

ร่าง
ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี
กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

โดย
สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.)

Version 1.0
3 มีนาคม 2564

บทสรุปผู้บริหาร

สารบัญ

หน้า

- บทที่ 1** **แนวโน้มของสถานการณ์ที่ส่งผลต่อสุขภาพใน 10 ปี ข้างหน้า**
- 1.1 แนวโน้มสถานการณ์สำคัญ
 - 1.2 สุขภาวะของคนไทยและแนวโน้มด้านสุขภาพ
 - 1.3 การส่งเสริมสุขภาพของต่างประเทศ
 - 1.4 ความสอดคล้องของยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ
 - 1.5 สรุปประเด็นท้าทายต่อการสร้างเสริมสุขภาพในทศวรรษหน้า
- บทที่ 2** **การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ**
- 2.1 ภารกิจของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 2.2 การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 2.3 กรอบการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Working Model)
- บทที่ 3** **วิสัยทัศน์และพันธกิจในการสร้างเสริมสุขภาพ**
- 3.1 วิสัยทัศน์
 - 3.2 พันธกิจ
 - 3.3 ค่านิยม
 - 3.4 ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ
 - 3.5 เป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงานยุทธศาสตร์
- บทที่ 4** **กลไกและระบบสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ**
- 4.1 การกำกับ ติดตาม และประเมินผล
 - 4.2 การพัฒนาศักยภาพบุคลากร
 - 4.3 การจัดการความรู้และระบบข้อมูล
 - 4.4 การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและดิจิทัล
 - 4.5 รูปแบบการสนับสนุนทุน (Funding Modalities)
- บทที่ 5** **โครงสร้างแผนการดำเนินงานและการจัดทำแผนลำดับรอง**
- 5.1 โครงสร้างแผนการดำเนินงาน
 - 5.2 กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

บทที่ 1 แนวโน้มของสถานการณ์ที่ส่งผลต่อสุขภาวะใน 10 ปีข้างหน้า

1.1 แนวโน้มสถานการณ์สำคัญ

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของโลกที่เรียกว่า “Megatrends” กำลังเข้ามามีบทบาทสำคัญอย่างมากต่อเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และความเป็นอยู่ของคนไทย ซึ่งจากการวิเคราะห์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงใน พ.ศ. 2563 – 2573 อาจส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและสุขภาวะของคนไทย ดังนี้

1.1.1 การเปลี่ยนแปลงอำนาจทางเศรษฐกิจ

การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรเป็นหัวใจสำคัญของการเปลี่ยนแปลงอำนาจทางเศรษฐกิจ ประเทศกำลังพัฒนาจะมีการเปลี่ยนแปลงทางธุรกิจ สังคมและวิถีการลงทุนอย่างมาก เปลี่ยนจากการค้าเสรีกับทุกประเทศในโลกมาเป็นการแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตนให้มากที่สุดของแต่ละประเทศและหันมามุ่งเน้นในการเจรจาทวิภาคีกับพหุภาคีแทน เพื่อเป็นกลไกและช่องทางในการสนับสนุนการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองให้มากขึ้น ซึ่งคาดว่าภายใน พ.ศ. 2593 เศรษฐกิจโลกจะขยายมากกว่าเท่าตัว จีนจะเป็นมหาอำนาจใหม่ของโลก มีขนาดเศรษฐกิจใหญ่เป็นอันดับ 1 คิดเป็นประมาณร้อยละ 20 ของ GDP และกลุ่มประเทศเศรษฐกิจอุบัติใหม่ หรือ E7 อันได้แก่ ประเทศจีน อินเดีย บราซิล เม็กซิโก รัสเซีย อินโดนีเซีย และตุรกีจะเพิ่มส่วนแบ่งของ GDP โลกจากประมาณร้อยละ 3 เป็นเกือบร้อยละ 50 รวมทั้งภูมิภาคเอเชียจะมีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจสูงเมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่น เนื่องจากมีทรัพยากรและความหลากหลายทางนิเวศวิทยาสูง¹

สำหรับประเทศไทยให้ความสำคัญกับการพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศของไทยกับนานาชาติทั้งในรูปของทวิภาคีและพหุภาคี และนับว่ามีความก้าวหน้าไปมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใต้กรอบแผนงานการพัฒนาเศรษฐกิจ 3 ฝ่าย (The Indonesia-Malaysia-Thailand Growth Triangle : IMT-GT) ความร่วมมือทางเศรษฐกิจอนุภูมิภาคแม่น้ำโขง 6 ประเทศ (Greater Mekong Sub-region : GMS) และสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Association of South East Asian Nations : ASEAN) ในสาขาต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความเชื่อมโยง (Connectivity) ระหว่างกัน และการผลักดันให้เกิดการพัฒนาเป็นแนวระเบียงเศรษฐกิจร่วมกันนั้น มีความคืบหน้าเป็นรูปธรรมมากขึ้น อันจะเป็นการสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจแก่ประชาชนในพื้นที่และเกิดการพัฒนาเชิงพื้นที่ต่าง ๆ ที่กว้างขวางขึ้น นอกจากนี้คาดว่าประเทศไทยจะมีเศรษฐกิจใหญ่ที่สุดอันดับ 22 ของโลกใน พ.ศ. 2593 และขนาดเศรษฐกิจของประเทศไทยคาดว่าจะเติบโตมากกว่า 4 เท่าจาก 1.87 แสนล้านเหรียญสหรัฐใน พ.ศ. 2553 เป็น 8.56 แสนล้านเหรียญสหรัฐใน พ.ศ.2593 หากมีการนำเศรษฐกิจดิจิทัลเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาประเทศ¹

1.1.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีปัจจุบันจะเปลี่ยนโลกไปอย่างสิ้นเชิงมีการผสมผสานระหว่างโลกดิจิทัลกับโลกทางกายภาพและชีวภาพ เช่นการวิจัยด้านพันธุวิศวกรรมที่ก้าวหน้าสามารถทำให้เกิดการบำบัดและปรับแต่งพันธุกรรม รวมถึงมีการฝังและใช้อุปกรณ์ควบคุมระดับกิจกรรมทางร่างกายและสารเคมีในเลือดได้ แนวโน้มทางเทคโนโลยีทั้งหมดจะหลอมรวมโลกกายภาพ โลกดิจิทัลและโลกชีวภาพเข้าด้วยกัน และพลิกโฉมระบบ

¹ Frost & Sullivan. การคาดการณ์อนาคตเทคโนโลยีดิจิทัลประเทศไทย 2035. [online] n.d. [cited 1 Oct 2020] Available from <https://www.depa.or.th/storage/app/media/file/Second%20Deliverable%20RevVer%20TH%20V12%20140819%20FIN.pdf>

ต่าง ๆ ของโลกไปอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) ระบบอุตสาหกรรมใหม่และงานบางอย่างมีแนวโน้มว่าถูกแทนที่ด้วยเครื่องจักร หุ่นยนต์ และ AI

นอกจากนี้ข้อมูลจะเป็นเครื่องมือสำคัญในโลกยุคปัจจุบันและอนาคต ทั้ง Big data และ Data analytics จากรายงาน Data Age 2025 คาดว่าปริมาณข้อมูลจะเติบโตอย่างมาก จาก 33 เซตตะไบต์ ใน พ.ศ. 2559 เพิ่มขึ้นเป็น 175 เซตตะไบต์ ใน พ.ศ. 2568 ด้วยอัตราการเติบโตร้อยละ 61 ต่อปีตลอดช่วงการคาดการณ์ สำหรับประเทศไทยมีปริมาณการรับส่งข้อมูลเพิ่มขึ้นถึง 6 เท่า ประเมินจากการให้บริการด้านข้อมูลในปี พ.ศ. 2557 ถึง ปี พ.ศ. 2560 โดยมีปริมาณข้อมูลต่อผู้ใช้งาน 1 รายเฉลี่ยอยู่ที่ 4.11 กิกะไบต์ต่อเดือน และเมื่อบริการในระบบ 5G เข้ามาในประเทศไทย การรับส่งข้อมูลจะเพิ่มขึ้นเป็นทวีคูณ โดยเฉพาะจากอุปกรณ์ IoT (Internet of Things) รวมทั้งเมื่อมีการนำเทคโนโลยี 5G และการพิมพ์แบบ 3 มิติ (3D Printer) มาใช้ในอุตสาหกรรม Healthcare อันจะนำไปสู่การให้บริการด้านสุขภาพแบบอัจฉริยะ (Smart Healthcare) ในด้านต่างๆ เช่นการตรวจตรา เฝ้าระวังสุขภาพ รวมถึงการกระตุ้นเตือนให้มีการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแบบต่างๆ ผ่านโทรศัพท์มือถือและอุปกรณ์สวมใส่แบบ Real time ซึ่งสามารถเชื่อมต่อซึ่งกันและกันเป็นเครือข่ายในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ Virtual Reality (VR) หรือเทคโนโลยีโลกเสมือนจริงในอุตสาหกรรมและธุรกิจบริการที่เพิ่มขึ้น^{[2][3]} จะส่งผลต่อการพัฒนาประเทศและคุณภาพชีวิตของประชากรในประเทศอย่างก้าวกระโดด

1.1.3 การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและโครงสร้างประชากร

ประชากรโลกเกือบ 3,000 ล้านคน อาศัยอยู่ภายในประเทศจีน อินเดีย และในกลุ่มประเทศอาเซียน^[4] ซึ่งเป็นประเทศที่กำลังพัฒนา ประชากรชนชั้นกลางของกลุ่มประเทศเหล่านี้ขยายตัว มีกำลังซื้อจำนวนมาก ซึ่งจำนวนประชากรของประเทศที่กำลังพัฒนาจะเป็นแรงขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญต่อการพัฒนาประเทศโดยตรงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้^[5] รวมทั้งการที่ประชากรมีอายุยืนมากขึ้น ภูมิภาคเอเชียกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเร็วที่สุดในโลก ประเทศไทยจะเป็นประเทศกำลังพัฒนาประเทศแรก ที่กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสูงสุดภายใน พ.ศ. 2593^[1] โดยทุกประเทศที่ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุในระยะนี้ได้ก้าวพ้นกับดักรายได้ปานกลางแล้ว แต่ประเทศไทยยังคงติดอยู่ในกับดักนี้ ทั้งนี้หากประเทศไทยไม่สามารถยกระดับรายได้ในอนาคตไทยจะ “แก่ก่อนรวย” และการปรับตัวอาจไม่ทันกับเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวยังมีองค์ความรู้และเครื่องมือที่จำกัดในการดูแลบิดามารดาในชีวิตประจำวัน ต้องแบกรับดูแลทั้งบุตรและบิดามารดา ยิ่งไปกว่านั้นผู้ดูแลกำลังแก่ตัวลงเช่นกัน สมาชิกในครอบครัวจึงเผชิญความเครียดสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยติดเตียง ส่งผลให้ครอบครัวจำนวนมากหันไปใช้บริการ

[2] Krungthai Compass. จาก 5G สู่นาคตของ Smart Healthcare. [ออนไลน์] มีนาคม 2563 [อ้างเมื่อ 24 ธันวาคม 2563] จาก: https://krungthai.com/Download/economyresources/EconomyResourcesDownload_4455G_26_03_63.pdf

[3] ธนาคารกรุงเทพ. เทคโนโลยี AR-VR กับการใช้งานในธุรกิจ. [ออนไลน์] 13 กันยายน 2562 [อ้างเมื่อ 24 ธันวาคม 2563] จาก: <https://www.bangkokbanksme.com/en/technological-ar-vr>

[4] M.G. Miniwatts. The world population and the top ten countries with the highest population. Manostaxx [online] 2017 [cited 1 Oct 2020] Available from <http://internetworldstats.com.stats8.htm>

[5] สมเชธ สถิตบุญอนันต์ และปริดา จันทวงษ์. แนวโน้มและทิศทางการเปลี่ยนแปลงปัจจัยในระดับมหภาคที่ส่งผลต่อการยกระดับการพัฒนาประเทศไทย ในอุตสาหกรรม 4.0. วารสารวิชาการพระจอมเกล้าพระนครเหนือ 2562; 29(1): 175-184

สุขภาพภาคเอกชนเพิ่มขึ้น สังคมเปลี่ยนแปลงทำให้คนมีการศึกษาแต่งานน้อย มีเด็กเกิดน้อยลง ส่งผลต่อธุรกิจ รวมถึงผลผลิตที่ลดลง แรงงานน้อยลง ทำให้คนกลุ่ม Gen Y อายุ 20-35 ปี ที่เกิดมาพร้อมกับเทคโนโลยีที่จะมีถึงครึ่งหนึ่งของกำลังแรงงานในอนาคตและจะมีภาระมากขึ้นอันเป็นผลจากความคาดหวังจากผู้สูงอายุ^[2] นอกจากนี้ครอบครัวไทยยังมีขนาดเล็กและมีรูปแบบที่หลากหลาย มีครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวและครอบครัวข้ามรุ่นเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นครอบครัวที่มีความเปราะบางมากกว่าครอบครัวประเภทอื่นและจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการเลี้ยงดูเด็ก รวมทั้งคุณภาพของประชากรไทยในอนาคตด้วย

อย่างไรก็ตาม ภาวะสังคมผู้สูงอายุไม่เพียงแต่ส่งผลในแง่ลบเท่านั้น แต่ยังสามารถนำมาซึ่งโอกาสในด้านต่าง ๆ เช่น โอกาสทางธุรกิจ โดยให้นึกถึงโอกาสการเปลี่ยนแปลงของตลาดและมองผู้สูงอายุประเภทต่าง ๆ ในฐานะผู้บริโภคให้เป็นสินทรัพย์มากกว่าเป็นภาระต่อสังคมเนื่องจากประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นในประเทศไทย เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น Automation ปัญญาประดิษฐ์ IoT Nano Technology ในรูปแบบของ NanoBot การวิเคราะห์ข้อมูล การสื่อสารโทรคมนาคมยุคใหม่ ความปลอดภัย เทคโนโลยีความจริง และ Cloud Computing จะมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิต มีการพัฒนาระบบการรักษาผ่าน Telemedicine หรือ mHealth รวมถึงการทำธุรกรรมประจำวันที่เป็นไปโดยใช้อุปกรณ์พกพาที่มีความมั่นคงปลอดภัยสูง ดังนั้นเทคโนโลยีดิจิทัลนำเสนอโอกาสที่ดีในการที่ภาครัฐ ภาคเอกชนและสังคม สามารถสนับสนุนและเพิ่มขีดความสามารถของประชากรสูงอายุที่จะนำไปสู่การตอบสนองความต้องการและมีชีวิตที่มีสุขภาพดีได้^[1]

ดังนั้น ประเทศไทยจึงควรเตรียมพร้อมเพื่อรับมือกับสังคมสูงวัยทั้งในด้านกำลังแรงงานในอนาคต ความมั่นคงด้านรายได้ของคนทุกช่วงอายุ สิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ การประสานนโยบายทุกด้าน และแนวโน้มในการดำเนินธุรกิจเพื่อตอบสนองต่อโจทย์สังคมที่เปลี่ยนไป รวมทั้งการนำเทคโนโลยีหุ่นยนต์จะเข้ามามีบทบาทในภาคอุตสาหกรรมเพื่อลดการขาดแคลนแรงงานและใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ

1.1.4 การเปลี่ยนแปลงสู่การเป็นมหานครอย่างรวดเร็ว

ภายใน พ.ศ. 2568 ประชากรโลกเกือบร้อยละ 58 จะตั้งถิ่นฐานอยู่ในศูนย์กลางเมือง และภายใน พ.ศ. 2593 พื้นที่โลกจะแบ่งเป็นเขตเมือง 2 ใน 3 และชนบท 1 ใน 3 ด้วยอัตราการขยายตัวของเมืองในปัจจุบัน^[1] อัตราการเติบโตดังกล่าวมากถึงร้อยละ 90 จะเกิดขึ้นในทวีปเอเชียและแอฟริกา จำนวน “มหานคร” ทั่วโลกเพิ่มขึ้น 3 เท่า^[2] โดยมหานคร (Mega Cities) 1 แห่ง จะรองรับประชากรมากกว่า 8 ล้านคนและมีผลิตภัณฑ์มวลรวมเบื้องต้นNominal GDP) ตั้งแต่ 2.5 แสนล้านเหรียญสหรัฐขึ้นไป

นอกเหนือจากการเติบโตของเมืองเป็นมหานคร การเติบโตของภูมิภาคก็จะขยายตัวออกเป็น “มหาภูมิภาค (Mega Regions)” นั่นคือเมืองต่าง ๆ จะขยายอาณาเขตรองรับพื้นที่ชานเมืองใกล้เคียง เพื่อจัดตั้งเป็นมหาภูมิภาค ภูมิภาคเหล่านี้จะรองรับประชากรเมืองมากกว่า 15 ล้านคน สำหรับมหาระเบียง (Mega Corridors) จะเป็นระเบียงเชื่อมระหว่างมหาภูมิภาคและมหาระเบียง มีพัฒนาการตามอัตราการขยายตัวของประชากรหรือเกิดขึ้นจากการวางแผนโดยอาศัยการลงทุนในด้านการขนส่ง อสังหาริมทรัพย์และพลังงาน^[1] เมื่อประชากรอาศัยอยู่ในเมืองหลวงมากกว่าเขตชนบท ธุรกิจในเมืองเติบโตได้ง่ายขึ้น รายได้ของประชากรในเมืองได้มากกว่าชนบทสองเท่า เศรษฐกิจในเมืองดึงดูดใจให้ประชากรนิยมโยกย้ายเข้าไปอยู่อาศัยในเขตเมือง เกิดการกระจายทรัพยากรอย่างไม่เท่าเทียม ส่งผลให้เมืองต่าง ๆ จะมีการใช้เทคโนโลยีเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพโครงสร้างพื้นฐานและการบริการใหม่

ระบบการดูแลสุขภาพต้องได้รับการพัฒนาเพื่อรองรับการเพิ่มขึ้นของประชากร โดยนำเทคโนโลยีทางการแพทย์มาใช้มากขึ้น

ในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา การขยายตัวของเมืองในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ส่วนใหญ่ยังคงกระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่ไม่กี่แห่ง โดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ ภูเก็ต นครราชสีมาและขอนแก่น ประเทศไทยมีประชากรในเขตเมือง ร้อยละ 53 ของประชากรทั้งหมด^[1] อีกทั้ง กรุงเทพฯกำลังกลายเป็นมหานครแห่งใหม่ของโลก เมืองหลวงของไทยที่กำลังขยายโครงสร้างพื้นฐานอย่างมีนัยสำคัญ การขยายตัวอย่างรวดเร็วของระบบรถไฟใต้ดินในกรุงเทพฯจะทำให้เกิดการเปิดพื้นที่ใหม่ รวมถึงเพิ่มโอกาสให้กับอุตสาหกรรมการเดินทางและการท่องเที่ยวอย่างมหาศาล ดังนั้น เมืองอัจฉริยะและโครงการระบบนิเวศอัจฉริยะอื่น ๆ ที่ผสมผสานเทคโนโลยีดิจิทัลต่าง ๆ จะมีบทบาทสำคัญ เพื่อรองรับอัตราการขยายตัวของเมืองและจำนวนคนเมืองที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณะและการรับมือกับปัญหาต่าง ๆ ของเมือง ตลอดจนเตรียมความพร้อมในด้านโครงสร้างพื้นฐานของเมืองในอนาคตและต้องปรับปรุงมาตรฐานการครองชีพของคนไทยให้ดีขึ้น

