนับสนุนการบริหารจัดการข้อมูลและเทคโนโลยี สร้างเสริมสุขภาพ สำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในเชิงประเด็น

๓. **สร้างค่านิยมและพัฒนาโอกาสในการเรียนรู้ใหม่ๆ** โดยกระตุ้นด้วยการสื่อสารที่น่าสนใจ เหมาะสมกับแต่ละช่องทาง ผ่านเครือข่ายผู้มีอิทธิพลทางความคิด ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายต่างๆ เข้าใจค่านิยมใหม่และเข้าถึงโอกาสในการเรียนรู้ใหม่ๆ เพื่อต่อยอดการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับพฤติกรรมของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย
๔. **วิเคราะห์สถานการณ์ พฤติกรรม ความสนใจ และความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย** เพื่อนำมากำหนดรูปแบบสื่อ/องค์ความรู้สุขภาพจะ ตลอดจนช่องทางในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม

๑.๒ แผนงานพัฒนาสื่อและกระบวนการเรียนรู้สุขภาพต้นแบบ

มุ่งเน้นการพัฒนาพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ (knowledge as a service platform) เพื่อเป็นฐานเชื่อมการทำงานกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) เข้ามาพัฒนา/ มีส่วนร่วมพัฒนาสื่อและกระบวนการสร้างเสริมประสบการณ์การเรียนรู้ต้นแบบที่เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร อาทิ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อมัลติมีเดีย แอปพลิเคชัน ชุดสื่อการเรียนรู้ (Knowledge Package/ Toolkits) นิทรรศการ กิจกรรม หลักสูตร ฝึกอบรม โปรแกรมการเรียนรู้ การศึกษาดูงาน โครงการ กิจกรรมเชิงสร้างสรรค์ต่างๆ รวมทั้งพัฒนาพื้นที่การเรียนรู้ต้นแบบ เพื่อสร้างเสริมประสบการณ์เรียนรู้ สร้างแรงบันดาลใจ เสริมสร้างทักษะและขีดความสามารถ แก่กลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลง ให้สามารถ นำองค์ความรู้ไปต่อยอดขยายผล โดยสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมกับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในวงกว้างต่อไป

แนวทางการดำเนินงาน

๑. **พัฒนาแพลตฟอร์ม (Co-Creative Platform)** เพื่อเป็นช่องทางในการเชื่อมโยงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งเจ้าขององค์ความรู้ นักวิชาการ นักออกแบบกระบวนการเรียนรู้ นักออกแบบประสบการณ์ การเรียนรู้ แกนนำ/ผู้นำการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนผู้รับประโยชน์ อาทิ ผู้นำชุมชน ภาคประชาสังคม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โรงเรียน โรงพยาบาล เป็นต้น เข้ามามีส่วนร่วมในการสื่อสาร แลกเปลี่ยน และร่วมพัฒนาสื่อและกระบวนการสร้างเสริมประสบการณ์การเรียนรู้สุขภาพต้นแบบที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย อาทิ สื่อการเรียนรู้ประเด็นการป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCDs) ประกอบด้วยประเด็นที่เกี่ยวข้อง ๑) เหล้า ๒) บุหรี่ ๓) อาหาร ๔) ออกกำลังกาย ๕) สุขภาพจิต และชุดสื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นต้น



๒. พัฒนาสื่อและกระบวนการสร้างเสริมประสบการณ์การเรียนรู้สุขภาวะต้นแบบ อาทิ ชุดสื่อส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะประเด็นการป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชุดสื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เครื่องมือประเมินสุขภาวะได้ด้วยตนเอง หลักสูตรฝึกอบรมเพื่อสร้างเสริมขีดความสามารถให้กับ ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) พัฒนาคู่มือสำหรับกระบวนการและนักจัดกิจกรรม ในหน่วยงาน/องค์กรต่างๆ เพื่อให้แกนนำ/ผู้นำการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนผู้รับประโยชน์ อาทิ ผู้นำชุมชน ภาคประชาสังคม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โรงเรียน โรงพยาบาล เป็นต้น ใช้ต่อยอดและขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะสู่กลุ่มเป้าหมาย
๓. พัฒนาพื้นที่การเรียนรู้ต้นแบบ อาทิ อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ตลอดจนพื้นที่ของพันธมิตรเครือข่ายการดำเนินงานทั้งในเชิงองค์กรและพื้นที่ ให้เป็นพื้นที่ต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาวะสู่สาธารณชน

๑.๓ แผนงานพัฒนากลไกขยายฐานผู้รับประโยชน์

มุ่งเน้นการพัฒนากลไก/แพลตฟอร์ม การส่งต่อ/ขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะ ให้ครอบคลุม เข้าถึง และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ทั้งพลวัตเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร อาทิ กลไกพันธมิตรเครือข่าย แพลตฟอร์ม การพัฒนาศักยภาพผู้นำการเปลี่ยนแปลง เพื่อสร้างการรับรู้และเพิ่มขีดความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาวะให้แก่สาธารณชน

แนวทางการดำเนินงาน

๑. เชื่อมประสานความร่วมมือกับกลุ่มพันธมิตรเครือข่ายและผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) ที่มีศักยภาพเป็นตัวคูณ เพื่อร่วมขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย
๒. พัฒนาแพลตฟอร์ม การส่งต่อองค์ความรู้ และ/หรือช่องทางการเข้าถึง ที่เหมาะสมกับการขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะให้ครอบคลุมเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ต่างๆ ได้มากขึ้น อาทิ กลุ่มโรงเรียนและสถานศึกษา กลุ่มสถานประกอบการ เครือข่ายแหล่งเรียนรู้ เครือข่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นต้น
๓. ขยายฐานผู้รับประโยชน์ ผ่านแพลตฟอร์ม (platform) ที่หลากหลาย เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายต่างๆ สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากชุดความรู้ สสส. เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านช่องทางการสื่อสารในระดับพื้นที่ เช่น เครือข่ายวิทยุชุมชน ประชาสัมพันธ์จังหวัด เป็นต้น
๔. วิจัยและประเมินผลเชิงปริมาณ และ/หรือ เชิงคุณภาพ เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบสื่อและกระบวนการให้มีประสิทธิภาพและตอบโจทย์กลุ่มเป้าหมายมากขึ้น



๒. กลุ่มแผนงานการตลาดเพื่อสังคม

กลุ่มแผนงานการตลาดเพื่อสังคม เป็นอีกหนึ่งเครื่องมือสำคัญในงานสร้างเสริมสุขภาวะ และ สร้างแนวคิดของวิถีสู่ภาวะให้เกิดขึ้นทั้งโดยตรงและโดยอ้อมไปยังกลุ่มเป้าหมายและประชาชนโดยรวม ซึ่งการกำหนดทิศทางและเป้าหมายในงานการตลาดเพื่อสังคมมีความสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย การวางยุทธศาสตร์งานหลักขององค์กร โดยกลุ่มแผนงานสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม มีหน้าที่วางแผนกลยุทธ์และออกแบบแผนงานการตลาดที่สอดคล้องกับพลวัตเชิงพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย พร้อมกับการนำเสนอ ชุดความรู้ใหม่ที่สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้ ยังให้ความสำคัญกับการเชื่อมประสานเครือข่ายพันธมิตร เพื่อร่วมดำเนินการพัฒนาสื่อรณรงค์ หรือร่วมเผยแพร่สื่อรณรงค์สร้างเสริมสุขภาวะกับกลุ่มเป้าหมายอันนำไปสู่กระแสในวงกว้าง เพื่อสร้างสังคมสุขภาวะไปด้วยกัน