1.1.5 การเปลี่ยนแปลงของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

ทรัพยากรขาดแคลนเนื่องจากประชากรมีการขยายตัวและความเจริญเข้ามาแทนที่อย่างรวดเร็ว นำไปสู่ความต้องการพลังงาน น้ำและอาหารที่เพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ทรัพยากรมีจำกัด ระบบการเกษตรของโลกยังไม่สามารถจัดหาอาหารและน้ำจืดให้เพียงพอสำหรับทุกคน รวมทั้งการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่เพิ่มขึ้นทำให้โลกร้อนขึ้น สภาวะโลกร้อนมีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ปลายศตวรรษที่ 19 และยังคงดำเนินต่อไป สาเหตุหลักคือการเผาเชื้อเพลิงฟอสซิล รวมไปถึงการที่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์และก๊าซอื่น ๆ ถูกปล่อยบนชั้นบรรยากาศ ทำให้ระดับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์สูงขึ้นตั้งแต่มีการปฏิวัติอุตสาหกรรมและไม่มีสัญญาณว่าจะลดลง คาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นมากกว่าสององศา ก่อน พ.ศ. 2643^[2] ซึ่งจะสร้างความเสียหายต่อทรัพยากรโลกอย่างมหาศาล การเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศเป็นประเด็นที่มีความสำคัญต่อประเทศกลุ่มอาเซียนรวมถึงไทย และประเทศไทยยังติดอันดับ 10 ประเทศแรกที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดในโลก ที่จะเกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติ ทั้งภัยแล้ง น้ำท่วม ส่งผลกระทบต่อการเพาะปลูกและผลผลิตที่ลดลง ตัวอย่างเช่น ใน พ.ศ. 2554 ประเทศไทยประสบปัญหาน้ำท่วมเลวร้ายที่สุดที่เคยบันทึกไว้ สร้างความเสียหายมูลค่า 4.6 หมื่นล้านเหรียญสหรัฐ เพื่อซ่อมแซมและฟื้นฟูประเทศ และโดยเฉพาะกรุงเทพฯ คิดเป็นมูลค่าความเสียหาย 8 พันล้านเหรียญสหรัฐ ภัยน้ำท่วมส่งผลกระทบต่อประชากรมากกว่า 13 ล้านคนและส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตมากกว่า 680 ราย และจากการศึกษาเชิงเศรษฐศาสตร์ที่มุ่งเน้นแนวโน้มสภาพอากาศรุนแรงตามแนวลุ่มแม่น้ำเจ้าพระยา คาดการณ์ว่าใน 2 ทศวรรษข้างหน้า ภัยแล้งรุนแรงอาจก่อให้เกิดการเพาะปลูกข้าวช่วงฤดูแล้ง ส่งผลให้ระดับการผลิตทั้งหมดจะลดลงถึงร้อยละ 30.9^[1]

อย่างไรก็ตามภาครัฐได้ตั้งเป้าหมายที่จะลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกกลางจาก 555 ล้านตันเหลือ 444 ล้านตันหรือประมาณร้อยละ 20 ภายใน พ.ศ. 2593^[6] โดยการใช้พลังงานหมุนเวียนแทนพลังงานฟอสซิล ซึ่งคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะสามารถผลิตกระแสไฟฟ้าได้ร้อยละ 20 จากแหล่งพลังงานหมุนเวียนภายใน พ.ศ. 2579^[1] ดังนั้น การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพื่อยกระดับและเพิ่มประสิทธิภาพสินทรัพย์และเครือข่ายพลังงานของประเทศไทย ผสานกับการติดตั้งกังหันก๊าซที่มีประสิทธิภาพสูงสุด เทคโนโลยีถ่านหินที่สำคัญ และการยกระดับ

[6] Patpon Sabpaitoon. Govt urged to ramp up action on greenhouse gas emissions. [online] 2018 [cited 2 Nov 2020] Available from <https://www.bangkokpost.com/thailand/general/1554970/govt-urged-to-ramp-up-action-on-greenhouse-gas-emissions>

โรงงานไปจนถึงเครือข่ายส่งและจ่ายกำลังไฟฟ้าที่มีอยู่ อาจทำให้ประหยัดได้ถึง 6,000 ล้านเหรียญสหรัฐ ในขณะที่การเพิ่มประสิทธิภาพดิจิทัลสามารถเพิ่มมูลค่าอีก 2,600 ล้านเหรียญสหรัฐ ตลอดจนวงจรชีวิตของสินทรัพย์การผลิต การส่งและการจำหน่ายกระแสไฟฟ้าที่มีอยู่และกำลังจะเกิดขึ้นในประเทศไทย จะช่วยให้ประหยัดเงินและลดการปล่อยก๊าซคาร์บอนได้อย่างมหาศาล^[7]

นอกจากนั้นผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่ส่งผลให้เกิดภัยพิบัติธรรมชาติที่มีความถี่และความรุนแรงเพิ่มขึ้น และยังส่งผลต่อธรรมชาตินิเวศวิทยาของสัตว์นำโรคและสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้เกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ ซึ่งกำลังเป็นปัญหาทั่วโลก เนื่องจากทุก ๆ ปี จะมีโรคติดต่ออุบัติใหม่เกิดการระบาดขึ้น ปัจจุบันเสี่ยงต่อการระบาดมีความซับซ้อน และส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจอย่างรุนแรง ทั้งนี้พบว่าในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา มีโรคติดต่อเกิดขึ้นใหม่จำนวนมาก โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สำคัญในปัจจุบัน ได้แก่ โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง โรคไข้หวัดนก โรคติดต่อไวรัสฮิบลา โรคติดต่อไวรัสซิกา โรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นต้น

สำหรับสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อไวรัสโควิด-19 (COVID – 19) ที่ระบาดไปยังหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งถูกประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ โดยเริ่มระบาดตั้งแต่ช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ซึ่งจากการแพร่ระบาดของโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้หลายประเทศต้องประกาศปิดเมืองเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรค ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคการท่องเที่ยว และเกิดผลกระทบเป็นลูกโซ่ทั้งธุรกิจบริการ อุตสาหกรรม และธุรกิจต่าง ๆ ตามมา ทำให้แรงงานมีความเสี่ยงต่อการถูกเลิกจ้างทั้งสิ้น 8.4 ล้านคน^[8] รวมทั้งเกิดวิถีชีวิตใหม่และเศรษฐกิจยุค new normal กลุ่มประชากรเปราะบางจะกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพ กลุ่มที่เคยประสบกับปัญหาตั้งแต่ต้นก็มักจะพบว่าเกิดปัญหาในระดับที่รุนแรงและซับซ้อนมากยิ่งขึ้นทั้งปัญหาสุขภาพและปัญหาเศรษฐกิจ

แนวโน้มและการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของโลกในทศวรรษหน้าจะเป็นทั้งโอกาสและความท้าทายสำหรับประเทศไทยในการที่จะพัฒนาไปสู่เป้าหมายที่พึงประสงค์ในระยะยาว ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนจำเป็นต้องคำนึงถึงผลกระทบจากแนวโน้มและการเปลี่ยนแปลงในระดับมหภาคข้างต้น ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงอำนาจทางเศรษฐกิจ ทรัพยากรเสื่อมโทรม การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การใช้ประโยชน์จากข้อมูลปริมาณมหาศาลในการปฏิบัติอุตสาหกรรมครั้งที่ 4 ปัญญาประดิษฐ์ จะเข้ามามีบทบาทต่อการดำรงชีวิต การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเป็นสังคมสูงวัย ความขัดแย้งทางการเมือง การขยายตัวของเมืองขนาดใหญ่ เพื่อกำหนดทิศทางและยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนให้สอดคล้องกับแนวโน้มและทิศทางการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยี ซึ่งจะส่งผลให้การสร้างเสริมสุขภาพประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน

[7] สถานเอกอัครราชทูตไทย ณ กรุงวอชิงตัน. GE believes Thailand 4.0 will reduce carbon emissions. [online] 2018 [cited 2 Nov 2020] Available from <https://thaiembdc.org/2017/09/25/ge-believes-thailand-4-0-will-reduce-carbon-emissions/>

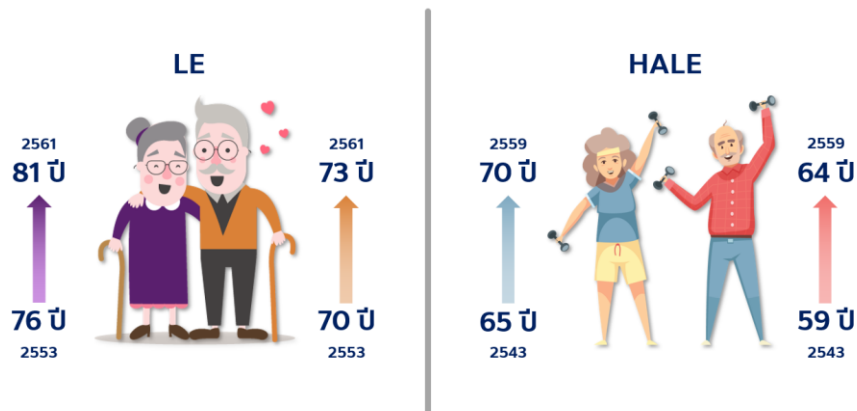
[8] BBC News. โควิด-19 : สภาพัฒนาฯ เผยไตรมาสแรกปี 63 มีคนว่างงานเกือบ 4 แสนคน. online] 2018 [cited 2 Nov 2020] Available from <https://www.bbc.com/thai/international-52829935>

1.2 สุขภาวะของคนไทยและแนวโน้มด้านพฤติกรรมสุขภาพ

1.2.1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy at birth: LE) และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy: HALE)

สถานะสุขภาพของคนไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มดีขึ้นเมื่อเทียบกับอดีต เห็นได้จากการมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งเพศหญิงและชาย โดยพบว่าใน พ.ศ. 2561 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) ของประชากรไทยเท่ากับ 76.9 ปี โดยชายและหญิงมี LE อยู่ที่ 73.2 ปี และ 80.7 ปี ตามลำดับ ในขณะที่อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ใน พ.ศ. 2559 ของประชากรไทย คือ 66.8 ปี โดยชายและหญิงมี HALE อยู่ที่ 64.0 ปี และ 69.8 ปี ตามลำดับ^[9] ซึ่ง LE และ HALE ของประชากรไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดการณ์ว่า ใน พ.ศ. 2573 ประชากรไทยมี LE เท่ากับ 77.5 ปี โดยประชากรชายเท่ากับ 75 ปี และประชากรหญิงเท่ากับ 80.3 ปี ส่วน HALE เท่ากับ 73.1 ปี ประชากรชายเท่ากับ 71.6 ปี และประชากรหญิงเท่ากับ 74.7 ปี^[10]

ภาพที่ 1.1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี



ที่มา: WHO, World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals (2020); กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, การสาธารณสุขไทย 2559-2560. (2562)

1.2.2 การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Premature Mortality)

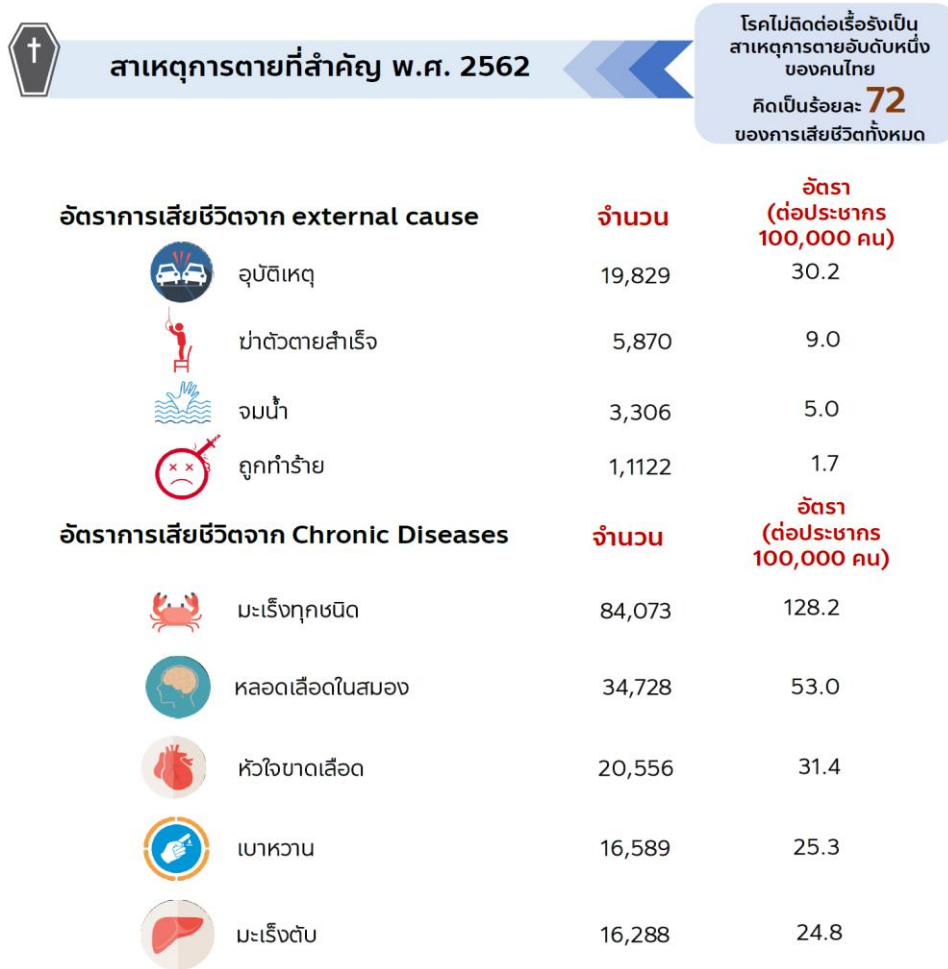
อัตราการตายของประชากรไทยเพิ่มสูงขึ้นจาก 685.8 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2558 เป็น 754.1 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2562 โดยสาเหตุการเสียชีวิตจากปัจจัยภายนอกที่สำคัญ ได้แก่ อุบัติเหตุ (30.2 ต่อประชากรแสนคน) ฆ่าตัวตาย (9.0 ต่อประชากรแสนคน) จมน้ำ (5.0 ต่อประชากรแสนคน) และถูกทำ

[9] WHO. World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. [online] 2020 [cited 2020 Nov 20] Available from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240005105>

[10] สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานการศึกษา พยากรณ์อายุคาดเฉลี่ยที่มีสุขภาพดีของประชากรไทย พ.ศ. 2558-2573 (Health Adjusted Life Expectancy: HALE). [ออนไลน์] 2560 [อ้างเมื่อ 1 มิถุนายน 2563] <http://bodthai.net/download/พยากรณ์อายุคาดเฉลี่ยที่-3/>.

ร้าย (1.7 ต่อประชากรแสนคน) ส่วนสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ มะเร็งทุกชนิด (125.0 ต่อประชากรแสนคน) ปอดอักเสบ (53.3 ต่อประชากรแสนคน) โรคหลอดเลือดในสมอง (53.0 ต่อประชากรแสนคน) และโรคหัวใจขาดเลือด (31.4 ต่อประชากรแสนคน) ^[11]

ภาพที่ 1.2 สาเหตุการตายที่สำคัญ พ.ศ. 2562



ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สถิติสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2562 (2563)

นอกจากนี้อัตราการตายของมารดาและเด็กของประเทศไทย พบว่า อัตราตายของมารดาลดลงจาก 24.6 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ใน พ.ศ. 2558 เป็น 22.5 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ใน พ.ศ. 2562 สำหรับอัตราตายของทารกแรกเกิด (ต่ำกว่า 28 วัน) มีแนวโน้มลดลงจาก 3.5 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ในพ.ศ. 2558 เหลือ 3.1 ต่อการเกิดมีชีพพันคนใน พ.ศ. 2562 และอัตราตายของทารก (อายุต่ำกว่า 1 ปี) ลดลงจาก 6.2 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ใน พ.ศ. 2558 เหลือ 5.7 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ใน พ.ศ. 2562 นอกจากนี้พบว่าอัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

[11] กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562. [ออนไลน์] 2563 [อ้างเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2563 จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf

ลดลงจาก 8.6 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ใน พ.ศ. 2558 เป็น 7.9 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ใน พ.ศ. 2562^[14] และเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว พบว่า อัตราตายมารดาและอัตราตายทารกของไทยสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว รวมทั้งอัตราตายของทารกในไทยยังคงเป็นปัญหาที่ต้องหาแนวทางแก้ไข เนื่องจากจำนวนทารกตายไม่เพียงบ่งบอกถึงปัญหาทางสาธารณสุขเท่านั้น หากยังเป็นปัจจัยที่สะท้อนถึงปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจอีกด้วย

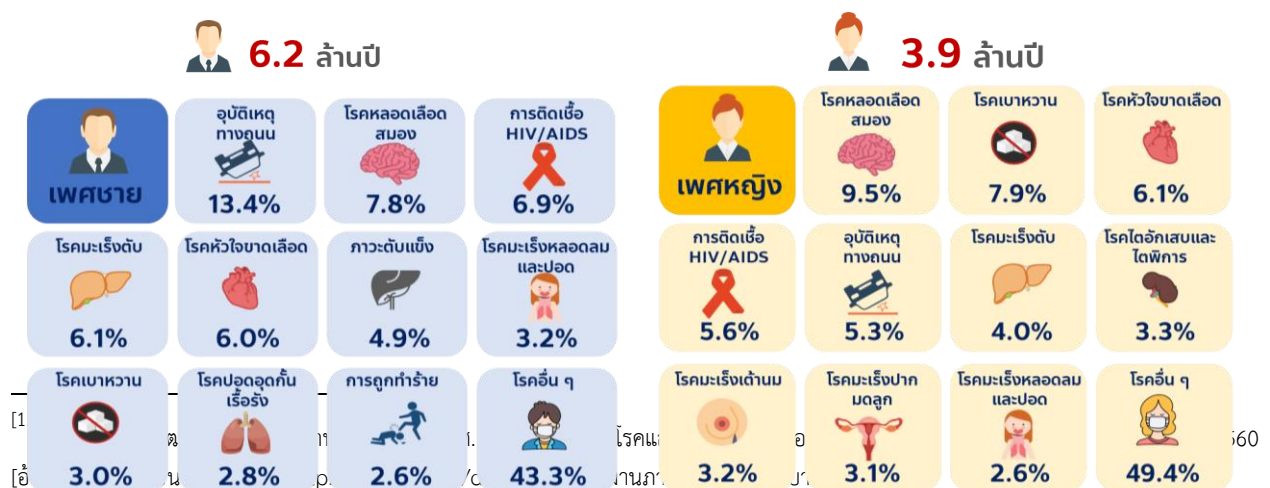
1.2.3 การสูญเสียปีสุขภาวะของประเทศ (DALYs)

เมื่อพิจารณาถึงปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร จำแนกตามเพศ ใน พ.ศ. 2557 ประชากรชายไทยมีการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรประมาณ 6.2 ล้านปี และประชากรหญิงไทยมีการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรประมาณ 3.9 ล้านปี โดยสาเหตุที่ทำให้เกิดความสูญเสียสูงสุดสำหรับเพศชาย ได้แก่ อุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 13.4 รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคมะเร็งตับ ตามลำดับ ส่วนสาเหตุที่ก่อความสูญเสียสูงสุดใน เพศหญิง คือ โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 9.5 รองลงมาได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามลำดับ^[12]

ทั้งนี้ เมื่อจำแนกสาเหตุสามอันดับแรกของการสูญเสียปีสุขภาวะในแต่ละช่วงวัย ได้ดังนี้

- เด็กกลุ่ม 0-14 ปี: เพศชาย คือ น้ำหนักแรกเกิดต่ำ (Low birth weight) ทารกขาดอากาศแรกเกิด (Birth trauma & asphyxia) และโรคหอบหืด ตามลำดับ ส่วนเพศหญิงจะเป็น ทารกขาดอากาศแรกเกิด น้ำหนักแรกเกิดต่ำ และโรคหอบหืด ตามลำดับ
- อายุ 15 – 29 ปี: ในเพศชาย คือ อุบัติเหตุทางถนน การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ส่วนในเพศหญิง คือ อุบัติเหตุทางถนน การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคมะเร็งเต้านม
- อายุ 30-59 ปี: ในเพศชาย คือ อุบัติเหตุทางถนน การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ สำหรับในเพศหญิง คือ โรคเบาหวานโรคหลอดเลือดสมอง และการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามลำดับ
- อายุ 60 ปีขึ้นไป: ในเพศชาย คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนเพศหญิง คือ โรคหลอดเลือดสมองโรคเบาหวาน และโรคสมองเสื่อม

ภาพที่ 1.3 การสูญเสียปีสุขภาวะของประเทศ (DALYs)



ที่มา: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (2560)

1.2.4 สถานะสุขภาพคนไทย

ใน พ.ศ. 2559 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของคนไทย คิดเป็นร้อยละ 72 ของการเสียชีวิตทั้งหมดและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในช่วงเวลาจากปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2559 มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกชนิดเพิ่มขึ้น (relative increase) ร้อยละ 58 (จาก 233,797 คนเป็น 368,870 คน) และอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นร้อยละ 49 (จาก 380 เป็น 568 ต่อแสนประชากร) สำหรับภาระโรคที่วัดด้วยจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียไป (DALY) และอัตราของภาระโรคต่อแสนประชากรของกลุ่มโรคไม่ติดต่อทุกชนิดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลา 15 ปี จาก พ.ศ. 2542 ถึง พ.ศ. 2557 โดยจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียไป (DALY) ของกลุ่มโรคไม่ติดต่อทุกชนิดเพิ่มขึ้นร้อยละ 89.0 (จาก 5.56 เป็น 10.53 ล้าน DALYs) และอัตราของภาระโรคต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นร้อยละ 80.0 (จาก 9,000 เป็น 16,200 DALYs ต่อแสนประชากร) ทั้งนี้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือ โรคหลอดเลือดสมอง รองลงมาคือโรคหัวใจขาดเลือด โรคทางเดินหายใจอุดกั้น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ตามลำดับ^[13]

อัตราผู้ป่วยนอกตามกลุ่มสาเหตุการป่วย 10 ลำดับแรก พบว่ากลุ่มโรคที่มีอัตราสูงที่สุดเป็น ลำดับที่ 1 คือ โรคระบบไหลเวียนเลือด พบว่า ใน พ.ศ. 2562 มีอัตรา 682.99 ต่อประชากรพันคน ในขณะที่กลุ่มโรคที่พบสูงเป็นลำดับที่ 2 คือ กลุ่มโรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตาบอลิซึม มีอัตรา 632.34 ต่อประชากรพันคน รองลงมาคือ โรคระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก 468.16 ต่อประชากรพันคน สำหรับอัตราผู้ป่วยใน พบว่า ใน พ.ศ. 2562 กลุ่มโรคที่มีอัตราผู้ป่วยในสูงที่สุดคือ ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อโภชนาการและเมตาบอลิซึมอื่น ๆ รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุแน่ และเบาหวาน ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบโรคติดต่อที่ยังเป็นปัญหาของประเทศไทย ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ ท้องร่วง ซึ่งพบว่าเพศชายมีอัตราผู้ป่วยในสูงกว่าเพศหญิง และเมื่อพิจารณาอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคน (รวมทุกการวินิจฉัยโรค) จำแนกตามกลุ่มอายุใน พ.ศ. 2562 พบว่า กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราผู้ป่วยในสูงที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 0 - 4 ปี กลุ่มอายุ 15-59 ปี กลุ่มอายุ 15-24 ปี และกลุ่มอายุ 5-14 ปี ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบตามกลุ่มอายุและเพศ พบว่า เพศชายมีอัตราผู้ป่วยในมากกว่าเพศหญิงในกลุ่มอายุ 0 - 4 ปี กลุ่มอายุ 5 - 14 ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ส่วนกลุ่มอายุที่เพศหญิงมีอัตราผู้ป่วยในมากกว่าเพศชาย คือ กลุ่มอายุ 15 - 24 ปี และกลุ่มอายุ 15 - 59 ปี^[14]

นอกจากนี้สถานะสุขภาพตามกลุ่มวัยที่สำคัญ มีดังนี้

(1) เด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี)

[13] กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย 2559-2560. [ออนไลน์] 2562 [อ้างเมื่อ 1 มิถุนายน 2563]. จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/thailand%20health%20profile%202016_2017.pdf.

[14] กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการป่วย 2561. [ออนไลน์] 2563 [อ้างเมื่อ 5 ตุลาคม 2563] จาก https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/ill_2562_full_20200921.pdf

เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยครั้งแรกและหลังการติดตามเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 78.0 ใน พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 87.1 ใน พ.ศ. 2562 อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่า เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I มีความครอบคลุมเพียงร้อยละ 53.1 ใน พ.ศ. 2562 สำหรับพัฒนาการด้านสูงตีสมส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 49.1 ใน พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 58.9 ใน พ.ศ. 2562 ในส่วนของความครอบคลุมการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานในเด็กอายุ 0-5 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น^[15]

(2) เด็กวัยเรียนและวัยรุ่น

เด็กวัยเรียนมี IQ ต่ำกว่าเกณฑ์ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์น้อยกว่าร้อยละ 50 จากรายงานของกรมสุขภาพจิต พบว่า เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ย 94.6 ใน พ.ศ. 2554 และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 98.2 ใน พ.ศ. 2559 ซึ่งต่ำกว่าค่าเกณฑ์มาตรฐานสากล (IQ=100) มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป ร้อยละ 83.3 ใน พ.ศ. 2561 และเด็กอายุ 6-14 ปี สูงตีสมส่วน ลดลงจากร้อยละ 65.6 ใน พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 62.4 ใน พ.ศ. 2562 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย และทันตสุขภาพ ร้อยละ 46.6 ใน พ.ศ. 2560 สำหรับสุขภาพฟันในเด็กไทยกลุ่มอายุ 12 ปี ที่ได้รับการตรวจ พบว่า ฟันดีไม่มีผุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.7 ใน พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 83.5 ใน พ.ศ. 2562 ส่วนอัตราการเข้าถึงบริการการตรวจสุขภาพในช่องปากของเด็กเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ 42.2 ใน พ.ศ. 2561 เป็นร้อยละ 43.1 ใน พ.ศ. 2562 เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำลดลงจาก 6.3 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2560 เป็น 4.9 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2562^[18]

วัยรุ่นสูงตีสมส่วนลดลงและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ จากการรายงานของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า เด็กวัยรุ่นสูงตีสมส่วนลดลง จากร้อยละ 67.8 ใน พ.ศ. 2560 เป็น ร้อยละ 59.2^[18] ส่วนพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นกับแฟนหรือคนรักไม่ถึงร้อยละ 50 ขณะที่การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์กับทุกประเภทคู่นอนเพิ่มขึ้น โดยผู้ชายอยู่ระหว่างร้อยละ 50-70 ส่วนผู้หญิงอยู่ระหว่างร้อยละ 53-56^[16] ส่งผลให้อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นจาก 127.1 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2558 เป็น 174.6 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2562^[18] สำหรับอัตราการคลอดมีชีพต่อพันประชากรหญิง อายุ 15-19 ปี ลดลงจาก 44.8 ต่อพันประชากรหญิง อายุ 15-19 ปี ใน พ.ศ. 2558 เหลือ 31.3 ต่อพันประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี ใน พ.ศ. 2562^[14] ผลกระทบจากการเป็นแม่วัยรุ่นส่งผลต่อคุณภาพการเลี้ยงดูบุตร และปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมอื่น ๆ ตามมา

(3) วัยทำงาน

โรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยในช่วงวัยทำงาน โรคไม่ติดต่อยังเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของความสูญเสียในช่วงวัยทำงาน โดยสาเหตุอันดับหนึ่ง คือ โรคมะเร็ง รองลงมา คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเบาหวาน ปัญหาที่สำคัญของกลุ่มวัยทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงหลักที่ก่อให้เกิดโรคมามากจากพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ที่สำคัญ ได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น อีกทั้งประชาชนวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายคงที่

[15] กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการพัฒนาครั้งแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2564. [ออนไลน์] 2563 [อ้างเมื่อ 23 ธันวาคม 2563] จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/monitoringandevaluation

[16] สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค. รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียน ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2562

ร้อยละ 51.8-52.8 ใน พ.ศ.2560-2562 และวัยทำงานมีการตรวจคัดกรองความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็งเต้านม เพิ่มขึ้น ขณะที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้เพียงร้อยละ 56.4 ใน พ.ศ. 2562^[18] นอกจากนี้ประชากรวัยทำงานมีความเสี่ยงทางสุขภาพ จากโรคอ้วนที่เกิดจากการขาดการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลมากเกินไป โรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งมีผลต่อเนื่องมาจากโรคอ้วน โรคจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่นำไปสู่การเกิดมะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งกล่องเสียง หลอดเลือดสมอง และเสื่อมสมรรถนะภาพทางเพศ โรคเครียดเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซึ่งมีสาเหตุมาจากเรื่องเงินและงาน โรคเอดส์เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและการใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น โรคจากการประกอบอาชีพและอุบัติเหตุทางถนนเนื่องจากการเมาแล้วขับและการขับรถเร็ว^[17]

(4) วัยสูงอายุ

ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง จากรายงานการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพร่างกายโดยรวมของตนเองในระหว่าง 7 วันก่อนวันสัมภาษณ์ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43.2) ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพปานกลาง รองลงมา มีสุขภาพดี และสุขภาพไม่ดี (ร้อยละ 39.3 และ 13.5 ตามลำดับ) ส่วนผู้สูงอายุที่ประเมินตนเองมีสุขภาพดีมากและไม่ดีมาก มีเพียงร้อยละ 2.4 และ 1.6 ตามลำดับ สำหรับสัดส่วนของผู้สูงอายุชายประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง (ร้อยละ 43.4 และ 36.0 ตามลำดับ) และผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60 -69 ปี) ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีสูงกว่าวัยกลาง (อายุ 70 - 79 ปี) และวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 48.2, 31.1 และ 19.7 ตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 7.3 สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 2.3 ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำร้อยละ 1.2 สูบบุหรี่และดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ และพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ พบว่า การออกกำลังกายของผู้สูงอายุลดลงเหลือ ร้อยละ 26.5 การรับประทานอาหารผักผลไม้เป็นประจำ ร้อยละ 67.7 และดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอเป็นประจำ ร้อยละ 59.8^[18] รวมทั้งจากการสำรวจของกรมอนามัย พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ลดลง จากร้อยละ 54.4 ใน พ.ศ. 2561 เป็นร้อยละ 51.2 ใน พ.ศ. 2562 ซึ่งผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวจะส่งผลให้ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน อ้วน อ้วนลงพุง เมแทบอลิกซินโดรม^[18]

1.2.5 พฤติกรรมสุขภาพ








ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคและเสียชีวิต ได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำหนักเกิน พฤติกรรมการบริโภคโซเดียมและน้ำตาลสูง พฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ เป็นต้น ส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ไม่ว่าจะเป็น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (BRFSS) ครั้งล่าสุด พ.ศ. 2561 พบว่า ความชุกภาวะน้ำหนักเกิน (BMI>25.0 kg/m²) ร้อยละ 22.7 ลดลงจาก พ.ศ. 2558 (ร้อยละ 30.5) ภาวะอ้วน (BMI>30.0 kg/m²) ร้อยละ 7.8 เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก พ.ศ. 2558 (ร้อยละ

[17] Hfocus. กรมอนามัยเผย 10 ความเสี่ยงรุมเร้าสุขภาพวัยทำงาน [ออนไลน์] 2558 [อ้างเมื่อ 14 มิถุนายน 2563] จาก <https://www.hfocus.org/content/2015/05/9895>.

[18] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560. [ออนไลน์] 2559 [อ้างเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2563] จาก <http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาประชากร/ประชากรสูงอายุ/2560/รายงานฉบับสมบูรณ์.pdf>

7.5) การสูบบุหรี่ในปัจจุบันร้อยละ 16.38 และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 1 ปีที่ผ่านมา พบร้อยละ 23.3 ลดลงจาก พ.ศ. 2558 (ร้อยละ 36.2) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ Heavy drink ภายใน 30 วันที่ผ่านมา ร้อยละ 5.9 และการรับประทานผักและผลไม้เฉลี่ยมากกว่า 5 หน่วยมาตรฐานต่อวันภายใน 7 วันที่ผ่านมา ร้อยละ 24.3 ใน พ.ศ. 2558 สำหรับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ร้อยละ 36.1 ลดลงจากการสำรวจใน พ.ศ. 2558 เนื่องจากเปลี่ยนข้อคำถามจาก Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) เป็น BRFSS Physical Activity Question 2008^[19]

ภาพที่ 1.4 ความชุกปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2547, 2548, 2550, 2553, 2558 และ 2561

ความชุก	พ.ศ. 2547	พ.ศ. 2548	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2553	พ.ศ. 2558*	พ.ศ. 2561
 น้ำหนักเกิน (BMI>25.0 kg/m ²)	15.3	16.1	19.1	21.3	30.5	22.7
 กว้างเกิน (BMI >30 kg/m ²)	2.6	3.0	3.7	4.4	7.5	7.8
 การกินผัก ผลไม้	17.3	17.3	22.5	21.7	24.3	NA
 การสูบบุหรี่	21.6	22.3	21.5	18.7	21.3	16.8
 การดื่มแอลกอฮอล์ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา	35.6	37.4	36.1	29.5	36.2	23.3
 การดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก (Heavy drink ภายใน 30 วันที่ผ่านมา)	3.2	3.6	3.6	4.3	7.3	5.9
 การมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ (GPAQ)	NA	91.5	92.5	82.2	36.1 (CDC)*	NA

ที่มา: รายงานการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2547, 2548, 2550, 2553, 2558 และ 2561

*หมายเหตุ 1. ปี 2558 ไม่รวมกรุงเทพมหานคร

2. ปี 2548, 2550, 2553, 2558 บอกรับน้ำหนักและวัดส่วนสูงของตนเอง ปี 2558 ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงจริง

3. GPAQ : Global Physical Activity Questionnaire, CDC : BRFSS Physical Activity Question 2008

1.4 ความสอดคล้องของยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ

การจัดทำทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ 10 (พ.ศ. 2565 – 2574) กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพถูกกำหนดให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 และข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการการจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2562 รวมทั้งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 หมวดที่ 6 แนวนโยบายแห่งรัฐ มาตรา 65 ได้บัญญัติไว้ว่า “รัฐพึงจัดให้มียุทธศาสตร์ชาติเป็นเป้าหมายการพัฒนาประเทศ

¹⁹ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2561. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดี้ไซน์; 2561 .