จุดเน้นในปี ๒๕๖๔

๑. สร้างระบบฐานข้อมูลดิจิทัล เพื่อใช้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อประโยชน์ในการพัฒนางานสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม ทั้งด้านความคิดสร้างสรรค์ การวางแผนช่องทางสื่อ และการประเมินผล
๒. จัดระบบการออกแบบองค์ความรู้ โดยใช้กลุ่มเป้าหมายเป็นสำคัญ เพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

แนวทางการดำเนินงาน

๑. เชื่อมระบบฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ และวางแผนงานงานการตลาดเพื่อสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ เริ่มมีการทดลองจัดทำระบบฐานข้อมูลตามแผนงานที่วางไว้ และหลังจากที่ได้ผลการทดลองเป็นที่เรียบร้อย จะนำแนวทางดังกล่าวพัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลของสื่อ ช่องทางสื่อ การประเมินให้เกิดการเชื่อมโยงกัน เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลให้เกิดประสิทธิภาพในการพัฒนางานสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมต่อไป โดยการพัฒนาระบบฐานข้อมูลจะใช้เวลาในการพัฒนาประมาณ 3 ปี และการดำเนินงานดังกล่าวจะทำงานร่วมกับฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศของ สสส. เพื่อให้ระบบฐานข้อมูลสามารถเชื่อมโยงกับระบบฐานข้อมูลใหญ่ของ สสส. ได้ต่อไป
๒. เชื่อมประสานความร่วมมือพันธมิตรผู้เชี่ยวชาญระบบข้อมูลดิจิทัล เพื่อสร้างระบบฐานข้อมูลตามแผนงานที่กำหนด
๓. รวบรวมองค์ความรู้และเผยแพร่อย่างเป็นระบบ เพื่อนำมาใช้พัฒนาแผนการทำงาน อันนำไปสู่การพัฒนาเครื่องมือสื่อสาร และช่องทางสื่ออย่างมีประสิทธิภาพ

๔. กลุ่มแผนงานบริหารจัดการอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ

มุ่งเน้นการบริหารจัดการพื้นที่อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะให้เป็นพื้นที่สำหรับสนับสนุนการเรียนรู้ กิจกรรมและกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชน เป็นแหล่งเรียนรู้และการบริการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาวะ ตลอดจนเป็นพื้นที่บริหารจัดการทำงานสร้างเสริมสุขภาพภาคสังคม



จุดเน้นปี ๒๕๖๔

จัดระบบบริการเพื่ออำนวยความสะดวกให้เกิดการใช้พื้นที่อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อเสนอทางเลือกใหม่ของการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาวะด้วยการจุดประกายความคิด ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และให้บริการข้อมูลข่าวสารผ่านรูปแบบต่างๆ ต่อผู้มาใช้บริการ และการบริหารจัดการให้อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ เป็นอาคารต้นแบบของการลดใช้พลังงานเพื่ออนุรักษ์สภาพแวดล้อมโดยมุ่งเน้นการเป็น “สำนักงานสีเขียว” และ “อาคารเขียวด้านสิ่งแวดล้อม” ซึ่งต้องเป็นอาคารที่มีแนวทางการใช้ทรัพยากรและพลังงานในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ภายในสำนักงานอย่างรู้คุณค่า โดยรวมถึงการเลือกใช้อุปกรณ์ เครื่องใช้สำนักงานที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และจัดการของเสียอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการบริหารจัดการอาคารให้มีความยั่งยืน ให้ความสำคัญ และบริหารความเสี่ยงเพื่อให้มีความปลอดภัยในการใช้อาคาร

แนวทางการดำเนินงาน

๑. บริหารจัดการอาคารอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบำรุงรักษาระบบประกอบอาคาร การมีระบบควบคุมระบบการซ่อมบำรุงอาคาร การตรวจสอบความมั่นคงแข็งแรงของอาคารเพื่อจัดการวางแผนการบำรุงรักษา รวมไปถึงการเตรียมการเพื่อจัดการในสถานการณ์วิกฤต
๒. ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้มาใช้บริการในอาคาร เพื่อลดการใช้พลังงานและทรัพยากรอย่างรู้คุณค่า
๓. จัดระบบสนับสนุนต่างๆ ให้มีความพร้อมในการให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมาย อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด



งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานสร้างประสบการณ์การเรียนรู้สุขภาวะ	๙๐
๒. กลุ่มแผนงานการตลาดเพื่อสังคม	๒๒๒
๓. กลุ่มแผนงานบริหารจัดการอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ	๔๘
รวม	๓๖๐

งานบริหารจัดการ กองทุนและสำนักงาน

๑๖

สถานการณ์และแนวโน้ม

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีภารกิจในการสนับสนุนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ โดยเป็นองค์กรขนาดเล็กที่เน้นความยืดหยุ่นและใช้นวัตกรรมในการบริหารจัดการ มุ่งสร้างการมีส่วนร่วมและแสวงหาความร่วมมือจากหน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อขับเคลื่อนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ในลักษณะการรวมพลังให้เกิดผลลัพธ์เป้าหมายร่วมกัน (collective impact)

แผนบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน ประกอบด้วย แผนดำเนินงานประจำปีของ ๔ หน่วยงานย่อย ได้แก่ ฝ่ายอำนวยการ ฝ่ายบัญชีและการเงิน ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ ฝ่ายบริหารงานบุคคล ฝ่ายสนับสนุนงานนวัตกรรม ฝ่ายสื่อสารองค์กร ฝ่ายตรวจสอบภายใน ฝ่ายติดตามและประเมินผล และสำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์

อนึ่ง ในปี ๒๕๖๓ มีประเด็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ๒ ประการ ที่หน่วยงานย่อยที่เกี่ยวข้อง ต้องนำมาพิจารณาเตรียมการดำเนินงานรองรับ โดยบรรจุไว้ในแผนบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน ได้แก่

- ๑) การจัดทำผังโครงสร้างสถาปัตยกรรมองค์กรด้านดิจิทัล (Enterprise Architecture : EA) ของกองทุน ได้ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้วและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการกองทุนแล้ว เพื่อใช้กำหนดทิศทางการพัฒนาสู่การเป็นองค์กรดิจิทัล ตามนโยบายของรัฐบาล
- ๒) การปรับปรุงและจัดทำระเบียบ-ข้อบังคับขึ้นใหม่หลายฉบับ ที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างการบริหารงานภายในสำนักงาน ซึ่งมีหน่วยงานลักษณะพิเศษ (Special Delivery Unit : SDU) เพิ่มขึ้น รวมถึงการปรับปรุงระเบียบเกี่ยวกับรูปแบบข้อตกลงการรับทุน เพื่อแก้ปัญหาด้านการจัดการภาษีในการรับทุนสนับสนุนโครงการที่เป็นปัญหาต่อเนื่องมาหลายปี ซึ่งจะต้องมีการปรับปรุงระบบการบริหารจัดการด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว



จุดเน้นของแผน

๑. พัฒนามาตรฐานการทำงานอย่างมืออาชีพและมีระบบกำกับ การปฏิบัติตามมาตรฐาน โดยเฉพาะ ส่วนงานที่มีหน้าที่สนับสนุนการดำเนินงานแผนงาน/โครงการสร้างเสริมสุขภาพของทุกหน่วยงาน ใน สสส. และภาคีเครือข่าย
๒. ปรับปรุงกระบวนการทำงานให้สอดคล้องตามภารกิจสำนักงาน โดยไม่ขัดต่อกฎหมายและระเบียบ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงให้เป็นมาตรฐานตามกรอบหลักเกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานทุนหมุนเวียน ของกรมบัญชีกลางและองค์กรกำกับต่างๆ
๓. พัฒนาการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาช่วยในการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ และคุ้มค่า ตามนโยบายรัฐบาล (digital transformation) รวมถึงการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อช่วยในการ ตัดสินใจของผู้บริหาร โดยสอดคล้องตามผังโครงสร้างสถาปัตยกรรมองค์กรด้านดิจิทัล (EA)
๔. ยกระดับการบริหารจัดการอย่างมีธรรมาภิบาล มีระบบควบคุมภายในที่เชื่อมโยงและประสานกับระบบ การตรวจสอบภายใน และสามารถบริหารจัดการความเสี่ยงเพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสนับสนุนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่ายตามทิศทางและแนวนโยบาย ที่คณะกรรมการกองทุนมอบไว้
๒. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนและสำนักงานในด้านต่างๆ ให้ได้มาตรฐาน และ สอดคล้องกับระเบียบและข้อบังคับที่เปลี่ยนแปลงไป
๓. เพื่อเสริมสร้างกลไกการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล การบริหารความเสี่ยง และการควบคุม ภายใน

เป้าหมาย ๑ ปี และตัวชี้วัด

๑. การจัดทำทิศทางเป้าหมาย ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๗๔) แผนหลัก และแผนการดำเนินงานประจำปี ของกองทุนดำเนินการเสร็จสิ้นภายในเดือนสิงหาคมของปี ๒๕๖๔
๒. ได้รับการประเมินผลการดำเนินงานในด้านทุนหมุนเวียนจากคณะกรรมการประเมินผลในระดับดี (๔.๐๐ คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม ๕.๐๐ คะแนน) ประเด็นการเพิ่มประสิทธิภาพ ๕ ด้าน ได้แก่
 - ๒.๑ ด้านการกำกับดูแลของคณะกรรมการทุนหมุนเวียน
 - ๒.๒ ด้านการบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายใน
 - ๒.๓ ด้านการตรวจสอบภายใน

- ๒.๔ ด้านการบริหารจัดการสารสนเทศ
- ๒.๕ ด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล
- ๓. ได้รับการประเมินระดับธรรมาภิบาลในองค์กร จากคณะอนุกรรมการการประเมินระดับธรรมาภิบาลในระดับดี (๔.๐๐ คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม ๕.๐๐ คะแนน)
- ๔. ได้รับการประเมินผลความก้าวหน้าสู่การเป็นองค์กรแบบดิจิทัล จากคณะกรรมการประเมินผลในระดับดี (๔.๐๐ คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม ๕.๐๐ คะแนน)
- ๕. ผลสำรวจความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของ สสส. ในกลุ่มประชาชน ภาคี และสื่อมวลชน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐
- ๖. ผลสำรวจคะแนนภาพลักษณ์โดยรวมของ สสส. ในกลุ่มประชาชน ภาคี และสื่อมวลชน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐

แนวทางการดำเนินงาน

ด้านการบริหารและพัฒนาบุคลากรและองค์กร

๑. เพิ่มประสิทธิภาพระบบและกระบวนการบริหารงานบุคคลโดยการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการสรรหาและคัดเลือกบุคลากรที่มีคุณภาพ ได้แก่ การพัฒนาปรับปรุงเครื่องมือในการคัดเลือกบุคลากรที่ครอบคลุมมิติสำคัญสอดคล้องกับค่านิยมหลักและสมรรถนะของ สสส. การพัฒนาทักษะการสัมภาษณ์งานของผู้บริหาร การทบทวนและปรับปรุงคำบรรยายลักษณะงาน (Job Description/ Position Profile) ให้สอดคล้องกับโครงสร้างการบริหารงานและภาระงานที่เป็นปัจจุบัน
๒. พัฒนาบุคลากรตามแผนเส้นทางการพัฒนาบุคลากรสู่ความเป็นนักสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมีอาชีพ (Health Promotion Enabler Development Roadmap) อย่างเป็นระบบและต่อเนื่องโดยมุ่งเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ของบุคลากรด้วยรูปแบบที่หลากหลายและสอดคล้องกับบริบทสังคมปัจจุบัน ได้แก่ การเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (e-learning และ micro learning) การฝึกอบรมตามสมรรถนะ (Competency) ในแต่ละระดับตำแหน่ง การสอนงาน (Mentoring & Coaching) การแบ่งปันและจัดการความรู้ การหมุนเวียนบุคลากรเพื่อสร้างความร่วมมือและความเข้าใจในงานตลอดจนการพัฒนาทักษะและสมรรถนะของบุคลากรเพื่อรองรับการเข้าสู่การเป็นองค์กรดิจิทัล การพัฒนาผู้บริหาร และการทบทวนสมรรถนะหลัก (Core Competency) สมรรถนะผู้นำ (Leadership Competency) และสมรรถนะตามบทบาทหน้าที่ (Functional Competency)
๓. เสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรและความผูกพันต่อองค์กร โดยมุ่งสร้างการรับรู้และเข้าใจแบรนด์มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการแสดงออกของแบรนด์ (Brand expression) เพื่อสื่อสารภาพลักษณ์ สสส. การสร้างความผูกพันของบุคลากร และการสื่อสารภายในองค์กร ตลอดจนสนับสนุนกระบวนการพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นองค์กรสร้างเสริมสุขภาพมีอาชีพและองค์กรแห่งความสุข (Happy Workplace)



ด้านการเงิน การบัญชี พัสดุ และตรวจสอบแผนงานโครงการ

๑. ควบคุมกำกับกำกับการดำเนินงานด้านการเงินและบัญชีให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และตรวจสอบได้
๒. พัฒนาระบบและวิธีดำเนินงานในการตรวจสอบโครงการให้สอดคล้องตามระเบียบและแนวทางปฏิบัติที่สำนักงานกำหนด
๓. ปรับปรุงคู่มือด้านการเงิน บัญชีและพัสดุของภาคี ให้สอดคล้องกับรูปแบบข้อตกลงและระเบียบ-ข้อบังคับที่ประกาศใช้ในปัจจุบัน โดยทำงานร่วมกับสำนัก/ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง
๔. ปรับปรุงระบบเบิกจ่าย (e-Form) และระบบควบคุมกำกับติดตามงบประมาณและการเบิกจ่าย (e-Budget) เพื่อให้สามารถรองรับการทำงานด้านเบิกจ่าย และการควบคุมกำกับติดตามการใช้งบประมาณกองทุนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยทำงานร่วมกับสำนัก/ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง
๕. สนับสนุนและพัฒนาบริการของศูนย์ให้คำปรึกษาสำหรับภาคีผู้รับทุน เพื่อแก้ไขปัญหาด้านการเงิน การบัญชี ภาษี และพัสดุ ได้อย่างรวดเร็วและมีคุณภาพ
๖. ร่วมกับสำนัก/ฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการวิเคราะห์และทบทวนทางเลือกของระบบบัญชีที่เหมาะสมกับการเบิกจ่ายเงินในทุกกิจกรรมของกองทุน และเตรียมการพัฒนาระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อยกระดับสู่ระบบการเบิกจ่ายผ่านอิเล็กทรอนิกส์ทุกขั้นตอนในระยะต่อไป

ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

๑. ประยุกต์ใช้ผลจากการทำสถาปัตยกรรมองค์กรด้านดิจิทัล (Enterprise Architecture) มาใช้ในการออกแบบกระบวนการทำงานและพัฒนาระบบต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกและลดอุปสรรคในการทำงาน รวมถึงเป็นระบบที่เชื่อมโยงต่อเนื่องทั้งองค์กร (seamless) และง่ายต่อการใช้งาน (user friendly)
๒. บริหารจัดการและพัฒนาระบบธรรมาภิบาลข้อมูล (data governance) ที่จะช่วยเชื่อมโยงข้อมูลทั้งภายในและภายนอก สสส. แบบดิจิทัล เพื่อให้ผู้ใช้งานสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่มาจากรากหลายระบบได้โดยสะดวก
๓. พัฒนาระบบจัดเก็บเอกสารในรูปแบบดิจิทัล เพื่อลดการจัดเก็บเอกสารหลักฐานที่เป็นกระดาษ และแปลงเอกสารกระดาษให้เป็นข้อมูลที่สามารถเข้าถึงหรือสืบค้นเนื้อหาได้แบบอัตโนมัติ
๔. จัดทำแพลตฟอร์มที่รองรับการออกแบบทุกระบบดิจิทัลขององค์กร เพื่อสนับสนุนกลไกการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ รวมถึงพัฒนาบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ให้มีขีดความสามารถในการรองรับการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาที่รวดเร็ว

ด้านอำนวยการบริหารจัดการสำนักงาน

๑. พัฒนากฎระเบียบหรือข้อบังคับเพื่อรองรับการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาปรับใช้ในการปฏิบัติงานขององค์กรตามนโยบายรัฐบาลดิจิทัล รวมถึงการจัดทำคู่มือหรือเครื่องมือที่ช่วยสร้างเสริมความรู้และความเข้าใจ เพื่อสนับสนุนการทำงานของสำนัก/ฝ่าย ให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับ และเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงาน



๒. ปรับปรุงมาตรฐานและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของฝ่ายอำนวยการให้สอดคล้องกับภารกิจขององค์กรและเป็นไปตามระเบียบ ข้อบังคับ หรือประกาศของสำนักงาน
๓. นำเทคโนโลยีดิจิทัล มาช่วยในการเพิ่มประสิทธิภาพในการอำนวยการและสนับสนุนการดำเนินงานของสำนัก/ฝ่าย
๔. ดำเนินการตามแผนแม่บทอาคารศูนย์เรียนรู้สุภาพะ เพื่อบริหารจัดการงานอาคารตามการใช้ประโยชน์และทิศทางการใช้งานอาคารในอนาคต โดยคำนึงถึงเป้าประสงค์ของอาคาร การลดใช้พลังงาน และการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดประโยชน์และมีประสิทธิภาพการใช้สอยสูงสุด

ด้านพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์

เพื่อวางแผนกำหนดทิศทางและยุทธศาสตร์การดำเนินงานของ สสส. ในทศวรรษหน้า (พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๗๔) รวมถึงการจัดทำแผนหลัก และแผนการดำเนินงานประจำปี ให้ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการขององค์กร โดยใช้การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมการดำเนินงานการ และผลการดำเนินงานในช่วงที่ผ่านมา จัดทำแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล และเป้าประสงค์ขององค์กร จึงกำหนดแนวทางการดำเนินงานดังนี้

๑. พัฒนาระบบการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนหลัก และแผนการดำเนินงานประจำปี
๒. ปรับปรุงกระบวนการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี เพื่อให้ทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมสอดคล้องกับหลักธรรมาภิบาล
๓. ร่วมกับสำนัก/ฝ่ายที่เกี่ยวข้องยกระดับองค์กรในการพัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการตามกรอบรูปแบบองค์กรที่เป็นเลิศ (Organizational Excellence Model)

ด้านการบริหารความเสี่ยง

เพื่อจัดการความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานของ สสส. โดยการบริหารความเสี่ยงจะเน้นการมีส่วนร่วมจากสำนัก/ฝ่ายใน สสส. และสอดคล้องตามมาตรฐานสากล COSO ERM และ ISO31000 ทั้งนี้การบริหารความเสี่ยงของ สสส. จะมีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ซึ่งมีองค์ประกอบเป็นตัวแทนคณะกรรมการกองทุน ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้บริหารระดับสูง เป็นผู้กำหนดนโยบายกรอบแนวทาง กำกับติดตาม และให้ข้อเสนอแนะ เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ด้านการตรวจสอบภายใน

การตรวจสอบภายใน สสส. ใช้ยุทธศาสตร์การดำเนินงานมุ่งเน้นการพัฒนา “การตรวจสอบแบบกัลยาณมิตร และเพิ่มมูลค่าจากการปฏิบัติงาน” นำเสนอผลการตรวจสอบพร้อมข้อเสนอแนะที่เหมาะสม และเป็นไปได้ ส่งมอบให้หน่วยรับตรวจเพื่อนำข้อมูลไปพิจารณาดำเนินการปรับปรุงพัฒนากระบวนการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และเกิดประสิทธิผลสูงสุด มีการดำเนินงาน ๓ ระดับ คือ