อย่างยั่งยืน ตามหลักธรรมาภิบาล เพื่อใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนต่าง ๆ ให้สอดคล้องและบูรณาการกันเพื่อให้เกิดเป็นพลังผลักดันร่วมกันไปสู่เป้าหมายดังกล่าว” โดยหน่วยงานของรัฐทุกหน่วยงานจำเป็นจะต้องปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ชาติดังกล่าว ตั้งแต่ระดับนโยบาย แผนต่าง ๆ และงบประมาณประจำปี เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่ยุทธศาสตร์ชาติได้กำหนดไว้ และทำให้ประเทศไทยสามารถบรรลุตามวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” ดังนั้น การจัดทำทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปีในครั้งนี้อาจต้องนำยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ แผนการปฏิรูปประเทศ และแผนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นกรอบในการกำหนดทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ฯ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับแนวทางในการพัฒนาประเทศต่อไป โดยมีแผนแม่บทที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1.4.1 แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ

แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่มีเป้าหมายและตัวชี้วัดที่สอดคล้องโดยตรงกับของกองทุนฯ คือ ประเด็นที่ 13 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี เป็นแผนแม่บทที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสุขภาพ จึงมุ่งเน้นการเสริมสร้างการจัดการสุขภาพในทุก รูปแบบ ที่นำไปสู่การมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพที่ดีได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี และมีทักษะด้านสุขภาพที่เหมาะสม การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยสนับสนุนการสร้างสุขภาพที่ดี การกระจายบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ รวมถึงการพัฒนาและสร้างระบบรับมือปรับตัวต่อโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ ที่ประกอบด้วย 5 แผนย่อย คือ

- (1) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ
- (2) การใช้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี
- (3) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยสนับสนุนการสร้างสุขภาพที่ดี
- (4) การกระจายบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ และ
- (5) การพัฒนาและสร้างระบบรับมือปรับตัวต่อโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ

และยังสอดคล้องกับประเด็นที่ 14 ศักยภาพการกีฬา ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมการใช้กิจกรรมกีฬาและ นันทนาการบนฐานของวิทยาศาสตร์การกีฬา เป็นเครื่องมือในการเสริมสร้างสุขภาพของประชาชนอย่างครบ วงจรและมีคุณภาพมาตรฐาน การสร้างนิสัยรักกีฬาและมีน้ำใจเป็นนักกีฬา ประกอบด้วย 3 แผนย่อย คือ

- (1) การส่งเสริมการออกกำลังกาย และกีฬาขั้นพื้นฐานให้กลายเป็นวิถีชีวิตและการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการ
- (2) การส่งเสริมการกีฬาเพื่อพัฒนาสู่ระดับอาชีพ และ
- (3) บุคลากรด้านการกีฬาและนันทนาการ

ทั้งนี้ การดำเนินงานของกองทุนยังสอดคล้องทางอ้อมกับประเด็นอื่นของแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติด้วย เนื่องจากเป็นประเด็นที่ส่งผลต่อปัจจัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ได้แก่ ประเด็นการเกษตรในแผนย่อยเกษตรปลอดภัย ประเด็นอุตสาหกรรมและบริการแห่งอนาคตในแผนย่อยอุตสาหกรรมและบริการทางการแพทย์ครบวงจร ประเด็นพื้นที่และเมืองน่าอยู่อัจฉริยะ ประเด็นโครงสร้างพื้นฐาน

ระบบโลจิสติกส์และดิจิทัล ประเด็นการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิตในทุกแผนย่อย ประเด็นพลังทางสังคมที่มีเป้าหมายให้ประเทศไทยมีความเท่าเทียมและความเสมอภาคในสังคม ประเด็นการเติบโตอย่างยั่งยืนในทุกแผนย่อย

นอกจากนี้ รัฐบาลได้ประกาศใช้แผนแม่บทเฉพาะกิจภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติอันเป็นผลมาจากสถานการณ์โควิด 19 พ.ศ. 2564 – 2565 ประกอบด้วย 3 มิติ และ 4 ประเด็นการพัฒนา โดย 3 มิติการพัฒนา ได้แก่

(1) การพร้อมรับ (Cope) สามารถบริหารจัดการภายใต้สภาวะวิกฤติ ยืนหยัดและต้านทานความยากลำบาก รวมถึงฟื้นคืนกลับสู่สภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว

(2) การปรับตัว (Adapt) คือ ปรับทิศทาง รูปแบบและแนวทางการพัฒนาสอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลง กระจายความเสี่ยงและปรับตัวอย่างเท่าทันแสวงหาประโยชน์จากสิ่งที่เกิดขึ้น

(3) การเปลี่ยนแปลงเพื่อพร้อมเติบโตอย่างยั่งยืน (Transform) เปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างและปัจจัย พลิกวิกฤติให้เป็นโอกาส

โดยมี 4 ประเด็นการพัฒนาที่ให้ความสำคัญเป็นพิเศษในระยะ 2 ปีข้างหน้า ได้แก่

(1) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของเศรษฐกิจฐานรากภายในประเทศ (Local Economy) ลดความเสี่ยงในการพึ่งพาต่างประเทศ

(2) การยกระดับขีดความสามารถของประเทศเพื่อรองรับการเติบโตอย่างยั่งยืนในระยะยาว (Future Growth) ส่งเสริมอุตสาหกรรมและบริการที่ประเทศไทยมีโอกาสและศักยภาพภายใต้กระแสการเปลี่ยนแปลงและบริบทโลกใหม่ที่ปรับเปลี่ยนไป

(3) การพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตของคนให้เป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศ (Human Capital) ยกกระดับ ปรับทักษะแรงงานให้สอดคล้องกับความต้องการของตลาดแรงงานและโครงสร้างเศรษฐกิจที่ปรับเปลี่ยนไป พร้อมทั้งเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากภาวะวิกฤติ และ

(4) การปรับปรุงและพัฒนาปัจจัยพื้นฐานเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูและพัฒนาประเทศ (Enabling Factors) ให้สอดคล้องกับกระแสการเปลี่ยนแปลงที่จะส่งผลกระทบต่อศักยภาพของประเทศ^[20]

1.4.2 แผนการปฏิรูปประเทศ

แผนการปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง) เป็นแผนระดับที่ 2 ตามนัยมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2560 โดยต้องส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ โดยแผนการปฏิรูปประเทศจะดำเนินการคู่ขนานไปกับเล่มแผนการปฏิรูปประเทศฉบับเดิมที่ประกาศใช้เมื่อเดือนเมษายน 2561 โดยมีประเด็นการปฏิรูปประเทศ ทั้ง 13 ด้าน^[21] ได้แก่ ด้านการเมือง ด้านการบริหารราชการแผ่นดิน ด้านกฎหมาย ด้านกระบวนการยุติธรรม ด้านเศรษฐกิจ ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ด้านสาธารณสุข ด้านสื่อสารมวลชนเทคโนโลยีสารสนเทศ ด้านสังคม ด้านพลังงาน ด้านการป้องกันและ

[20] สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนแม่บทเฉพาะกิจภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติอันเป็นผลมาจากสถานการณ์โควิด - 19 พ.ศ. 2564 - 2565.

[21] สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (ร่าง) แผนการปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง)

ปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ ด้านการศึกษา และสุดท้ายด้านวัฒนธรรม กีฬา แรงงาน และการพัฒนา
ทรัพยากรมนุษย์

โดยประเด็นปฏิรูปประเทศภายใต้แผนการปฏิรูปประเทศที่มีเป้าหมายและเกี่ยวข้องโดยตรงกับภารกิจ
และการดำเนินงานของ สสส. มี 2 ประเด็น ดังนี้

แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ที่มีเป้าประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้เสี่ยงโรคและผู้สูงอายุ
ได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และทันสมัย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น สามารถป้องกันและลด
โรคที่สามารถป้องกันได้ พร้อมทั้งผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองและได้รับการบริหารและรักษาพยาบาลที่มี
คุณภาพที่บ้านและในชุมชน โดยกำหนดกิจกรรมปฏิรูปประเทศ จำนวน 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมการปฏิรูปการ
จัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขรวมถึงโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่ กิจกรรมการปฏิรูปเพื่อเพิ่ม
ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและดูแลรักษา โรคไม่
ติดต่อสำหรับประชาชนและผู้ป่วย กิจกรรมการปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุด้านการบริหารการ
รักษาพยาบาลที่บ้าน/ชุมชน และการดูแลสุขภาพตนเองในระบบสุขภาพปฐมภูมิเชิงนวัตกรรม กิจกรรมการปฏิรูป
ระบบหลักประกันสุขภาพและกองทุนที่เกี่ยวข้องให้มีความเป็นเอกภาพบูรณาการ เป็นธรรม ทัวถึง เพียงพอและ
ยั่งยืนด้านการเงินการคลัง และกิจกรรมการปฏิรูปเขตสุขภาพให้มระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการ คล่องตัว
และการร่วมรับผิดชอบด้านสุขภาพระหว่างหน่วยงานและท้องถิ่น

แผนการปฏิรูปประเทศด้านสังคม มีเป้าประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาความยากจนและความเหลื่อม
ล้ำในสังคม การคุ้มครองกลุ่มเปราะบางในสังคม ตลอดจนการสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงทรัพยากรและ
แหล่ง ทุนของประชาชน โดยกำหนดกิจกรรมปฏิรูปประเทศ จำนวน 5 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) การมีระบบการ
ออมเพื่อสร้างหลักประกันรายได้หลังวัยเกษียณที่เพียงพอและครอบคลุมในกลุ่มแรงงานทั้งในและนอกระบบ 2)
ผลักดันให้มีฐานข้อมูลทางสังคมและคลังความรู้ในระดับพื้นที่ 3) การปฏิรูปการขึ้นทะเบียนคนพิการ เพื่อให้คน
พิการได้รับสิทธิสวัสดิการและความช่วยเหลือได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง 4) การสร้างกลไกที่เอื้อให้เกิดชุมชน
เมืองจัดการตนเอง และ 5) การสร้างมูลค่าให้กับที่ดินที่รัฐจัดให้กับประชาชน

1.4.3 พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ สสส. จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติ
กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2544 โดยเป็น
หน่วยงานของรัฐที่มีใช้ส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ภายใต้การกำกับดูแลของนายกรัฐมนตรี เป็นองค์กรที่มีหน้าที่
หลักในการทำหน้าที่ริเริ่ม ผลักดัน กระตุ้น สนับสนุน และร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ โดยมุ่ง
หมายให้คนไทย มีสุขภาพกาย จิต ปัญญา และสังคมที่ดี โดยการกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความ
เชื่อ และสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อคุณภาพชีวิต ลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของคนไทย
อันจะสามารถก่อให้เกิดการลดภาระทางเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศได้ ทั้งนี้ ทุนหลักได้รับมาจากภาษี
สรรพสามิตยาสูบและสุราในอัตราร้อยละ 2 ต่อปี โดยให้กองทุนฯ เป็นนิติบุคคลและมีวัตถุประสงค์ในการก่อตั้ง
กองทุนฯ เพื่อ^[22]

- (1) ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพให้ประชากรทุกวัยตามนโยบายสุขภาพแห่งชาติ

^[22] พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544

(2) สร้างความตระหนักเรื่องพฤติกรรมความเสี่ยงจากการบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสารหรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ และสร้างความเชื่อมั่นในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนทุกระดับ

(3) สนับสนุนการรณรงค์ให้ลดบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสารหรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ ตลอดจนให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลหมายที่เกี่ยวข้อง

(4) ศึกษาวิจัยหรือสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย ฝึกอบรม หรือดำเนินการให้มีการประชุมเกี่ยวกับการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

(5) พัฒนาความสามารถของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชน หรือองค์กรเอกชน องค์กรสาธารณประโยชน์ ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ

(6) สนับสนุนการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ในลักษณะที่เป็นสื่อเพื่อประชาชนสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์และลดบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสารหรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ

นอกจากนี้ข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการการจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2562 ได้กำหนดให้ สสส. จัดทำทิศทางและเป้าหมายกองทุนฯ ซึ่งจะแสดงให้เห็นรายละเอียดของวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ในระยะเวลา 10 ปี โดยเป็นเอกสารหลักสำหรับจัดทำแผนหลัก^[23] และแผนการดำเนินงานประจำปี^[24] โดยทิศทางและเป้าหมายกองทุนฯ จะต้องมีรายละเอียดสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนและกิจกรรมของกองทุน โดยให้จัดทำเป็นระยะเวลา 10 ปี และให้ทบทวนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ทุก 3 ปี และจัดทำฉบับใหม่ในปีที่ 10^[25]

แผนเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้อง

นอกจากยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติแล้ว ยังมีแผนเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายและการดำเนินงานของ สสส. ดังนี้

(1) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 -2564)

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 เป็นแผนภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และมีความสอดคล้องกับเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีวิสัยทัศน์ “ระบบสุขภาพไทยเข้มแข็ง เป็นเอกภาพ เพื่อคนไทยสุขภาพดีสร้างประเทศให้มั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน” และมีเป้าประสงค์ คือ (1) ให้ประชาชน ชุมชน ทั้งถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง (2) คนไทยทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี ลดการตายก่อนวัยอันควร (3) เพิ่มขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพทุกระดับ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก เหมาะสม (4) มีบุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม และ (5) มีกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

^[23] แผนหลัก หมายความว่า แผนการดำเนินงานของกองทุนตามมาตรา 21 (1) ซึ่งจะแสดงรายละเอียดของเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด แผน และกรอบงบประมาณ ในระยะ 3 ปี โดยเป็นเอกสารหลักสำหรับจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี

^[24] แผนการดำเนินงานประจำปี หมายความว่า แผนการดำเนินงานของกองทุนตามมาตรา 21 (2) ซึ่งจะแสดงรายละเอียดของเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด แผน กลุ่มแผนงานและงบประมาณ ในระยะเวลา 1 ปี

^[25] ข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

(2) แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 – 2564)

ยุทธศาสตร์ควบคุมโรคไม่ติดต่อเพื่อตอบสนองต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคให้บรรลุ 9 เป้าหมายโลกที่ปรับให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศไทย รวมทั้งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 และแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) โดยมีวิสัยทัศน์ “ประชาชนสุขภาพดี ปลอดภัยจากภาวะโรคไม่ติดต่อที่ป้องกันได้” เป้าประสงค์เพื่อลดภาระการป่วย การตาย และความพิการที่ป้องกันได้ อันมีผลสืบเนื่องจากโรคไม่ติดต่อ ด้วยวิธีการร่วมมือระหว่างภาคีภาคส่วนหลากหลายสาขา และการประสานงานในระดับชาติ ภูมิภาค และระดับโลก

ทั้งนี้ แผนระดับชาติดังกล่าวข้างต้นมีความเชื่อมโยงเป้าหมายของแต่ละแผนให้มีความสอดคล้องกันไปทิศทางเดียวกันกับยุทธศาสตร์ชาติ และหนุนเสริมการทำงานของหน่วยงานรัฐให้มีการบูรณาการการทำงานร่วมกันโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งในการจัดทำทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพฉบับนี้จะต้องกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ที่มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติข้างต้น เพื่อให้คนไทย มีสุขภาพกาย จิต ปัญญา และสังคมที่ดี ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนให้ประเทศไทยบรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืนเป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง”

1.5 สรุปประเด็นท้าทายต่อการสร้างเสริมสุขภาพในทศวรรษหน้า

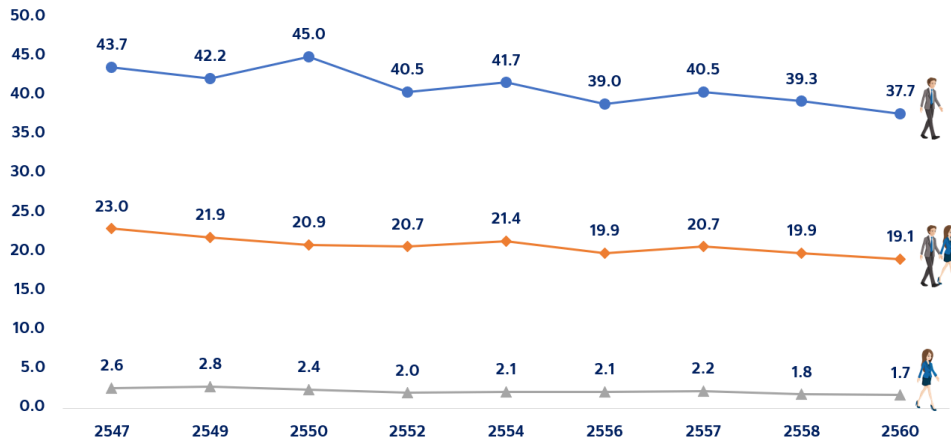
จากกระแสโลกาภิวัตน์ ที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและความเป็นอยู่ของคนในสังคม รวมทั้งความก้าวหน้าของเทคโนโลยีและดิจิทัล ที่อำนวยความสะดวกให้กับประชาชนในการดำรงชีวิต ทำให้วิถีการดำรงชีวิตของประชาชนเปลี่ยนไป อาจทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพที่ส่งผลให้ป่วยเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ สามารถสรุปประเด็นท้าทายที่สำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ได้ดังนี้

1.5.1 การสูบบุหรี่ ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรไทย ปี พ.ศ.2560 พบว่า ในจำนวนประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 55.9 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ 10.7 ล้านคน (ร้อยละ 19.1) โดยในภาพรวม พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2547 -2560 อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง (จากร้อยละ 23 เป็นร้อยละ 19.1) ทั้งนี้จำนวนผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ พ.ศ. 2534 – 2560 โดยใน พ.ศ.2534 มีผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว เพียง 590,528 คน เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนถึง 1,251,695 คน ภายในรอบ 26 ปี และอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำเพิ่มขึ้นมาเพียงเล็กน้อยจาก 17.8 ปี ในปี 2557 เป็น 18 ปี ในปี 2560^[26] โดยผู้ชายสูบบุหรี่ขณะอยู่ในบริเวณบ้านมากถึงร้อยละ 42 และมีครัวเรือนที่มีคนสูบบุหรี่ 4,962,045 ครัวเรือน ทำให้มีคนที่สูบบุหรี่ได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้านโดยเฉลี่ยสูงถึง 10,333,653 คน^[27]

ภาพที่ 1.5 แนวโน้มการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2547-2560

[26] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560. บริษัท พิมพ์ดีการพิมพ์ จำกัด: นนทบุรี; 2561.