๑. ระดับสูง: รวบรวม ประมวลและสังเคราะห์ผลเพื่อสร้างมูลค่าเพิ่ม ฝ่ายตรวจสอบภายในดำเนินการรวบรวม ประมวลและสังเคราะห์ข้อมูลสาระสำคัญที่ได้จากรายงานตรวจสอบที่ผ่านมาทั้งหลาย โดยจัดทำเป็นรายงานทางวิชาการ ข้อมูลทางสถิติและเชิงคุณภาพ หรือข้อมูลสำคัญเชิงลึกเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจสำคัญสุดท้าย (Final Decision Making) ของผู้บริหารระดับสูงในการพัฒนาระบบปฏิบัติงานและองค์กรให้มีคุณภาพ เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อันเป็นการสร้างมูลค่าเพิ่มจากรายงานผลการตรวจสอบโดยปกติทั่วไป
๒. ระดับกลาง : ตรวจสอบภายในระดับองค์กร ได้แก่ การดำเนินงานตรวจสอบภายในสำนักงานเกี่ยวกับ การบริหารงบประมาณ การเงิน การบัญชี การพัสดุและทรัพย์สิน และการบริหารงานด้านอื่นๆ ของกองทุน สสส.
๓. ระดับย่อย : ตรวจสอบภายในระดับโครงการที่ได้รับทุน/รับจ้าง จาก สสส. ได้แก่ การดำเนินงานตรวจสอบภายในโครงการเกี่ยวกับการบริหารจัดการด้านการเงิน การบัญชี การพัสดุและทรัพย์สิน การปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับ และการดำเนินงานของโครงการต่างๆ ที่ สสส. สนับสนุนทุน หรือจัดซื้อจัดจ้าง

ด้านการติดตามและประเมินผล

สนับสนุนการทำงานของ “คณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ” รวมทั้งคณะกรรมการย่อยชุดต่างๆ ที่คณะกรรมการประเมินผลฯ ได้แต่งตั้งขึ้น เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามอำนาจหน้าที่ที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ อาทิ การจัดทำรายงานการประเมินผลการดำเนินงานของ สสส. การศึกษา/การประเมินผลประเด็นพิเศษต่างๆ และการศึกษาดูงานในพื้นที่

ด้านการสื่อสารองค์กร เผยแพร่ข้อมูล และประชาสัมพันธ์

๑. สนับสนุนการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างภาพลักษณ์องค์กรของส่วนงานต่าง ๆ ของ สสส. ตามแนวทางการดำเนินงานของ สสส. ในฐานะผู้สร้างสุขภาวะที่ดีขึ้นให้แก่ประชาชน เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเห็นคุณค่า เข้าใจวิธีการทำงาน ความโปร่งใส ผลงานและความคุ้มค่า ตลอดจนประเด็นหรือข้อคำถามที่มีต่อองค์กร
๒. กำหนดประเด็น และผลิตชุดข้อมูลสื่อสารเพื่อเสริมสร้างภาพลักษณ์องค์กรที่ทันสถานการณ์ โดยร่วมกับสำนักเชิงรุกและภาคีเครือข่าย
๓. วางระบบจัดการประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อองค์กรจากสื่อทุกประเภท โดยเฉพาะสื่อออนไลน์ มีกระบวนการติดตามตรวจสอบ และจัดการข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว เพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. การบริหารและพัฒนาบุคลากรและองค์กร (เงินเดือน ค่าจ้าง และการพัฒนาบุคลากร)	๑๙๐.๐๐
๒. การเงิน การบัญชี พัสดุ และตรวจสอบโครงการ	๒๐.๐๐
๓. การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ	๔๕.๐๐
๔. การอำนวยความสะดวกและบริหารสำนักงาน	๖๔.๓๐
๕. การพัฒนานโยบาย และยุทธศาสตร์ บริหารความเสี่ยง	๖.๕๐
๖. การตรวจสอบภายใน	๕.๐๐
๗. การติดตามและประเมินผล	๓.๐๐
๘. การสื่อสารองค์กร เผยแพร่ข้อมูล และประชาสัมพันธ์	๒๓.๐๐
รวม	๓๕๖.๘๐



งานพัฒนาและจัดการ กลุ่มงานกลาง

๑๗

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของกองทุน มีการดำเนินงานเพื่อการปรับทิศทางการทำงานขององค์การอย่างต่อเนื่อง โดยให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการดำเนินงานแบบบูรณาการ และการจัดกลุ่มส่วนงานแบบ “Cluster” เพื่อให้สอดคล้องและทันต่อสถานการณ์ทางด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ การดำเนินงานและประสานงานในรูปแบบต่างๆ แล้ว กองทุนยังได้พัฒนารูปแบบการบูรณาการงานใหม่ ที่มีลักษณะประสานและต่อยอดจากฐานงานเดิมที่มีอยู่ โดยเพิ่มการจัดการและงบประมาณที่จำเป็น โดยกระบวนการพัฒนากลุ่มงานกลางมุ่งให้ความสำคัญกับการดำเนินงานในเรื่องที่มีการพิจารณาร่วมกันว่าเป็นประเด็นใหม่หรือสถานการณ์ประเด็นเร่งด่วนที่ สสส. ควรดำเนินงานเพิ่มเติม และมีความเกี่ยวข้องกับภารกิจของหลายแผนงานหลักที่จะพัฒนาเป็นภาพรวมของกลุ่มงานใหม่ และเมื่อเกิดกลไกกลางประสานให้เกิดการดำเนินงานขึ้นแล้วสามารถประสานภารกิจเข้าสู่ภายใต้แผนการดำเนินงานหลักของกองทุนได้ต่อไป



สถานการณ์และแนวโน้ม

สถานการณ์ด้านสุขภาพที่ผ่านมากลุ่มแผนงานกลางได้พัฒนางานในประเด็นใหม่ๆ ซึ่งมีความสำคัญและเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ส่งผลกระทบต่อ การสร้างเสริมสุขภาพของคนไทยหลายประเด็น และได้ส่งมอบภารกิจให้กับแผนงานหลักที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบประสานงานต่อเพื่อให้เกิดการบูรณาการและความยั่งยืนในการดำเนินงาน อาทิ การลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) การเฝ้าระวังความเป็นธรรมทางสุขภาพในสังคมไทย การประเมินงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงเศรษฐศาสตร์ในประเทศไทย เป็นต้น และในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ แนวโน้มทิศทางด้านสุขภาพของประเทศไทยยังคงอยู่ภายใต้ผลกระทบหลังการแพร่ระบาดของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้น โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นในประเด็นสำคัญ ได้แก่

- ๑) โครงสร้างทางเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลง ผลกระทบต่อการจ้างงาน ค่าจ้าง ความยากจน และความเหลื่อมล้ำ ไม่สามารถพึ่งพารายได้ทางใดทางหนึ่งจนเกินไป แต่อาศัยการบริโภคและการลงทุนในประเทศเป็นเครื่องจักรสำคัญด้วย

- ๒) การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบและการให้บริการ โดยเฉพาะด้านที่ส่งผลกับสุขภาพโดยตรง จะมีการปรับเปลี่ยนให้ทั่วถึงและเสมอภาคมากขึ้นเพื่อให้สามารถป้องกันการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะส่วนที่เป็นพื้นที่เสี่ยงหรือกลุ่มเสี่ยง
- ๓) สังคมจะก้าวเข้าสู่สังคมดิจิทัลอย่างเต็มรูปแบบมากขึ้น จากการเว้นระยะห่างทางกายภาพสู่การเชื่อมต่อกับสังคมด้วยสัญญาณอินเทอร์เน็ต พฤติกรรมของผู้บริโภคจะเปลี่ยนแปลงไป ทั้งด้านการใช้ชีวิตประจำวัน การศึกษา การทำงาน และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

จากสถานการณ์ของโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดการปรับทิศทางการดำเนินงานของแผนงานหลักของกองทุนในช่วงที่ผ่านมาและต่อเนื่องถึงแผนการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ในการตอบสนองต่อนโยบายสำคัญเร่งด่วนที่มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของประชาชนและสังคม

จุดเน้นของแผน

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง มุ่งเน้นการตอบสนองงานบูรณาการในกลุ่มงานแบบ “Cluster” ตามกรอบแนวนโยบายและจุดเน้นการดำเนินงานที่คณะกรรมการกองทุนมอบหมาย รวมถึงงานบูรณาการวาระกลางประจำปีในเรื่องการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยมีสาระสำคัญของแผนที่ครอบคลุมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ทิศทางเป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปีของ สสส. โดยเร่งดำเนินการผลงานที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายเป็นพิเศษ รวมถึงการใช้กลไกการกำกับ ติดตาม และประเมินผลที่มีประสิทธิภาพเพื่อวางทิศทางการดำเนินงานสู่ทศวรรษที่สามขององค์การ และการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพอื่นๆ รวมทั้งการเตรียมความพร้อมรองรับปัญหาสุขภาพเร่งด่วนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตพัฒนาและต่อยอดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างมีพลวัตที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยเน้นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก ที่เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่เพื่อสร้างพื้นที่สุขภาพโดยใช้ชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานให้มีความยืดหยุ่นต่อการจัดการผลกระทบทางสุขภาพด้วยตนเอง และให้คำนึงถึงความแตกต่างของบุคคลและกลุ่มประชากร โดยเฉพาะประชากรกลุ่มเฉพาะและสังคมผู้สูงอายุ รวมถึงสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพตามยุทธศาสตร์ชาติ และโดยเฉพาะประเด็นที่มีผลกระทบต่อสุขภาพที่สำคัญเร่งด่วน อันได้แก่ผลกระทบจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ที่มีผลต่อวิถีชีวิตและสังคมของประชาชนไทย เป็นต้น

เป้าหมาย ๑ ปี

๑. มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพ
๒. มีแผนและงบประมาณรองรับภารกิจใหม่และสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างเหมาะสมและทันสถานการณ์

แนวทางการดำเนินงาน

๑. ประสานความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข องค์กรสุขภาพ และสถาบันวิชาการต่างๆ ในการเชื่อมโยงเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปีของกองทุน โดยเฉพาะผลงานที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายเป็นพิเศษ รวมถึงการศึกษา ทบทวนยุทธศาสตร์การดำเนินงาน และการพัฒนาแนวทางการใช้กลไกการกำกับ ติดตาม และ ประเมินผลที่มีประสิทธิภาพเพื่อวางทิศทางการดำเนินงานสู่ทศวรรษที่สามขององค์กร
๒. เสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสื่อสารสร้างสุขภาพตั้งแต่ระดับ บุคคล องค์กร ภาคนโยบาย มุ่งสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของร่วม จนเกิดการร่วมผลักดันประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพนำไปสู่ การเปลี่ยนแปลงสังคมผ่านการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)
๓. สนับสนุนการพัฒนาและต่อยอดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างมีพลวัต ทั้งในเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากรเฉพาะ รวมถึงสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพตามยุทธศาสตร์ชาติ และโดยเฉพาะประเด็นที่มีผลกระทบต่อสุขภาพสำคัญเร่งด่วน อันได้แก่ผลกระทบจากสถานการณ์ แพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ที่มีผลต่อวิถีชีวิตและสังคมของประชาชนไทย

การบริหารจัดการ

งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลางอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาสำนักงาน

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานจัดการกลุ่มงานกลาง	๔๔.๓
รวม	๔๔.๓



ส่วนที่

๓

ภาคผนวก

๑. กรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่และลูกจ้าง สสส. ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔
๒. ข้อบังคับกองทุนฯ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงิน
เพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๒
๓. การดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลในการจัดทำแผนการดำเนินงาน
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔
๔. การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ
(Integrity and Transparency Assessment : ITA)

กรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่และลูกจ้าง สส. ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

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

สำนักสนับสนุนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๔
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	๑
รวม	๗

สำนักสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๕
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	๑
รวม	๘

สำนักสร้างสรรค์โอกาส	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๗
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	๓
รวม	๑๒

สำนักสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ	
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 ๖/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๒ คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จึงออกข้อบังคับไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า “ข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๒”

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๙

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 เพื่อทำหน้าที่พิจารณาถ้อยแถลงของบุคคลที่ผู้จัดการเสนอตามที่ได้ปรึกษาหารือกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับแผนนั้นๆ และให้ผู้จัดการเสนอรายชื่อบุคคลที่ผ่านการถ้อยแถลงจากคณะกรรมการสรรหาเพื่อเสนอให้คณะกรรมการพิจารณาให้ความเห็นชอบและประกาศแต่งตั้ง

ข้อ ๑๐ ให้คณะกรรมการบริหารแผนมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสามปีหรือตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะจะดำรงตำแหน่งติดต่อกันเกินสองวาระไม่ได้ เว้นแต่ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งดำรงตำแหน่งประธานกรรมการบริหารแผนให้ดำรงตำแหน่งติดต่อกันได้ไม่เกินสามวาระ

เมื่อครบกำหนดตามวาระในวาระหนึ่ง 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 เว้นแต่คณะกรรมการบริหารแผนจะมีมติกำหนดแนวปฏิบัติไว้เป็นอื่น โดยไม่ขัดหรือแย้งกับหลักการของมาตรา ๒๒

ข้อ ๑๒ ให้นำระเบียบกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยประมวลจริยธรรมของกรรมการผู้จัดการ และผู้ปฏิบัติงานในกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มาใช้เป็นหลักการและแนวปฏิบัติสำหรับประธานกรรมการและกรรมการในคณะกรรมการบริหารแผนด้วยโดยอนุโลม

ให้สำนักงานกองทุนแจ้งระเบียบตามวรรคหนึ่งเป็นลายลักษณ์อักษรให้ประธานกรรมการและกรรมการในคณะกรรมการบริหารแผนได้ทราบตั้งแต่แรกเริ่มปฏิบัติหน้าที่

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) เสนอคณะกรรมการเพื่อพิจารณาแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิทดแทนกรรมการบริหารแผนที่พ้นจากปฏิบัติหน้าที่ 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 โดยเริ่มดำเนินการอย่างช้าภายในระยะเวลาที่หนึ่งของระยะเวลาที่กำหนดในแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการนั้น

ข้อ ๑๗ ให้คณะกรรมการบริหารแผนจัดให้มีการประเมินผลลัพธ์ของแผนอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อสามปี และรายงานให้คณะกรรมการทราบ

ข้อ ๑๘ คณะกรรมการหรือคณะกรรมการบริหารแผน อาจจัดให้มีการติดตามและประเมินผล นอกเหนือจากการรายงานและประเมินผลในข้อ ๑๕ ข้อ ๑๖ และข้อ ๑๗ ก็ได้