[27] Hfocus. ศจย.เผยสถิติคนไม่สูบบุหรี่! รับควันบุหรี่มือสองในบ้านสูงถึง 10,333,653 คน. [ออนไลน์] 2559 [อ้างเมื่อ 30 ธันวาคม 2563] <https://www.hfocus.org/content/2020/08/19867>



ที่มา: การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560
 หมายเหตุ : พ.ศ. 2549 2552 2556 และ 2558 จากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ

แม้ว่าสถานการณ์แนวโน้มการสูบบุหรี่ของคนไทยจะลดลงอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามประเทศไทยยังคงเผชิญกับความท้าทายทั้งจากผลกระทบจากควันบุหรี่มือสองและสาม การนำเข้าบุหรี่ผิดกฎหมาย ถึงแม้จะเสี่ยงต่อการเสียค่าปรับซึ่งในแต่ละปีมีมูลค่าหลายล้านบาท มาตรการการชะลอการขึ้นภาษียาสูบ และการแพร่กระจายผลิตภัณฑ์ยาสูบอิเล็กทรอนิกส์ในช่องทางการสื่อสารออนไลน์ที่ผิดกฎหมาย

1.5.2 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

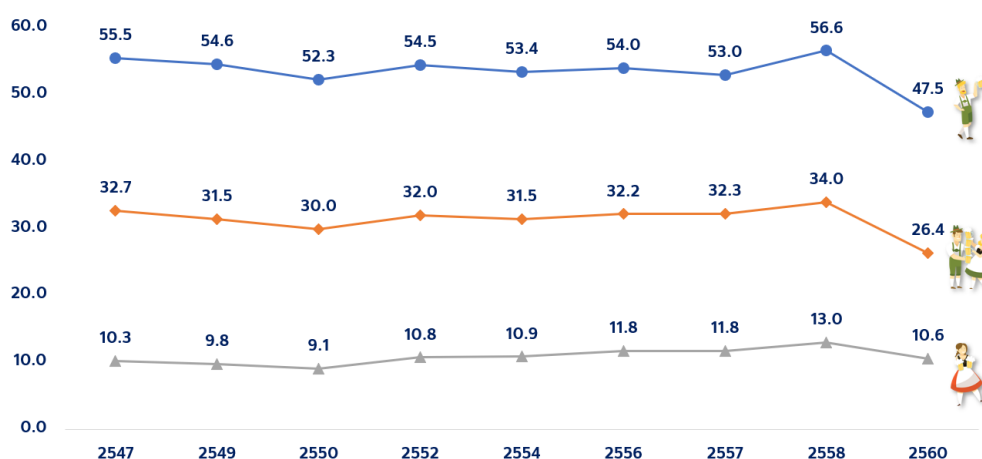
จากการสำรวจพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ใน 1 ปีที่ผ่านมา ใน พ.ศ. 2560 พบว่า มีการดื่มที่ลดลงจากร้อยละ 34.0 ใน พ.ศ.2558 เหลือ ร้อยละ 28.4 ใน พ.ศ. 2560 โดยผู้ชายเริ่มดื่มเมื่ออายุประมาณ 19 ปี ส่วนผู้หญิงเริ่มดื่มเมื่ออายุ 24 ปี ซึ่งการดื่มใน 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มอายุที่มีสัดส่วนการดื่มมากที่สุดอยู่ในช่วง 25-44 ปี^[41] นอกจากนี้ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปีของประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ตั้งแต่ปี 2556-2561 มีปริมาณการดื่ม 6.89, 6.91, 6.95, 7.12, 7.33 และ 8.3 ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์/คน/ปี ตามลำดับ ซึ่งสูงเกินกว่าค่าเป้าหมาย 6.54 ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์/คน/ปี ในยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ^{[28],[29]} และเมื่อพิจารณาในกลุ่มวัยรุ่นไทยอายุ 15 - 19 ปี กลับพบว่าแนวโน้มความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์แทบจะไม่เปลี่ยนแปลง กล่าวคือจากร้อยละ 14.0 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 13.6 ในปี 2560 สะท้อนว่า มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านมาไม่สามารถลดจำนวนนักดื่มหน้าใหม่ได้เท่าที่ควร หรืออาจเป็นผลจากการรुकคืบของอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครื่องดื่มประเภทเบียร์ที่เน้นการเชิญชวนกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเยาวชนมากขึ้น ดังนั้นการป้องกัน

[28] นิตยา พรหมกันทา และคณะ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการสำรวจสถานะของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในบริบทประเทศไทยและทางเลือกมาตรการทางเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมาย สำหรับเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย. [ออนไลน์] 2562 [อ้างเมื่อ 8 มกราคม 2564] จาก <https://www.sdgmove.com/wp-content/uploads/2020/04/final-report-sdgs-goal-3.pdf>.

[29] WHO. World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. [online] 2020 [cited 2020 Nov 20] Available from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240005105>

การเข้าถึงเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุต่ำกว่า 20 ปี จึงมีความสำคัญมากเนื่องจากพบว่าผู้ที่เริ่มตี้มสุราตั้งแต่อายุน้อยมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบทางสุขภาพและความผิดปกติทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับการตี้มแอลกอฮอล์ เช่น มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการตี้มแบบเสียงเพิ่มโอกาสในการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ส่งผลต่อความสามารถในประสาทการรู้คิด (neurocognitive performance) และส่งผลต่อปัญหาสังคมและพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ตามมา

ภาพที่ 1.6 แนวโน้มการตี้มสุราหรือเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2547-2560



ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการตี้มสุราของประชากร พ.ศ. 2560

หมายเหตุ : พ.ศ. 2549 2552 2556 และ 2558 จากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ

นอกจากนี้ยังพบว่าสัดส่วนนักตี้มหนักเพิ่มจากร้อยละ 31.4 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 41.9 ในปี 2560 สัดส่วนของนักตี้มที่ตี้มแล้วขับซี้ก็เพิ่มจากร้อยละ 31.5 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 40.6 ในปี 2560 และสัดส่วนนักตี้มประจำค่อนข้างคงที่^[30] สะท้อนให้เห็นว่ามาตรการรณรงค์การเลิกตี้มที่ดำเนินการในวงกว้าง (air war) อาจมีผลกระทบต่อนักตี้มที่ไม่ได้ตี้มสุราเป็นประจำหรือตี้มสุราเพียงเล็กน้อยตัดสินใจหยุดตี้มสุราได้เท่านั้น แต่มีผลน้อยมากกับผู้ที่ตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์แบบเสียง ซึ่งเป็นกลุ่มที่ควรได้รับมาตรการที่เข้มข้นและจำเพาะกับปัญหา เช่น มาตรการคัดกรองและบำบัดผู้ตี้มสุรา มาตรการตี้มไม่ขับ

1.5.3 ยาเสพติด

จากรายงานของศูนย์การป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ใน พ.ศ. 2562 มีผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัด (เฉพาะผู้เสพ ผู้ติดยาและผู้ใช้) จำนวน 252,116 ราย เป็นผู้เสพ 11,303 ราย ผู้ติดยา 157,625 ราย ผู้ติดยา 81,386 ราย และไม่ระบุ 1,802 ราย โดยผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาโดย

^[30] อธิป ต้นอารีย์, พลเทพ วิจิตรคุณากร. สถานการณ์การบริโภคเครื่องตี้มแอลกอฮอล์และดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัดในประเทศไทย: ข้อมูลการสำรวจ พ.ศ. 2560. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2562; 13(14): 353 – 367.

สมัครใจเพิ่มมากขึ้น ในปี 2557 มีน้อยมากร้อยละ 0.02 ทั้งนี้ตั้งแต่ปี 2558-2562 ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาโดยสมัครใจเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 30.64 ใน พ.ศ. 2558 เป็น ร้อยละ 42.97 ใน พ.ศ. 2562 ได้รับการบำบัดรักษาโดยบังคับมีน้อยลง จากร้อยละ 58.32 ใน พ.ศ. 2558 ลดลงเหลือ ร้อยละ 45.92 ใน พ.ศ. 2562 และได้รับการบำบัดโดยการต้องโทษค่อนข้างคงที่ อยู่ที่ร้อยละ 11.04 ใน พ.ศ. 2558 และ ร้อยละ 11.11 ใน พ.ศ. 2562 และพบว่า ช่วงอายุวัยรุ่น 18-24 ปี เป็นกลุ่มที่ได้รับการบำบัดรักษามากที่สุดตั้งแต่ พ.ศ. 2557-2561 ร้อยละ 21.92 ใน พ.ศ. 2557 และเพิ่มสูงขึ้นเป็น ร้อยละ 32.88 ใน พ.ศ. 2561^[31]

นอกจากนี้ ยาเสพติดยังคงเป็นสาเหตุการกระทำผิดของเด็กและเยาวชนไทยที่สูงสุด ใน พ.ศ. 2562 มีเด็กและเยาวชนที่ทำผิดและถูกจับกุมในฐานความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษสูงถึงร้อยละ 50.4 โดยกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี ถือเป็นกลุ่มหลักที่เข้ามาเกี่ยวข้องซึ่งพบทั้งที่อยู่ในสถานศึกษาและนอกสถานศึกษา โดยกลุ่มนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและระดับประถมศึกษาเป็นสองกลุ่มที่มีโอกาสเข้ามาเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ รวมทั้งเยาวชนนอกสถานศึกษาโดยเฉพาะกลุ่มอายุ 15-19 ปี พบว่ามีถึงร้อยละ 77.7 ที่ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษา ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเพราะมีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดทั้งการค้าและเสพยาเสพติด

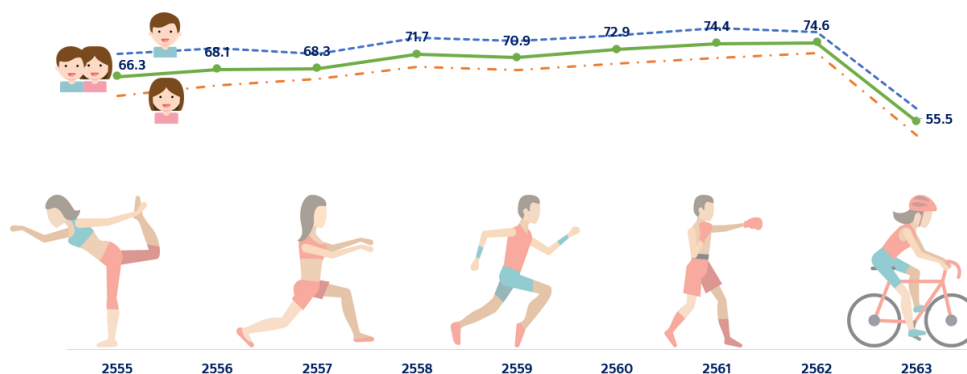
1.5.4 กิจกรรมทางกาย

สถานการณ์ภาพรวมด้านการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทยเป็นไปในเชิงบวก และพบว่าแนวโน้มการมีกิจกรรมทางกายจะลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้น โดยระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66.3 ใน พ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 74.6 ใน พ.ศ. 2562 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 8.3^[32] อย่างไรก็ตามพบว่าใน พ.ศ. 2563 ที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงเดือนมีนาคม – พฤษภาคม พบว่าประชาชนมีกิจกรรมทางกายลดลงเหลือเพียง ร้อยละ 55 นอกจากนี้ จากการสำรวจพฤติกรรมเนือยนิ่งในประชากรไทยระหว่างปี 2555-2563 แสดงให้เห็นว่า ระยะเวลาเฉลี่ยในการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งสะสมต่อวันของประชากรไทยในภาพรวมยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้ โดยปี พ.ศ. 2563 มีระยะเวลาเฉลี่ยสูงที่สุดคือ 14 ชั่วโมง 32 นาที ขณะที่ในปี พ.ศ. 2556 มีระยะเวลาเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ 13 ชั่วโมง 15 นาที^[50]

ภาพที่ 1.7 ร้อยละการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2555-2563

[31] ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. Drug Treatment Network. [ออนไลน์] 2563 [อ้างเมื่อ 1 มิถุนายน 2563] จาก <https://antidrugnew.moph.go.th/Runtime/Runtime/Form/FrmPublicReport/>.

[32] ปิยวัฒน์ เกตุวงศา, กรรณก พงษ์ประดิษฐ์, บรรณาธิการ. ฟันกิจกรรมทางกายในประเทศไทยหลังวิกฤตโควิด-19: Regenerating physical activity in Thailand after COVID-19 pandemic. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: ภาพพิมพ์; 2563







ที่มา: โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทยปี 2555-2563 ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
 หมายเหตุ: ข้อมูลในปี 2563 เป็นข้อมูลจากการสำรวจในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 ระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2563

ภาพที่ 1.21 สัดส่วนวัยรุ่นและเยาวชนที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ

รวมทั้งจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า รูปแบบการมีกิจกรรมทางกายของคนไทยเปลี่ยนไป เช่น ออกกำลังกายที่บ้านเพิ่มมากขึ้น มีการออกกำลังกายแบบเวอร์ชวลและออนไลน์ร่วมกับเพื่อน ๆ บนโลกออนไลน์ พกหน้ากากและเจลแอลกอฮอล์เมื่อไปออกกำลังกายที่สวนสาธารณะ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กติดหน้าจอเพิ่มมากขึ้น โดยเด็กและเยาวชนอายุระหว่าง 5-17 ปี มีระยะเวลาการใช้หน้าจออิเล็กทรอนิกส์ เฉลี่ยสูงถึง 4 ชั่วโมง 11 นาทีต่อวัน เพิ่มจากช่วงเวลาเดิมในปีที่ผ่านมาประมาณ 1 ชั่วโมง ซึ่งเด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมใช้หน้าจอสูงสุดถึง 19 ชั่วโมง 50 นาทีต่อวัน^[50] ทั้งนี้ความแตกต่างของการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ไม่ได้เป็นเรื่องเฉพาะของแต่ละบุคคลเท่านั้น แต่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเอื้อให้มีกิจกรรมทางกายหลายปัจจัยด้วยกัน เช่น บริบททางสภาพแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรม การสนับสนุนให้กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนมีกิจกรรมทางกายให้มากขึ้น ความพร้อมของสถานที่ให้มีกิจกรรมทางกาย เป็นต้น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเข้าใจบริบทแวดล้อมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องสนับสนุนและส่งเสริมให้สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย

ภาพที่ 1.8 พฤติกรรมการใช้หน้าจอเพื่อความบันเทิงของคนไทยยุคโควิด-19

กลุ่มอายุ	ปี 62 ก่อน COVID 19 ระยะเวลาการใช้หน้าจอ (กึ่งวัน)		ระหว่าง COVID 19 (ม.ย.-พ.ค.) ระยะเวลาการใช้หน้าจอ (กึ่งวัน)	
	เฉลี่ย (ชม./วัน)	สูงสุด (ชม./วัน)	เฉลี่ย (ชม./วัน)	สูงสุด (ชม./วัน)
 เด็ก (5-17 ปี)	3.14	9.00	4.11	19.50
 วัยรุ่น (18-24 ปี)	4.17	17.00	4.45	19.00
 วัยทำงาน (25-59 ปี)	3.25	13.00	4.02	18.50
 วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	3.02	11.00	3.08	16.25
เฉลี่ยรวม	3.18	17.00	4.10	19.50

ที่มา: โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติ กรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทยปี 2555-2563 ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
หมายเหตุ: ข้อมูลในปี 2563 เป็นข้อมูลจากการสำรวจในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 ระหว่างเดือนมีนาคม – พฤษภาคม พ.ศ. 2563

1.5.5 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พบว่า ประชากรไทยอายุ 10-24 ปี รับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อร้อยละ 93.9 โดยสาเหตุที่รับประทานไม่ครบมื้อ คือ ไม่มีเวลา ต้องการลดน้ำหนัก และอื่น ๆ ซึ่งเพศชาย (ร้อยละ 74.7) จะไม่มีเวลาทานไม่ครบมื้อมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 55.5) ในขณะที่เพศหญิง (ร้อยละ 24.4) รับประทานอาหารเช้าไม่ครบมื้อเนื่องจากต้องการลดน้ำหนักมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 2.7) ส่วนการบริโภคผักผลไม้ พบว่า ประชากรอายุ 10-14 ปี บริโภคผักผลไม้สดเป็นประจำทุกวันร้อยละ 23.4 และเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น โดยประชากรอายุ 15-19 ปี บริโภคผักผลไม้สดเป็นประจำทุกวันร้อยละ 32.6 และอายุ 20-24 ปี บริโภคผักผลไม้สดเป็นประจำทุกวันร้อยละ 35.2 เพศหญิงมีสัดส่วนของผู้ที่กินผักและผลไม้เพียงพอมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 27.6 และร้อยละ 24.1 ตามลำดับ) เช่นเดียวกัน ผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาลกินผักและผลไม้เพียงพอมากกว่าผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 26.3 และร้อยละ 25.6 ตามลำดับ)^[33]

ปัญหาทางโภชนาการที่พบได้ทุกประเทศทั่วโลกและพบได้ในทุกกลุ่มวัย มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการบริโภค ความสะดวกในการเลือกซื้ออาหาร เทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทในการเชื่อมต่อระหว่างร้านอาหารและผู้บริโภค แอปพลิเคชันสั่งซื้ออาหาร ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการกินของวัยรุ่นและเยาวชนไทยต่อไปในอนาคต รวมทั้งความชอบส่วนบุคคล ที่มีรับประทานอาหารที่มีรสจัด เปรี้ยว เค็ม มัน หรือแม้กระทั่งขนมหวานของเด็กอย่างลูกอม ขนมกรุบกรอบที่ไม่ค่อยสารอาหารและมีโซเดียมสูง หากรับประทานเกินขนาด ส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง มะเร็ง โรคหัวใจและ

[33] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560. [ออนไลน์] 2563 [อ้างเมื่อ 1 มิถุนายน 2563] http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาสุขภาพ/Food_consumption_behavior_of_the_population/2560/รายงานฉบับสมบูรณ์.pdf

หลอดเลือด และจากรายงานการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2561 พบว่า ความชุกของภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 kg/m²) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 15.3 ใน พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 22.7 ใน พ.ศ. 2561 และความชุกของภาวะอ้วน (BMI ≥ 30 kg/m²) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.6 ใน พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 7.8 ใน พ.ศ. 2561^[22]

1.5.6 สุขภาพจิต

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่พบบ่อย มีการคาดการณ์ว่าประชากรทั่วโลกถึง 1 ใน 4 หรือจำนวน 450 ล้านคน มีปัญหาจิตเวชในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต ปัญหาสุขภาพจิตนั้นเกิดผลกระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิต การอยู่ร่วมในสังคมและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งจากรายงานผลการสำรวจกลุ่มตัวอย่างใน 23 ประเทศทั่วโลก พบว่า ประเทศไทยเป็นประเทศมีความเครียดสูง เป็นอันดับ 5 ของโลก และร้อยละ 91 ยอมรับว่าตนเองมีความเครียด แต่มีเพียงร้อยละ 13 เท่านั้น ที่เข้าพบ นักจิตวิทยา หรือ จิตแพทย์ เพื่อปรึกษาปัญหาความเครียดของตนเอง^[34]

วัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีระดับสุขภาพจิตต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มช่วงอายุอื่น โดยรวมมีคะแนน 31.2 (เต็ม 45 คะแนน) ซึ่งต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของประเทศที่มีคะแนนอยู่ที่ 31.6 ปัญหาที่วัยรุ่นและเยาวชนโทรปรึกษาสายด่วนของกรมสุขภาพจิต 1323 พบว่า ส่วนมากเป็นเรื่องความเครียดหรือวิตกกังวล ปัญหาความรัก ตามด้วย ปัญหาซึมเศร้า⁵¹ นอกจากนี้ พบว่า พ.ศ. 2562 มีอัตราผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต เพียงร้อยละ 68.2 เท่านั้น ส่วนปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง (โรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง) จากการคัดกรองภาวะซึมเศร้า จำนวน 3,190,546 คน พบว่ามีเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า จำนวน 27,601 คน ได้รับการส่งต่อเพื่อประเมินซึมเศร้าและดูแลช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ จำนวน 24,564 คน คิดเป็นร้อยละ 88.99³⁵

นอกจากนี้จากสถิติของการฆ่าตัวตายสำเร็จในคนไทย พบว่า ใน พ.ศ. 2561 มีคนฆ่าตัวตาย 4,137 คน คิดเป็น 6.3 ต่อประชากรแสนคน โดยเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงประมาณ 4 เท่า และวัยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด คือ วัยแรงงาน ช่วงอายุ 25-59 ปี ร้อยละ 74.7 รองลงมาเป็นวัยสูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 22.1 และวัยเด็ก อายุ 10-24 ปี ร้อยละ 3.2 นอกจากนี้ยังพบจำนวนผู้ที่ทำร้ายตนเองจนเสียชีวิต เฉลี่ยอยู่ที่ 345 คนต่อเดือน และมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ยวันละประมาณ 11-12 คน สำหรับสาเหตุปัจจัยของการฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่มาจากปัญหาด้านความสัมพันธ์ ได้แก่ ความน้อยใจ ถูกดูต่ำตำหนิ การทะเลาะกับคนใกล้ชิด พบร้อยละ 48.7 ความรัก หึงหวง ร้อยละ 22.9 ต้องการคนใส่ใจ ดูแล ร้อยละ 8.36 ส่วนปัญหาด้านการใช้สุราและยาเสพติด พบว่ามีปัญหาการดื่มสุรา ร้อยละ 19.6, มีอาการมีเมาระหว่างทำร้ายตนเอง ร้อยละ 6 และปัญหาด้านการเจ็บป่วยทางจิต พบภาวะโรคจิต ร้อยละ 7.45 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 6.54 และมีประวัติการทำร้ายตนเองซ้ำ ร้อยละ 12^[36]

ภาพที่ 1.9 สถิติของการฆ่าตัวตายสำเร็จในคนไทย

^[34] สยามรัฐออนไลน์. ลดมาจาคติ. ออนไลน์] 2562 [อ้างเมื่อ 1 มิถุนายน 2563]. จาก <https://siamrath.co.th/n/133319>

^[35] กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2561. กรุงเทพฯ : ละม่อม; 2562

^[36] กรมสุขภาพจิตวอนสื่อะวังเสนอข่าวฆ่าตัวตาย หวั่นคนเลียนแบบ. ข่าวไทยทีบีเอส. [ออนไลน์] 2562 [อ้างเมื่อ 3 มิถุนายน 2563] จาก <https://news.thaipbs.or.th/content/283373>.