หมวด ๓

การดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานของกองทุน

ข้อ ๑๙ การดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานของกองทุน ให้สำนักงานกองทุนดำเนินการ โดยวิธีการดังต่อไปนี้

- (๑) การสนับสนุนทุนให้แก่ภาคี
- (๒) การสนับสนุนทุนร่วมกับภาคีเพื่อการสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
- (๓) การให้บริการหรือปฏิบัติการกิจโดยส่วนงานภายในสำนักงานกองทุน

ส่วนที่ ๑

การสนับสนุนทุนให้แก่ภาคี

ข้อ ๒๐ สำนักงานกองทุนอาจให้การสนับสนุนแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ที่มีลักษณะเป็นกิจกรรม ๓ ประเภท ดังนี้

(๑) กิจกรรมด้านการพัฒนาและปฏิบัติการ หมายถึง กิจกรรมที่มีลักษณะเป็นการฝึกอบรม การรณรงค์ การจัดกิจกรรมหรือพัฒนารูปแบบที่เป็นนวัตกรรม การพัฒนาเครือข่ายภาคี หรือปฏิบัติการอื่นใดในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ



(๒) กิจกรรมด้านการศึกษาวิจัยและการประเมิน หมายถึง กิจกรรมที่มีลักษณะเป็นการศึกษาวิจัย การทบทวนองค์ความรู้ การวิจัยและพัฒนา การประเมินผล รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพทางการวิจัยหรือการประเมินด้วย

(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 โดยต้องไม่เป็นการมุ่งจัดหาครุภัณฑ์ ที่ดินหรือสิ่งก่อสร้างเป็นหลัก หรือเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ทางการเมืองอย่างชัดเจน 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

จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิในการกลั่นกรองทางวิชาการตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามขนาดแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ดังนี้



ขนาดแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ (งบประมาณที่ขอ)	จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ
• ไม่เกิน ๒๐๐,๐๐๐ บาท	อย่างน้อย ๑ คน
• ๒๐๐,๐๐๑ - ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท	อย่างน้อย ๓ คน
• ๑,๐๐๐,๐๐๑ - ๕,๐๐๐,๐๐๐ บาท	อย่างน้อย ๕ คน
• ๕,๐๐๐,๐๐๑ - ๑๐,๐๐๐,๐๐๐ บาท	อย่างน้อย ๗ คน 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



ผู้ทรงคุณวุฒิตามวรรคหนึ่งให้เลือกจากบัญชีรายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อกลับกรองทางวิชาการตามข้อ ๒๔ ข้อ ๒๔ ให้สำนักงานกองทุนจัดทำบัญชีรายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อกลับกรองทางวิชาการ จำนวน ๓ บัญชี ดังนี้

(๑) บัญชีกลางหมายถึงบัญชีรายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งประกอบด้วยกรรมการกองทุน กรรมการบริหารแผน อนุกรรมการ ผู้บริหารกองทุน และผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญอื่นๆ ที่เหมาะสมจะเป็นผู้ทรงคุณวุฒิร่วมของทุกแผนได้ โดยให้ผู้จัดการรับผิดชอบในการจัดทำปีละครั้ง และให้ใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตามบัญชีนี้ในการกลับกรองทางวิชาการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการได้ในทุกแผน

(๒) บัญชีเฉพาะของคณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะ หมายถึง บัญชีรายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งประกอบด้วยผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญที่คณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะเห็นชอบซึ่งไม่มีรายชื่อซ้ำกับบัญชีกลาง โดยให้ผู้จัดการร่วมกับผู้จัดการแผนงานจัดทำบัญชีรายชื่อแล้วเสนอขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะปีละครั้ง และให้ใช้ผู้ทรงคุณวุฒิตามบัญชีนี้ได้เฉพาะการกลับกรองทางวิชาการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะ

(๓) บัญชีเฉพาะของแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ หมายถึง บัญชีรายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่คณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะเห็นชอบให้เป็นผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะสำหรับการกลับกรองทางวิชาการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการนั้นๆ รวมถึงการกลับกรองทางวิชาการสำหรับโครงการย่อยที่มีได้ทำสัญญา รับทุนกับกองทุนโดยตรงด้วย ทั้งนี้ ให้กรรมการกำกับทิศทางเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตามบัญชีนี้โดยอัตโนมัติและให้สามารถกลับกรองทางวิชาการได้เช่นเดียวกับผู้ทรงคุณวุฒิที่คณะกรรมการบริหารแผนได้ให้ความเห็นชอบ

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 พร้อมทั้งแจ้งผู้รับทุนทราบโดยเร็ว

ผู้รับทุนที่ขาดคุณสมบัติตามวรรคสอง อาจอุทธรณ์คำสั่งดังกล่าวต่อผู้จัดการภายใน ๑๕ วัน นับแต่วันที่ ได้รับแจ้ง 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 ให้พิจารณาโดยคำนึงถึงข้อมูลจากแหล่งทุนอื่น ประกอบด้วย



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 ให้ผู้จัดการพิจารณาอนุมัติแล้วรายงานให้คณะกรรมการทราบ

(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 หรือโครงการที่ได้รับการอนุมัติสนับสนุนงบประมาณไปแล้วก่อนวันที่
ข้อบังคับนี้ใช้บังคับ ดำเนินการต่อไปจนสิ้นสุดแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ หรือจนกว่าจะปฏิบัติตาม
ข้อบังคับนี้ได้

ข้อ ๓๙ ให้คณะกรรมการบริหารแผนหรือคณะกรรมการกำกับทิศทาง ซึ่งปฏิบัติหน้าที่อยู่ในวัน ก่อนวันที่
ข้อบังคับนี้ใช้บังคับ ยังคงปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนครบวาระ โดยถือเป็นคณะกรรมการบริหารแผนและ
คณะกรรมการกำกับทิศทางตามข้อบังคับนี้

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. ๒๕๖๔

ตามที่คณะกรรมการประเมินผลได้มีการประเมินผลการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาลของ สสส. ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ จนถึงปัจจุบัน และที่ผ่านมาสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้มีการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการด้านการประเมินผลการบริหารจัดการที่ดี^{๑๓๒} มาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ สสส. ได้มีการปรับปรุงกรอบการประเมินธรรมาภิบาล เพื่อให้การประเมินมีความชัดเจนและสอดคล้องต่อกระบวนการดำเนินงานและพันธกิจหลักที่สำคัญของ สสส. ให้มากยิ่งขึ้น โดยแบ่งการประเมินออกเป็น ๒ ส่วนคือ ส่วนที่ ๑ : การประเมินธรรมาภิบาลด้านกระบวนการ โดยเน้นกระบวนการดำเนินงานที่สำคัญของ สสส. ๓ กระบวนการ ได้แก่ ๑) การวางแผนยุทธศาสตร์ ๒) การสนับสนุนทุน และ ๓) การประเมินผล และส่วนที่ ๒ : การประเมินธรรมาภิบาลด้านผลลัพธ์ของทั้ง ๓ กระบวนการ รวมทั้งยังคงยึดตามกรอบการประเมินการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล ๖ หลักการ ตามที่คณะกรรมการประเมินผลได้เห็นชอบไว้ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ ได้แก่ หลักการปลอดผลประโยชน์ทับซ้อน หลักความรับผิดชอบต่อผลการดำเนินงาน หลักการมีส่วนร่วม หลักความโปร่งใส หลักนิติธรรม และหลักความถูกต้องชอบธรรม