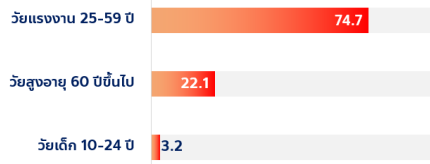


คนฆ่าตัวตาย
4,137 คน
 (6.3 ต่อประชากรแสนคน)



ชายฆ่าตัวตาย
มากกว่าหญิง
4 เท่า

วัยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด



สาเหตุการฆ่าตัวตาย



1.5.7 การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน

อุบัติเหตุจากรถทางถนน (RTI: Road Traffic Injury) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย และเป็นอันดับหนึ่งในสามอันดับแรกของปัญหาสาธารณสุขมาโดยตลอด จำนวนผู้บาดเจ็บ ผู้เสียชีวิต และผู้พิการมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี รวมทั้งเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของประชากรชายไทยที่มีการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัย จากข้อมูลจาก Global Status Report on Road Safety 2018 ขององค์การอนามัยโลก จัดให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เป็นอันดับที่ 9 ของโลก และเป็นอันดับที่ 1 ในเอเชียอาเซียน และ SEARO แต่สัดส่วนการเสียชีวิตจากเหตุที่เกิดกับรถจักรยานยนต์ของประเทศไทยนั้นยังสูงเป็นอันดับ 3 ของโลก คิดเป็น ร้อยละ 74.4 ซึ่งประเทศไทยมียอดผู้เสียชีวิตสูงถึง 22,491 ราย เฉลี่ย 60 คนต่อวัน^[37] ทั้งนี้อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในช่วงเทศกาลสำคัญ ได้แก่ วันปีใหม่ วันสงกรานต์ เป็นต้น ในปี พ.ศ. 2557-2561 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์มีผู้บาดเจ็บ เฉลี่ยปีละ 17,339 คน และ 28,085 คน เสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 462 คน และ 458 คน คิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจ เฉลี่ยปีละ 5,095 ล้านบาท และ 5,114 ล้านบาท ตามลำดับ^[38] นอกจากนี้ข้อมูลพฤติกรรมความปลอดภัยในการสวมหมวกนิรภัยเมื่อใช้รถจักรยานยนต์ใน พ.ศ. 2561 พบว่า สัดส่วนผู้ใหญ่คนไทยที่สวมหมวกนิรภัยมีเพียงร้อยละ 48 หรือไม่ถึงครึ่ง แต่สัดส่วนนี้กลับน้อยลงไปอีกเมื่อพิจารณาในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนซึ่งมีเพียงร้อยละ 22 เท่านั้น^[51] อีกทั้งจากการคาดการณ์ใน พ.ศ. 2573 ภาพรวมสถานการณ์การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถทางถนน (RTI) พบว่าส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ใช้ถนนสูงเป็นอันดับ 5 และเป็นสาเหตุให้พิการหรือทุพพลภาพเป็นอันดับที่ 17 ของโลก

[37] WHO เผยไทยตาย จยย.อันดับ 1 ของโลก"อุบัติเหตุทางถนน"ไต่ลงอันดับ 9. หนังสือพิมพ์เดลินิวส์. 20 ธันวาคม 2561 [ออนไลน์] [อ้างเมื่อ 11 มกราคม 2564] จาก <https://www.dailynews.co.th/economic/683587>

[38] สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน Road Safety for All 2562. [ออนไลน์] [อ้างเมื่อ 5 ธันวาคม 2563] จาก <http://www.ThaiNcd.com>

ทั้งนี้มีความเป็นไปได้ที่สถานการณ์การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุดังกล่าวมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในภูมิภาค
แปซิฟิกตะวันตก แอฟริกา และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้^[39]

ภาพที่ 1.10 แผนภูมิแสดงสถิติข้อมูลจากอุบัติเหตุทางถนนช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ ปี พ.ศ. 2557-2561



ที่มา: สำนักโรคไม่ติดต่อ (2562)

1.5.8 มลพิษอากาศ

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ใน พ.ศ. 2559 พบว่ามลพิษทางอากาศเป็นสาเหตุทำให้คนที่อาศัยในเขตเมืองและชนบทเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงถึง 4.2 ล้านคนทั่วโลก

^[39] สุเมธี สนธิกุล. รายงานโครงการจัดทำชุดความรู้การบาดเจ็บจากการใช้รถจักรยานยนต์ในเด็ก ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2559.

ซึ่งนับว่าเป็นมลพิษที่สร้างความเสียหายสูงสุดเมื่อเทียบกับมลพิษประเภทอื่น ๆ โดยร้อยละ 92 ของผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั้งหมดนี้อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง และภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รวมถึงแปซิฟิกตะวันตกมีจำนวนผู้เสียชีวิตมากที่สุด^[40] ทั้งนี้ใน พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีค่าเฉลี่ย PM2.5 ในอันดับที่ 28 จาก 98 ประเทศ โดยมีค่า PM2.5 ที่ 24.3 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ลดลง 5 อันดับ จากอันดับที่ 23 จาก 73 ประเทศ ในปี พ.ศ. 2561 (26.4 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) ในขณะที่หากเปรียบเทียบเป็นรายจังหวัด/เมือง ประเทศไทยอยู่อันดับที่ 33 โดยจังหวัดที่มีค่า PM2.5 โดยเฉลี่ยสูงที่สุดคือ กรุงเทพฯ (22.8 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) ลดลงจากอันดับที่ 24 ในปี พ.ศ. 2561 (25.2 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) และ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย PM2.5 ในกลุ่มประเทศอาเซียน พบว่า ค่าเฉลี่ย PM2.5 ของประเทศไทย อยู่ในลำดับที่ 4 รองจากอินโดนีเซีย เวียดนาม และเมียนมา^[41] อย่างไรก็ตามแม้ค่าเฉลี่ย PM2.5 ต่อปีของเมืองจะดีขึ้นในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา แต่ กรุงเทพฯ ยังคงมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกถึงสี่เท่า ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนในกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคมิวหนิง ระบบตา และมะเร็งโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สตรีมีครรภ์ เด็ก ผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งจากรายงานการศึกษาเรื่อง “มลพิษทางอากาศ: การประเมินการสัมผัสและภาระโรค” ประจำปี 2559 ขององค์การอนามัยโลก พบว่าประชากรไทยจำนวน 22,375 คน เสียชีวิตจากมลพิษทางอากาศ^[16]

สาเหตุการเกิด PM2.5 คาดว่าจะมีสาเหตุมาจาก คิวโนพิษจากการจราจรและการคมนาคม ปัจจุบันในกรุงเทพฯ มีจำนวนรถยนต์เพิ่มมากขึ้น โดยคิวโนพิษที่เกิดจากท่อไอเสียรถยนต์เป็นสาเหตุหลักที่ปล่อย PM2.5 คิวโนและฝุ่นจากการเผาในที่โล่ง ฝุ่นละอองจากภาคอุตสาหกรรมและการก่อสร้าง และหมอกคิวโนข้ามแดน นอกจากนี้มลพิษทางอากาศส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับฤดูกาล โดยจะสูงสุดในช่วงฤดูแล้งตั้งแต่เดือนธันวาคมถึงเมษายน^[42] โดยประเทศไทยได้กำหนดการแก้ไขปัญหาหมอกพิษด้านฝุ่นละอองเป็นวาระแห่งชาติ ได้จัดทำแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ “การแก้ไขปัญหาหมอกพิษด้านฝุ่นละออง” เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินการแก้ไขปัญหาฝุ่นละอองในภาพรวมของประเทศ และในพื้นที่วิกฤต โดยการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันในทุกภาคส่วน ผ่าน 3 มาตรการสำคัญ ได้แก่ (1) การเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการเชิงพื้นที่ (2) การป้องกันและลดการเกิดมลพิษที่ต้นทาง (แหล่งกำเนิด) และ (3) การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการมลพิษ^[43]

1.5.9 โรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ

กำลังเป็นปัญหาทั่วโลก เนื่องจากทุก ๆ ปีจะมีโรคติดต่ออุบัติใหม่เกิดการระบาดขึ้น ปัจจัยเสี่ยงต่อการระบาดมีความซับซ้อน และส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจอย่างรุนแรง พบว่า

[40] วิชญ อรรถวานิช. ต้นทุนของสังคมไทยจากมลพิษทางอากาศและมาตรการรับมือ. [ออนไลน์] 2562 [อ้างเมื่อ 3 ธันวาคม 2563] จาก https://www.pier.or.th/wp-content/uploads/2019/04/aBRIDGEd_2019_007.pdf

[41] IQAir AirVisual. 2019 World Air Quality Report Region & City PM2.5 Ranking. [online] 2020 [cited 23 Dec 2020] Available from <https://www.greenpeace.org/static/planet4-thailand-stateless/2020/02/91ab34b8-2019-world-air-report.pdf>

[42] Tada Ratchagit. กลับมาอีกครั้งกับฝุ่น PM 2.5 HR ควรีมาตรการป้องกันและรับมือให้กับพนักงานอย่างไร. [ออนไลน์] 2562 [อ้างเมื่อ 5 ธันวาคม 2563] จาก: <https://th.hrnote.asia/tips/th-190118-whatshoulddoforpm25/>

[43] กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. แผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ “การแก้ไขปัญหาหมอกพิษด้านฝุ่นละออง” [ออนไลน์] 2562 [อ้างเมื่อ 5 ธันวาคม 2563] จาก <https://www.deqp.go.th/new/แผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ/>

ในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา มีโรคติดเชื้อเกิดขึ้นใหม่จำนวนมาก โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สำคัญในปัจจุบัน ได้แก่ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง โรคไข้หวัดนก โรคติดเชื้อไวรัสฮีโบล่า และโรคติดเชื้อไวรัสซิกา เป็นต้น จะเห็นได้ว่าโรคติดต่ออุบัติใหม่ในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน โรคเหล่านี้มักมีต้นกำเนิดมาจากสัตว์ หรือสัตว์ป่าและมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ การเคลื่อนย้ายของประชากร ความชุกชุมของสัตว์พาหะนำโรค ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจและความตระหนักในการป้องกัน ควบคุมโรค ปฏิบัติตนไม่ถูกต้องตามหลักสุขอนามัย อยู่ร่วมกันอย่างหนาแน่น ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันโรคต่ำ เช่น เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หญิงตั้งครรภ์ หรือมีโอกาสสัมผัสโรคมาก เช่น เกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ คนทำงานในโรงฆ่าสัตว์ คนฆ่าหั่นเนื้อสัตว์ รวมถึงกลุ่มที่มีโอกาสแพร่โรคหรือรับโรคได้ง่าย เช่น กลุ่มผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก หรือกลุ่มผู้เดินทางไปต่างประเทศ^[44]

จากรายงานของสำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ พบว่า โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง มีจำนวนผู้ป่วยทั่วโลก 2,103 ราย เสียชีวิต 733 ราย จาก 27 ประเทศ ในประเทศไทย พบ 3 ราย (ก.ย. พ.ศ.2555 - ต.ค. พ.ศ.2560) โรคไข้หวัดใหญ่ มีจำนวนผู้ป่วยทั่วประเทศ 192,593 ราย เสียชีวิต 55 ราย และ (ม.ค. พ.ศ.2560 - ธ.ค. พ.ศ.2560) และโรคไข้หวัดนก มีจำนวนผู้ป่วยทั่วประเทศ 25 ราย เสียชีวิต 17 ราย (พ.ศ. 2547 - 2549)^[45] สำหรับสถานการณ์การระบาดของโรค COVID - 19 ที่ระบาดไปยังหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งถูกประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ โดยเริ่มระบาดตั้งแต่ช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยมีผู้ที่ติดเชื้อสะสมทั่วโลกจำนวน 108,727,001 ราย เสียชีวิต 2,394,015 ราย และพบผู้ติดเชื้อสะสมในประเทศไทยจำนวน 24,405 ราย และเสียชีวิต 80 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2564)^[46] ซึ่งจากการแพร่ระบาดของโรคเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้หลายประเทศต้องประกาศปิดเมืองเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรค ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคการท่องเที่ยว และเกิดผลกระทบเป็นลูกโซ่ตามมาทั้งธุรกิจบริการอุตสาหกรรม และธุรกิจต่าง ๆ ตามมา ส่งผลให้มีผู้ตกงานจำนวนมาก ประชาชนขาดรายได้และเกิดภาวะเครียด มีอัตราฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น

ภาพที่ 1.11 สถิติการป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคอุบัติใหม่

[44] กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ของกระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์] 2563 [อ้างเมื่อ 5 ธันวาคม 2563] จาก https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/plan_moph64.pdf

[45] กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ด้านสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 (พ.ศ.2561). [ออนไลน์] 2561 [อ้างเมื่อ 1 มิถุนายน 2563] จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/EbookMOPH20yrsPlan2017_version2.pdf

[46] Snook. อัปเดตสถิติ COVID-19. [ออนไลน์] 2564 [อ้างเมื่อ 13 กุมภาพันธ์ 2564] จาก <https://www.sanook.com/covid-19/>



รูปที่ 11 สถิติการป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคอุบัติใหม่

จากการสำรวจความกังวลใจในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสในเด็กและเยาวชน ที่ทำโดยองค์การยูนิเซฟร่วมกับสภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย เก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถามออนไลน์วันที่ 27 มีนาคม ถึง 6 เมษายน 2563 จากเด็กและเยาวชนอายุ 6 ปี ถึง 25 ปีขึ้นไป จำนวน 6,771 คนทั่วประเทศ พบว่า ความกังวลใจของเด็กและเยาวชนร้อยละ 80.74 คือเรื่องปัญหาการเงินของครอบครัว รองลงมาเป็นเรื่องการเรียนและการสอบ (ร้อยละ 53.98) กังวลว่าคนใกล้ตัวหรือตัวเองจะติดไวรัส (ร้อยละ 52.55) กังวลเรื่องโอกาสในการศึกษาต่อ (ร้อยละ 47.82) และมีความเครียดจากการต้องอยู่แต่ในบ้าน (ร้อยละ 46.27) ขณะที่ร้อยละ 84.66 เชื่อว่าผลกระทบและความกังวลใจในวงกว้างคือเรื่องของสถานะทางการเงินของครอบครัวที่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ^[47] ซึ่งผลกระทบเกิดกับเด็กทุกกลุ่ม แต่น่าจะมีความรุนแรงเป็นพิเศษต่อนักเรียนในกลุ่มยากจน ครอบครัวเปราะบาง มีปัญหาความรุนแรง ยาเสพติด นักเรียนกลุ่มการศึกษาพิเศษ นักเรียนผู้พิการ ผู้มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ในด้านต่าง ๆ ที่ต้องการการดูแลจากครูอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ครอบครัวที่ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ปกครองมีความเครียดสูงขึ้น อาจจะทำให้เกิดความรุนแรงในครอบครัวได้ อีกประการหนึ่ง เด็ก ๆ จะเข้าสู่สังคมออนไลน์มากขึ้น มีความเสี่ยงในการถูกชักจูง ล่อลวงจากผู้ไม่หวังดีที่แฝงมาในสังคมออนไลน์ได้เพิ่มมากขึ้น

1.5.10 ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ

ทรัพยากรมนุษย์ที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการขับเคลื่อนการพัฒนาของประเทศไทยยังมีคุณภาพที่แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด คนไทยต้องเผชิญความเหลื่อมล้ำทางโอกาสตั้งแต่ยังอยู่ในครรภ์มารดา โดยเด็กที่เกิดจากพ่อแม่ที่มีความรู้่น้อย มีทุนทรัพย์น้อย มักจะมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ตั้งแต่แรกเกิด เมื่อโตขึ้นมาก็มีโอกาสเข้าการศึกษา บริการสุขภาพ เทคโนโลยี และทรัพยากรต่าง ๆ แตกต่างกันไป เด็กจากครอบครัวยากจนมีโอกาสเข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาน้อยกว่าเด็กจากครอบครัวที่มีฐานะดี เกือบทั้งหมดมีโอกาสศึกษาต่อใน

[47] Nattatiti K. “ปัญหาการเงินของครอบครัว” ทำเด็กไทยกังวลที่สุดในช่วง “โควิด-19”. [ออนไลน์] 2563 [อ้างเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2564] จาก <https://www.sanook.com/news/8082527/>

ระดับอุดมศึกษา^[48] รวมทั้งการบริการทางสาธารณสุขที่มีการกระจายของแพทย์ไม่ครอบคลุม โดยบุคลากรทางการแพทย์มีการกระจุกตัวอยู่ในพื้นที่ภาคกลาง โดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร ในขณะที่พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีบุคลากรทางการแพทย์น้อยที่สุด^[49] ส่งผลให้ประชากรกลุ่มที่มีรายได้น้อยและอยู่ในพื้นที่ห่างไกลไม่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีและบริการต่าง ๆ ได้อย่างเท่าเทียมกับประชากรกลุ่มที่มีรายได้สูง