จากการตรวจสอบของฝ่ายติดตามและประเมินผล พบว่า สสส. ได้มีการประกาศสำนักงานกองทุนเรื่องเจตจำนงและนโยบายการบริหารกิจการตามหลักธรรมาภิบาล พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อเป็นมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติให้บุคลากรของ สสส. ยึดถือปฏิบัติควบคู่กับการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และข้อบังคับอื่นๆ ทั้งนี้ในการจัดทำแผนการดำเนินงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ สสส. ได้ดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลในทุกขั้นตอน ดังนี้

๑. หลักการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน

สสส. มีการเผยแพร่แนวทางการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนในกระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์อย่างเป็นทางการในการประชุมพิจารณาแผนของคณะกรรมการบริหารแผนทุกคณะ มีกระบวนการกลั่นกรองผลประโยชน์ทับซ้อนในขั้นตอนการพิจารณาแผน ซึ่งพบว่าคณะกรรมการบริหารแผนมีการปลอดจากผลประโยชน์ทับซ้อนตามระเบียบของ สสส. รวมทั้งมีการสื่อสารถึงแนวทางปฏิบัติในการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ

๒. หลักการแสดงความรับผิดชอบต่อผลงาน

สสส. มีการทบทวนทิศทาง เป้าหมายและ ยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี โดยการวางแผนการดำเนินงานทั้งในภาพรวมและรายแผน ได้มีการวิเคราะห์สถานการณ์และประเมินทางเลือกต่างๆ อย่างรอบคอบ โดยใช้ข้อมูลหลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผน มีการชี้แจงผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาให้ผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ทราบ รวมทั้งมีการกำหนดเป้าหมาย/ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่ชัดเจน

^{๑๓๒} ซึ่งแต่งตั้งโดยคณะกรรมการประเมินผล

๓. หลักการมีส่วนร่วม

สสส. มีการแจ้งให้สาธารณชนทราบล่วงหน้า โดยมีการระบุกรอบระยะเวลาและช่องทางการมีส่วนร่วมในการวางแผนยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนในหลายช่องทาง รวมทั้งกำหนดให้มีความหลากหลายของภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วมเวที/กระบวนการวางแผนตามความเหมาะสม

๔. หลักความโปร่งใส

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

๕. หลักนิติธรรม

สสส. มีการรวบรวมระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวางแผน เพื่อความสะดวกในการเข้าถึง และได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องของกระบวนการและรายงานให้ผู้บริหาร คณะกรรมการบริหารแผน คณะกรรมการกองทุน ฯลฯ ได้รับทราบก่อนตัดสินใจอนุมัติร่างแผน/แผนในแต่ละขั้นตอน

๖. หลักความถูกต้องชอบธรรม

สสส. มีการเน้นย้ำเพื่อสร้างความตระหนักเรื่องหลักความถูกต้องชอบธรรมในทุกขั้นตอน มีกระบวนการพิจารณาของกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อถ่วงถ่วงความถูกต้องชอบธรรมทั้งในระดับแผนและในภาพรวม รวมถึงเปิดให้มีช่องทางการร้องเรียนหากพบว่าการดำเนินการที่ไม่ถูกต้อง

การประเมินผลการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาลของ สสส. เป็นการประเมินผลโดยสำนักงานร่วมกับผู้ประเมินผลภายนอก ภายใต้การกำกับดูแลของคณะอนุกรรมการด้านการประเมินผลการบริหารจัดการที่ดี โดยในแต่ละปีสำนักงานจะนำเสนอรายงานการประเมินผลการดำเนินงานตลอดปีงบประมาณต่อคณะกรรมการประเมินผล เพื่อพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะต่อสำนักงานในการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการที่ดี ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้การปฏิบัติงานของ สสส. มีระบบบริหารจัดการและการกำกับดูแลกิจการที่ดี มีความชัดเจน โปร่งใส และมีธรรมาภิบาลเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง



การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)

การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญต่อการประเมินองค์กรในมิติของการส่งเสริมคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งการประเมิน ITA เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (สำนักงาน ป.ป.ช.) ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ มาจนถึงปัจจุบัน ประกอบด้วย การประเมินตามประเด็น ๑๐ ตัวชี้วัด ได้แก่ ๑) การปฏิบัติหน้าที่ ๒) การใช้งบประมาณ ๓) การใช้อำนาจ ๔) การใช้ทรัพย์สินของราชการ ๕) การแก้ไขปัญหาทุจริต ๖) คุณภาพการดำเนินงาน ๗) ประสิทธิภาพการสื่อสาร ๘) การปรับปรุงระบบการทำงาน ๙) การเปิดเผยข้อมูล ๑๐) การป้องกันการทุจริต

สำหรับการประเมิน ITA ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ อยู่ภายใต้แนวคิด “Open to Transparency” ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญของการประเมิน ITA ที่มาจากการ “เปิด” ๒ ส่วน คือ ๑. การเปิดเผยข้อมูลของหน่วยงานภาครัฐเพื่อให้สาธารณชนได้รับทราบและสามารถตรวจสอบการดำเนินงานได้ และ ๒. การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของหน่วยงานภาครัฐ ทั้งเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน และประชาชนผู้รับบริการหรือติดต่อกับหน่วยงานภาครัฐได้เข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินหรือแสดงความเห็นต่อหน่วยงานภาครัฐผ่านการประเมิน ITA ซึ่งการ “เปิด” ทั้ง ๒ ส่วนข้างต้นนั้นจะช่วยส่งเสริมให้หน่วยงานภาครัฐมีความโปร่งใสและนำไปสู่การต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบของทุกภาคส่วน

ทั้งนี้ในการจัดทำแผนการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ยังคงยึดหลักการเปิดโอกาสให้เกิดการมีส่วนร่วมเหมือนเช่นทุกปีที่ผ่านมา โดยได้มีกระบวนการในการรับฟังความคิดเห็นและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องจากภาคส่วนต่างๆ เพื่อร่วมกันกำหนดทิศทางในการทำงานร่วมกัน ซึ่งกระบวนการดังกล่าวแสดงถึงการที่ สสส. ให้ความสำคัญต่อการเปิดเผยข้อมูลและการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถเข้าถึงข้อมูล ตรวจสอบการดำเนินงาน รวมถึงการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของ สสส. ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการส่งเสริมคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน







สำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

๔๔/๘ อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ ซอยงามดูพลี แขวงทุ่งมหาเมฆ

เขตสาทร กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๒๐

โทรศัพท์ ๐ ๒๓๔๓ ๑๕๐๐

www.thaihealth.or.th