จากผลการสำรวจสุขภาพโลกในประเทศที่รายได้น้อย พบว่า ประชากรกลุ่มที่จนที่สุดร้อยละ 26 เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ ขณะที่ประชากรกลุ่มที่รวยที่สุดร้อยละ 12 เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ โดยคนจนและคนยากจนที่สุด คือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการใช้ยาสูบ เพราะอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าประชากรกลุ่มรายได้อื่น ทั้งยังเข้าถึงการรักษาเพื่อเลิกสูบหรือรักษาโรคที่เกิดจากบุหรี่ได้น้อย ขณะที่ประชากรไทยที่สูบบุหรี่ทั้งหมด จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 60 รวมทั้งประชากรไทยที่สูบบุหรี่ในกลุ่มฐานะยากจนที่สุดจำนวน 1.33 ล้านคน มีรายได้เฉลี่ย 1,982.50 บาทต่อเดือนต่อคน เสียค่าซื้อบุหรี่ของที่ผลิตจากโรงงานต่อเดือนคนละ 426.80 บาท ซึ่งคิดเป็น 1 ใน 5 ของรายได้ทั้งหมด^[50]

นอกจากนี้ความเหลื่อมล้ำในเรื่องความปลอดภัยบนถนนของประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน ทั้งการใช้ทางม้าลายข้ามถนน ระบบโครงสร้างคมนาคม การแบ่งแยกระหว่างเมืองและชนบททำให้เกิดการขาดแคลนระบบคมนาคมสาธารณะในต่างจังหวัด คนที่ใช้ BTS หรือ MRT คือคนมีเงินหรือชนชั้นกลาง การบังคับใช้กฎหมายที่ไม่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการเมาแล้วขับที่เป็นปัจจัยหนึ่งของการเสียชีวิต เนื่องจากผู้ดื่มแล้วขับมีโอกาสทางสถิติที่จะเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนสูงกว่าผู้ไม่ดื่มถึง 8 เท่า ทั้งนี้ จากการเก็บสถิติการดื่มเหล้าของคนจนที่จะดื่มเหล้าที่มีดีกรีแอลกอฮอล์แรงกว่าคนรวย แต่คนรวยจะดื่มแล้วขับมากกว่า ในขณะที่คนจนกลับเกิดอุบัติเหตุบนถนนมากกว่า^[51]

สำหรับประเด็นภาวะขาดแคลนสารอาหารและโภชนาการเป็นอีกหนึ่งเรื่องสำคัญที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำอย่างชัดเจน ซึ่งปัญหาเหล่านี้พบมากโดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก ๆ ในพื้นที่ตามแนวชายแดน อย่างเช่นในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่พบว่าเด็กๆ มีอาการขาดสารอาหารมากกว่า ร้อยละ 10^[52] และมารดาในภาคใต้มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์มากกว่าคนกรุงเทพฯ เกินกว่า 3 เท่าในปี พ.ศ. 2557 สะท้อนให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพของไทยที่มีต่อกลุ่มคนเปราะบางอันเนื่องมาจากอายุและถิ่นที่อยู่อาศัย^[53]

[48] TNN ช่อง 16. COVID-19 ซ้ำเติม ความเหลื่อมล้ำของไทยรุนแรงขึ้น. [ออนไลน์] 2563 [อ้างเมื่อ 6 ตุลาคม 2563] จาก <https://news.trueid.net/detail/N6WJz58dngvq>

[49] กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2562. [ออนไลน์] 2563 [อ้างเมื่อ 6 ธันวาคม 2563] จาก https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/Report%20Health%20Resource%202019.pdf

[50] Teach For Thailand. บุหรี่ = ความเหลื่อมล้ำ. [ออนไลน์] 2562 [อ้างเมื่อ 11 ธันวาคม 2563] จาก <https://www.facebook.com/TeachForThailand/posts/2498265430185286/>

[51] ผศ.ดร.นพพล วิทย์วรพงศ์. ความเหลื่อมล้ำบนท้องถนนไทย. [ออนไลน์] 2562 [อ้างเมื่อ 11 ธันวาคม 2563] จาก <https://www.chula.ac.th/cuinside/22611/>

[52] Socialgiver. ความเหลื่อมล้ำทางสังคมที่เริ่มตั้งแต่เด็ก. [ออนไลน์] ม.ป.ป. [อ้างเมื่อ 11 ธันวาคม 2563] จาก <https://lifestyle.socialgiver.com/th/child-inequality/>

[53] TDRI. ช่วยกันลดความเหลื่อมล้ำ. [ออนไลน์] 2562 [อ้างเมื่อ 11 ธันวาคม 2563] จาก <https://tdri.or.th/2019/07/reducing-inequality/>

ในขณะที่ปัญหาสิ่งแวดล้อมเป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น และทำให้เห็นความเหลื่อมล้ำได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น มีงานวิจัยระดับโลกหลายชิ้นได้กล่าวถึงความแตกต่างทางรายได้และความเสี่ยงต่อมลพิษทางอากาศว่าคนกลุ่มที่รายได้น้อยจะไม่ใช้ผู้ก่อมลพิษหลัก แต่มีคนบางกลุ่มมีความจำเป็นต้องเผชิญมลพิษทางอากาศจากลักษณะของการทำงานกลางแจ้งเวลาทำงาน และลักษณะสถานที่พักอาศัยที่ไม่ได้เป็นตัวอาคารปิด และไม่มีรายได้มากพอที่จะย้ายถิ่นฐานไปเมืองอื่น โดยกลุ่มผู้มียาได้สูงจะใช้เวลาอยู่ในอาคารมากกว่ากลุ่มผู้มียาได้น้อยถึงปานกลาง ซึ่งสามารถเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันมลพิษได้มากกว่าอย่างชัดเจน^[54]

ภาพที่ 1.12 ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ



จากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลทั้งเชิงบวกและลบต่อปัญหาสุขภาพในทุกมิติและศักยภาพในการจัดการปัญหา การสร้างเสริมสุขภาพจึงจำเป็นต้องปรับรูปแบบการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการสร้างเสริมสุขภาพ เน้นการสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการแก้ไขปัญหา ออกแบบนโยบายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สนับสนุนการขยายผลต้นแบบให้มีการปรับใช้อย่างแพร่หลาย แก้ไขหรือเพิ่มเติมกฎหมายที่เป็นอุปสรรคหรือหนุนเสริมสุขภาพ รวมทั้งขยายภาคีเครือข่ายใหม่ ๆ ดึงกลุ่มคนรุ่นใหม่เข้ามาร่วมเพิ่มเติมความหลากหลายทางด้านความคิดและการคิดนอกกรอบให้มากยิ่งขึ้น พร้อมทั้งสร้างพันธมิตรในทุกระดับและทุกมิติ เพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งให้ความสำคัญกับการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพ ได้อย่างทั่วถึง เป็นธรรม และมีประสิทธิภาพ รวมทั้งอยู่ในสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

[54] รัตนศิริ กิตติก้องนภางค์. ฝุ่นพิษ PM2.5 และความเหลื่อมล้ำของเมืองใส่หน้ากาก. [ออนไลน์] 2562 [อ้างเมื่อ 11 ธันวาคม 2563] จาก <https://www.greenpeace.org/thailand/story/1979/air-pollution-and-inequality/>

บทที่ 2 การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

เพื่อให้การจัดทำทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) สามารถกำหนดเป้าหมายและผลลัพธ์ได้เหมาะสมกับบทบาทและภารกิจของ สสส. จึงได้มีการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมที่เป็นองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินงาน โดยมีประเด็นการวิเคราะห์ที่สำคัญ ดังนี้

2.1 ภารกิจของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

2.1.1 วัตถุประสงค์

ตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 ได้กำหนดวัตถุประสงค์ที่สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

(1) ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในประชากรทุกวัยตามนโยบายสุขภาพแห่งชาติ

(2) สร้างความตระหนักเรื่องพฤติกรรมความเสี่ยงจากการบริโภคสุรา ยาสูบ สาร หรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ และสร้างความเชื่อในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนทุกระดับ

(3) สนับสนุนการรณรงค์ให้ลดบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสารหรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ ตลอดจนให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

(4) ศึกษาวิจัยหรือสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย ฝึกอบรม หรือดำเนินการให้มีการประชุมเกี่ยวกับการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

(5) พัฒนาความสามารถของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชน หรือองค์กรเอกชน องค์กรสาธารณะประโยชน์ ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ

(6) สนับสนุนการรณรงค์การสร้างเสริมสุขภาพผ่านกิจกรรมต่างๆ ในลักษณะที่เป็นสื่อ เพื่อให้ประชาชนสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และลดบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสารหรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ

2.1.2 ลักษณะองค์กรของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สสส. มีโครงสร้างและกลไกการบริหารงานที่มีความคล่องตัว ยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนการทำงานตามสถานการณ์ได้ดีและเอื้อต่อการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ ที่เกิดจากลักษณะองค์กร ดังนี้

(1) สสส. เป็นองค์การมหาชนที่จัดตั้งตามกฎหมายเฉพาะ การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพตามแนวทางของกฎบัตรออกตาวานั้นจำเป็นต้องดำเนินงานร่วมกับทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคส่วนที่ดูแลสุขภาพ ภาคเศรษฐกิจและสังคม ภาคอุตสาหกรรม ภาคเอกชน องค์กรอาสาสมัคร และสื่อมวลชน ตลอดจนประชาชนทุกเพศทุกวัย ล้วนมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพในแง่ของตัวบุคคล สมาชิกครอบครัว และสมาชิกชุมชน ดังนั้น การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจึงไม่สามารถขับเคลื่อนผ่านระบบราชการ (Bureaucratic) ที่มุ่งเน้นการใช้อำนาจรัฐแต่เพียงอย่างเดียว

การจัดตั้ง สสส. จึงอาศัยรูปแบบขององค์การมหาชนเพื่อให้สามารถดำเนินการร่วมกับทุกภาคส่วนได้อย่างมีประสิทธิภาพและคล่องตัว เป็นอิสระจากระบบราชการ และไม่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของส่วนราชการ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 9 สิงหาคม 2559 มอบหมายให้คณะกรรมการพัฒนาและส่งเสริมองค์การมหาชน (กพม.) ทำหน้าที่กำกับดูแล สสส. ในฐานะองค์การมหาชนที่จัดตั้งตาม

พระราชบัญญัติเฉพาะ เช่นเกี่ยวกับการกำกับดูแลองค์การมหาชนที่จัดตั้งตามพระราชกฤษฎีกา ดังนั้น การบริหารกิจการและการดำเนินงานของ สสส. จึงต้องถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์หรือแนวทางที่ กพม. กำหนดในบางเรื่อง

(2) สสส. เป็นกองทุนหมุนเวียน พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 มาตรา 11 กำหนดให้ สสส. มีรายได้หลักจากเงินบำรุงกองทุนที่จัดเก็บจากผู้มีหน้าที่เสียภาษีตามกฎหมายว่าด้วยสุราและกฎหมายว่าด้วยยาสูบในอัตราร้อยละ 2 ของภาษีที่จัดเก็บ ในลักษณะการจัดเก็บภาษีเพิ่มจากภาษีปกติ (Surcharge Tax) โดยไม่ใช้การแบ่งมาจากภาษีสรรพสามิตที่รัฐจัดเก็บเข้าคลัง

และมาตรา 10 กำหนดให้เงินรายได้ของ สสส. ไม่ต้องนำส่งเป็นรายได้ของแผ่นดิน ทำให้ สสส. มีสถานภาพเป็นทุนหมุนเวียนตามพระราชบัญญัติทุนหมุนเวียน พ.ศ. 2558 ดังนั้น การบริหารกิจการและการดำเนินงานของ สสส. จึงต้องถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์หรือแนวทางที่คณะกรรมการนโยบายการบริหารทุนหมุนเวียนกำหนดเป็นบางเรื่อง อย่างไรก็ตาม หากมีเรื่องใดที่พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 กำหนดไว้เป็นการเฉพาะแล้ว สสส. ก็สามารถดำเนินการตามบทบัญญัติดังกล่าวได้

2.2 การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมของ สสส.

จากแนวโน้มและกระแสการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างทางสังคมที่จะมีประชากรผู้สูงอายุเป็นกลุ่มหลักของประเทศ เมื่อมีการขยายตัวอย่างรวดเร็วและเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทในการดำรงชีวิตมากขึ้น ทำให้ประชากรบางกลุ่มไม่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีได้ ส่งผลให้เกิดความไม่เท่าเทียมทั้งในมิติทางสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพ ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีความซับซ้อนมากขึ้น รวมทั้งพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนจะเปลี่ยนแปลงไปตามบริบทของสังคม จะทำให้ สสส. ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้ยากขึ้นเช่นกัน

นอกจากนี้ สสส. มีโครงสร้างองค์กรแบ่งเป็นหลายสำนักหลายฝ่ายและมีประเด็นงานมาก ทำให้ขาดการบูรณาการการทำงานระหว่างกัน การทำงานเชิงประเด็นยังขาดการบูรณาการและขาดเป้าหมายในการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย ทำให้การผลักดันไปเป็นนโยบายทำได้ค่อนข้างยาก การขยายผลองค์ความรู้และต้นแบบนวัตกรรมมีจำกัดไม่ถูกนำไปใช้ประโยชน์อย่างแพร่หลาย

ทั้งนี้ สสส. ต้องเน้นการสื่อสารในเชิงนโยบายกับภาคการเมือง เพื่อผลักดันให้เกิดกฎหมายและนโยบายสาธารณะสำหรับจะใช้เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนสังคมให้มากขึ้น รวมทั้งต้องเร่งพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศของ สสส. ให้เชื่อมต่อเป็นระบบเดียวกันแบบเรียลไทม์ (Real time) ที่สามารถให้การตอบสนองข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว และระบบติดตามประเมินผลให้สอดคล้องกับการบริหารการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ คณะกรรมการประเมินผลต้องมีศักยภาพและเป็นอิสระจากคณะกรรมการบริหาร เพื่อให้สามารถติดตามและประเมินความคุ้มค่าและผลกระทบ (Impact evaluation) ที่เกิดกับประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ตารางที่ 2.1 การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค ของ สสส.

จุดแข็ง (Strength)	จุดอ่อน (Weakness)
1. มี พ.ร.บ. รองรับการบริหารงาน และมีโครงสร้างกลไกการบริหารงานที่มีความคล่องตัว ยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนการทำงานตามสถานการณ์ได้ดี	1. สสส. มีโครงสร้างองค์กรแบ่งเป็นหลายสำนักหลายฝ่ายและมีประเด็นงานมาก ทำให้ขาดการบูรณาการการทำงานระหว่างกัน

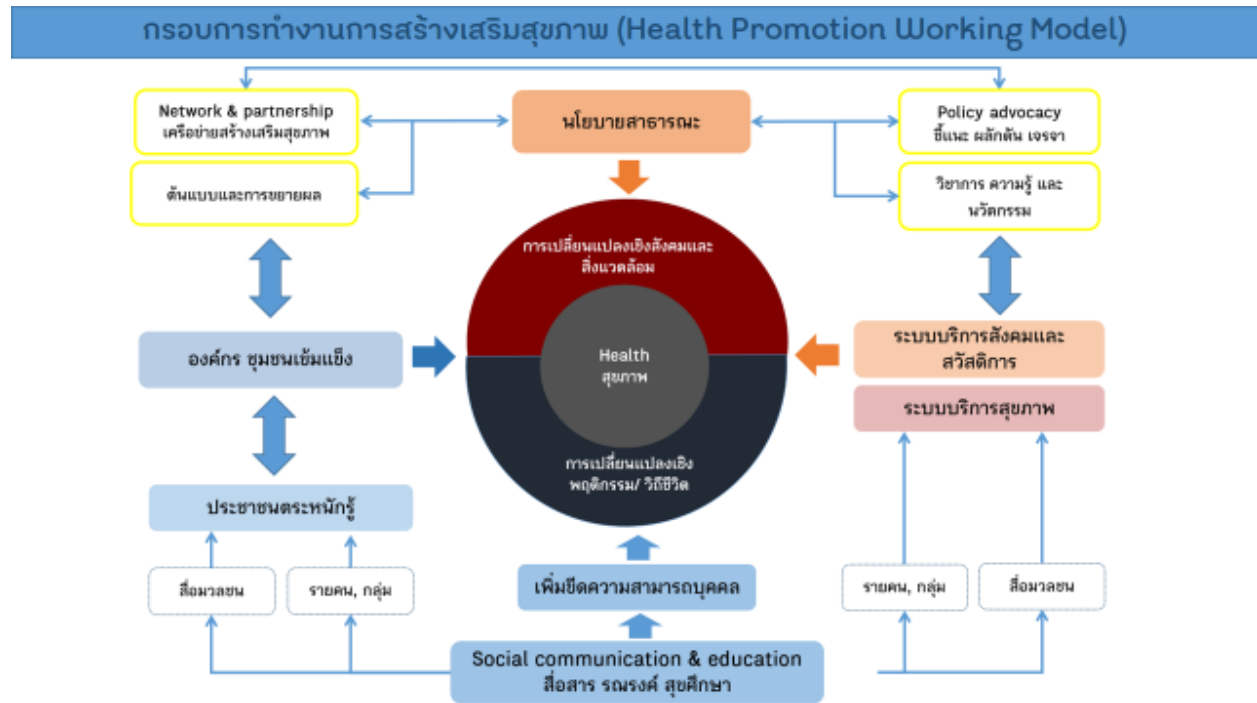
<p>2. กรรมการมีความเข้มแข็ง สามารถสานพลังกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้อย่างดี</p> <p>3. มีระบบงบประมาณที่มั่นคงและต่อเนื่อง ทำให้มีความคล่องตัวสูงในการวางแผนการทำงาน</p> <p>4. สสส. ส่งเสริมประสบการณ์และฐานองค์ความรู้ทางวิชาการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งมีภาพลักษณ์องค์กรที่ดี ทำให้ภาคีเครือข่ายอยากทำงานร่วมกับ สสส.</p> <p>5. บุคลากรมีสมรรถนะและมีความตั้งใจในการทำงานสูง</p> <p>6. มีภาคีเครือข่ายที่หลากหลายและเข้มแข็ง</p> <p>7. มีกระบวนการทำงานที่เปิดกว้างและทำงานในลักษณะที่เป็นหุ้นส่วนกับภาคี ทำให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างสรรค้องค์ความรู้ ต้นแบบและนวัตกรรมใหม่ ๆ</p> <p>8. สามารถใช้ Social marketing ในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพได้สำเร็จเป็นรูปธรรมในหลายประเด็น</p>	<p>2. การทำงานเชิงประเด็นยังขาดการบูรณาการและขาดเป้าหมายในการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย เนื่องจากความเข้าใจในการสร้างเสริมสุขภาพไม่ตรงกัน</p> <p>3. การขยายผลองค์ความรู้และต้นแบบนวัตกรรมมีจำกัด ไม่สามารถขยายพื้นที่ได้อย่างแพร่หลาย เนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่นำไปขยายผลต่อ</p> <p>4. ยังขาดการสื่อสารกับภาคการเมืองในการผลักดันกฎหมายและนโยบายสาธารณะในการขับเคลื่อนสังคมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ</p> <p>5. ระบบการติดตามประเมินผลยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอและผลการประเมินไม่ได้ถูกนำไปใช้เท่าที่ควร รวมทั้งผู้ประเมินขาดทักษะในการประเมินผล</p> <p>6. ขาดความยืดหยุ่นในการปรับทิศทาง/เป้าหมายระยะ 10 ปี</p> <p>7. ระบบข้อมูลไม่เชื่อมโยงเป็นระบบเดียวกัน ไม่สะดวกต่อการใช้งานของภาคีเครือข่าย ทำให้ไม่สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้อย่างเต็มที่ทั้งในการบริหารงาน การประเมินผลการดำเนินงาน และการวิเคราะห์แนวโน้มปัญหาสุขภาพ</p> <p>8. ภาคีเครือข่ายที่รับงบประมาณพบปัญหาเรื่องภาษีอาจส่งผลให้ภาคีไม่อยากร่วมงานกับ สสส.</p>
โอกาส (Opportunity)	อุปสรรค (Threat)
<p>1. กระแสตื่นตัวต่อการดูแลสุขภาพของประชาชน</p> <p>2. ยุทธศาสตร์ชาติและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติซึ่งเป็นกรอบทิศทางการพัฒนาประเทศ ให้ความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ส่งผลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีเป้าหมายร่วมกัน</p> <p>3. มีภาคีเครือข่ายที่มีศักยภาพทั้งในประเทศและต่างประเทศ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และเป็นโอกาสในการขับเคลื่อนงานไปยังประเทศอื่น ๆ</p> <p>4. ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและดิจิทัลทำให้ช่องทางการสื่อสาร ประชาชนสัมพันธ์ที่หลากหลาย</p>	<p>1. ความไม่เท่าเทียมด้านการศึกษา ด้านเศรษฐกิจและเพศสภาพของประชาชน รวมทั้งการเลือกปฏิบัติ ส่งผลให้ประชากรบางกลุ่มไม่สามารถเข้าถึงชุดความรู้ด้านสุขภาพได้ และ สสส. ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้ยากขึ้น</p> <p>2. ปัญหาสังคมและเศรษฐกิจมีความซับซ้อนมากขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านสุขภาพจิต</p> <p>3. กระแสโลกาภิวัตน์ ทำให้กฎระเบียบในประเทศและระหว่างประเทศ สงครามการค้า อาจส่งผลกระทบต่อการบริหารงานของ สสส. มีความซับซ้อนและ</p>

<p>เข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมายได้สะดวก และรวดเร็ว</p> <p>5. เทคโนโลยีและดิจิทัลช่วยสร้างนวัตกรรมในการขับเคลื่อนการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น</p>	<p>ยุ่งยากมากกว่าเดิม</p> <p>4. การขาดเสถียรภาพและความขัดแย้งทางเมืองส่งผลให้การผลักดันกฎหมายและนโยบายสาธารณะทำได้ยากขึ้น</p>
---	---

2.3 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Working Model)

กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญในการสนับสนุนให้ประชาชนมีศักยภาพในการจัดการปัจจัยแวดล้อมเพื่อการมีสุขภาพดีได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนและของประเทศในระยะยาว และเนื่องจากการทำงานสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการทำงานที่มุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมที่ก่อผลเสียต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นความคุ้นชินของประชาชนหรือมีปัจจัยแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าว กระบวนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพที่ สสส. พัฒนาจาก 5 มาตรการ ตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Chartered) มาเป็นรูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. (Thai Health Working Model) สามารถแสดงองค์ประกอบและความสัมพันธ์ของการดำเนินมาตรการที่จำเป็น เพื่อบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพและสุขภาพะที่ดีของประชาชนได้ดังนี้

ภาพที่ 2.1 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Working Model)



สุขภาพที่ดีของประชาชนต้องเกิดขึ้นโดยตัวประชาชนเอง เป็นหลักการสำคัญตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ (ส่วนกลางของภาพ) ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการทำงานสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิถีชีวิตของบุคคล ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อมที่จะเกิดขึ้นได้ด้วยการขับเคลื่อนและเชื่อมประสานการทำงานของหลายภาคส่วน ทั้ง (1) การขับเคลื่อนให้เกิดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการมีสุขภาพ (2) การปรับระบบบริการด้านสังคมและสุขภาพให้สอดคล้องกับปรัชญาการทำงาน “สร้าง นำ ช่อม” โดยการทำงานเชิงรุกไปที่ต้นเหตุของปัญหา (3) การพัฒนาขีดความสามารถของบุคคลและชุมชนเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน โดยมีมาตรการสื่อสารณรงค์ที่ใช้องค์ความรู้ด้านการตลาดเพื่อสังคมช่วยชี้แนะ เพื่อสร้างความตระหนักรู้ ความเข้าใจ และสร้างแรงสนับสนุนต่อการสร้างเสริมสุขภาพทำให้เกิดการยอมรับในการพัฒนานโยบายหรือกฎหมายที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะส่งผลต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนในท้ายที่สุด

ภาพที่ 2.2 ภาพรวมทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 - พ.ศ. 2574)



หากเปรียบเทียบทางและเป้าหมายการดำเนินงานของ สสส. ในระยะ 10 ปี ข้างหน้ากับภาพของบ้านหลังหนึ่งดังภาพที่ 2.2 ตัวบ้านจะประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ส่วนบนของตัวบ้าน แสดงเป้าหมายสุดท้ายที่ต้องการคือการทำที่บุคคลมีสุขภาพดีสมบูรณ์พร้อมทั้ง 4 มิติ คือการมีสุขภาพกายดี สุขภาพจิตดี สุขภาวะทางปัญญาดี และมีสังคมที่ดี และลำดับต่อมาคือเป้าหมายหลักทางสุขภาพ 8 เรื่อง (7+1) จากการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง สถานการณ์และแนวโน้มสำคัญส่งผลกับสุขภาพ คือ 1) การควบคุมยาสูบ 2) การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด 3) ความปลอดภัยทางถนน 4) อาหารเพื่อสุขภาพ 5) การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย 6) สุขภาพจิต 7) การควบคุมมลพิษทางอากาศ และ 8) เหตุุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น โดยการดำเนินงานในทุกประเด็นจะต้องคำนึงถึงความบริบทที่แตกต่างของพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายเป็นการดำเนินการเพื่อลดช่องว่างและต้องไม่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพที่มากขึ้น

ส่วนที่ 2 ส่วนกลางของบ้าน แสดงวิธีการทำงานวิสัยทัศน์ของและยุทธศาสตร์การดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วยยุทธศาสตร์หลักไตรพลังเพื่อการขับเคลื่อนสังคม และยุทธศาสตร์เฉพาะเพื่อการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ด้าน

ส่วนที่ 3 ส่วนล่างของตัวบ้าน แสดงการจัดโครงสร้างแผนและกลไกสนับสนุนการทำงานที่สำคัญ โดย สสส. ได้จัดโครงสร้างแผนเพื่อการบริหารจัดการออกเป็น 4 กลุ่มเพื่อความเหมาะสมกับบริบทของงานและเสริมการบูรณาการระหว่างแผนคือ 1) แผนเชิงประเด็นเน้นการทำงานเชิงลึกในแต่ละประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมปัจจัยเสี่ยง 2) แผนเชิงกลุ่มประชากรและองค์กร 3) แผนเชิงพื้นที่ และ 4) แผนเชิงระบบและกลไก

รายละเอียดของแต่ละส่วนถูกอธิบายเพิ่มเติมในบทที่ 3

บทที่ 3 วิสัยทัศน์และพันธกิจในการสร้างเสริมสุขภาวะ

การดำเนินงานภายใต้ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้กำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจไว้ดังนี้

3.1 วิสัยทัศน์

“ทุกคนบนแผ่นดินไทยมีวิถีชีวิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อสุขภาวะ”

หมายถึง ทุกคนบนแผ่นดินไทย ไม่แบ่งแยกเชื้อชาติ สัญชาติ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม มีพฤติกรรมทางสุขภาพและวิถีชีวิตที่ส่งผลให้สุขภาวะที่ดี ภายใต้สังคมและสภาพแวดล้อม ทั้งทางกายภาพ ค่านิยม วัฒนธรรม จารีตประเพณี กฎระเบียบ และระบบสุขภาพโดยรวมของไทย สนับสนุนให้ทุกคนบนแผ่นดินไทยมีสุขภาวะดีถ้วนหน้า

จากกระบวนการทบทวนการดำเนินงานของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในทศวรรษที่ผ่านมา พบว่าวิสัยทัศน์การดำเนินงานของกองทุนฯ ในระยะ 10 ปี ข้างหน้า (พ.ศ.2565-2574) ยังคงมีความมุ่งหวังให้ “ทุกคนบนแผ่นดินไทยมีวิถีชีวิต สังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะ” ซึ่งมีความหมายครอบคลุม ถึงประชากรทุกคนที่อยู่บนแผ่นดินของประเทศไทย โดยไม่แบ่งแยก อายุ เชื้อชาติ สัญชาติ เพศสภาพ ความพิการ ถิ่นที่อยู่ ศาสนา วัฒนธรรม จารีตประเพณี ความเชื่อและอุดมการณ์ทางการเมือง รวมทั้งการไม่แบ่งแยกตามสถานะทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม ให้เกิดวัฒนธรรมด้านสุขภาวะที่ดีทั้งตนเอง และครอบครัว โดยมีสังคมและสิ่งแวดล้อมทั้งกายภาพ ค่านิยม วิถีชีวิต และระบบสุขภาพองค์รวมของประเทศไทยที่สามารถสนับสนุนให้ทุกคนมีสุขภาวะดีถ้วนหน้า

3.2 พันธกิจ

“จุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลังบุคคล ชุมชน และองค์กร ให้มีขีดความสามารถและสร้างสรรค์ระบบสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะ”

การกำหนดพันธกิจของกองทุนฯ พิจารณาโดยใช้กรอบวัตถุประสงค์ตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.2544 มาตรา 5⁵⁵ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายของกองทุนฯ และสอดคล้องกับวิสัยทัศน์

3.3 ค่านิยมของ สสส. (Core Value)

⁵⁵ พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.2544 มาตรา 5 วัตถุประสงค์ 1.ส่งเสริมสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในประชากรทุกวัยตามนโยบายสุขภาพแห่งชาติ 2.สร้างความตระหนักเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงจากการบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสารอื่นที่ทำลายสุขภาพและสร้างความเชื่อในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนทุกระดับ 3.สนับสนุนการรณรงค์ให้ลดบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสาร หรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ ตลอดจนให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลกฎหมายที่เกี่ยวข้อง 4.ศึกษาวิจัยหรือสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย ฝึกอบรมหรือดำเนินการให้มีการประชุมเกี่ยวกับการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ 5.พัฒนาความสามารถของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชน หรือองค์กรเอกชน องค์กรสาธารณประโยชน์ ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ และ 6.สนับสนุนการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพผ่านกิจกรรมต่างๆในลักษณะที่เป็นสื่อเพื่อให้ประชาชนสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์และลดบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสาร หรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ

แนวทางการดำเนินงานของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมีความสอดคล้องกับทิศทางเป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปี แผนหลัก 3 ปี และแผนการดำเนินงานประจำปี เพื่อให้เกิดการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องโดยอาศัยหลักการทำงานของกองทุนที่กำหนดเป็นวิธีทำงานแบบ สสส. (Thai Health Way) ที่ประกอบด้วยคุณค่าหลักขององค์การ (Core values) นำไปสู่ความสำเร็จผ่านการทำงานที่ขับเคลื่อนโดยหลายภาคส่วนร่วมกัน คุณค่าหลักของกองทุน ประกอบด้วย



(1) Innovation “คิดใหม่ สร้างสรรค์” คือ การพัฒนานวัตกรรมทั้งในลักษณะของแนวคิดและวิธีการใหม่ ๆ เพื่อให้ได้ความรู้ที่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพได้

นวัตกรรม (Innovation) หมายถึง การทำสิ่งต่างๆ ด้วยวิธีการ/แนวคิด/กระบวนการใหม่ ที่แก้ไขปัญหา เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง สังคมสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ ใหม่ สามารถใช้ในการแก้ปัญหา และสร้างการเปลี่ยนแปลง

(2) Collective impact “ร่วมคิด ร่วมสร้าง” คือ การสนับสนุนให้เกิดผลกระทบจากการเสริมพลังร่วม

ผลกระทบจากการเสริมพลังร่วม (Collective impact) หมายถึง การสร้างและสนับสนุนเครือข่ายการทำงานที่มีเป้าหมายร่วมโดยแต่ละส่วนมีการรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง มีกลไกสนับสนุนกลาง เพื่อให้เกิดการดำเนินงานร่วมกันที่บรรลุเป้าหมาย เกิดเจ้าภาพหลักในการสร้างความเข้มแข็งในการประสานการดำเนินงาน/บริหารกลไกกลางอย่างต่อเนื่อง โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ (ก) มีเป้าหมายร่วม มีข้อตกลง/พันธะผูกพันในเป้าหมายร่วมกัน (ข) การรับรู้บทบาท หน้าที่ ของตนเอง มีการแบ่งหน้าที่ และกระจายบทบาทความรับผิดชอบที่ชัดเจน (ต้องเข้าใจบทบาทของตนเองและภาคี) และ (ค) มีกลไกสนับสนุนกลาง คือ มีกลไกการทำงานร่วมกันและสอดคล้องกันเปลี่ยนเรียนรู้มีการแลกเปลี่ยนร่วมกัน มีการวัดผลและใช้ผลร่วมกัน

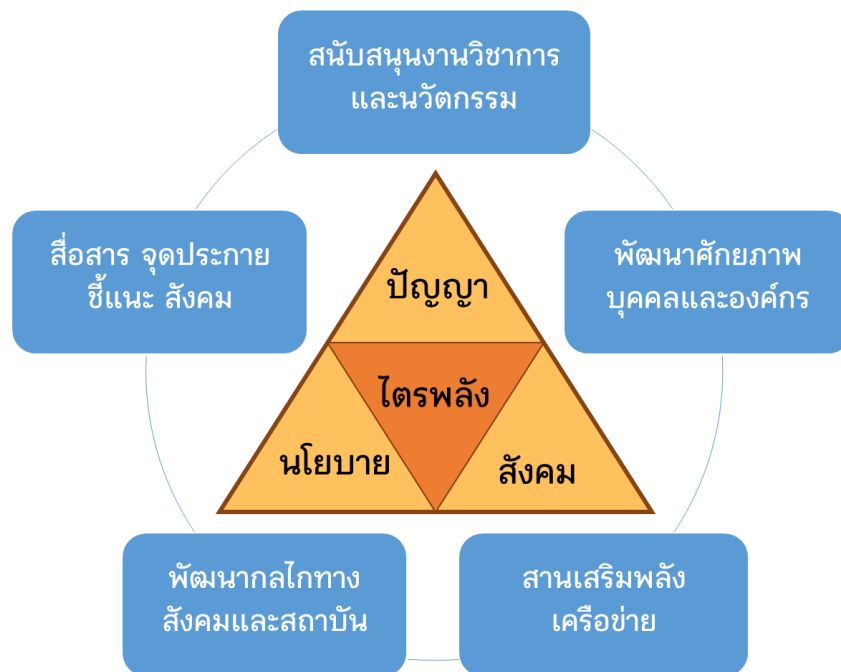
(3) Sustainable change “ต่อยอด ต่อเนื่อง” คือ การสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน โดยแนวคิดในการดำเนินงานทั้ง 3 ด้าน อยู่ภายใต้การดำเนินงานแบบ

การเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน (Sustainable change) หมายถึง การสร้างเสริม และสนับสนุนให้ประชาชน หรือกลุ่มเป้าหมายมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และมีสิ่งแวดล้อมที่นำไปสู่การมีสุขภาวะของสังคมอย่างยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ (ก) มีนโยบาย/กฎหมาย (ใหม่/ปรับปรุงจากเดิม) ที่ได้รับการนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาวะและเสมอภาค (ข) ชุมชนมีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาวะของคนในชุมชน และ (ค) ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ

(4) Proactive “ก้าวล้ำ เชิงรุก” คือ การทำงานแบบมีวิสัยทัศน์ มองเห็นทั้งงานและคนที่เกี่ยวข้องชัดเจนจนสามารถเป็นผู้นำ ริเริ่มการขับเคลื่อนงานได้ ร่วมกับอีกสองคุณลักษณะบุคลากรที่ใส่ใจสุขภาพ (Health conscious) และ จิตสาธารณะ (Public mind)

การทำงานเชิงรุก (Proactive) หมายถึง ลักษณะของการดำเนินงานด้านนวัตกรรม ผลกระทบจากการเสริมพลังร่วม และการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน เป็นการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น หรือลดความรุนแรงของปัญหา โดยการแสวงหาโอกาส และริเริ่มการดำเนินงาน เพื่อป้องกันหรือลดปัญหาหรือแก้ไข ระยะเวลา ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคี โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ (ก) การระบุปัญหาและการแสวงหาโอกาส (ข) การริเริ่มดำเนินงาน และ (ค) การมีส่วนร่วมของภาคี

3.4 ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ



3.4.1 ยุทธศาสตร์หลัก

ยุทธศาสตร์ “สามพลัง” ประกอบด้วย พลังปัญญา พลังทางสังคม และพลังนโยบาย เป็นยุทธศาสตร์หลักสำหรับขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญในสังคมไทยอย่างสร้างสรรค์และเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ ยุทธศาสตร์สามพลังประกอบด้วย

(1) พลังปัญญา คือ การขยายพื้นที่ทางปัญญา (Wisdom space) อย่างกว้างขวางในการสร้างเสริมสุขภาพให้บรรลุผลสำเร็จ โดยอาศัยองค์ความรู้จากทุกภาคส่วนร่วมกับการพัฒนาองค์ความรู้ต่อเนื่องที่เท่าทันต่อสถานการณ์อย่างเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและบริบทขององค์ความรู้ ก่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่ตรงเป้าหมาย ขยายผลได้อย่างรวดเร็ว และเสริมพลังปัญญาในทิศทางเดียวกัน

(2) **พลังนโยบาย** คือ การขยายพื้นที่การมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะ (Space of participatory policy process) อย่างกว้างขวาง โดยนโยบายจะก่อให้เกิดระบบและโครงสร้างที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ และส่งผลกระทบต่อประชาชน

(3) **พลังทางสังคม** คือ การขยายพื้นที่ทางสังคม (Social space) อย่างกว้างขวาง โดยการระดมพลังเครือข่ายทางสังคมที่มีบทบาทสำคัญในการทำงาน การรณรงค์ และการเฝ้าระวังในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้การขยายพื้นที่ทางสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพ

3.4.2 ยุทธศาสตร์เฉพาะ

(1) พัฒนาศักยภาพบุคคลและองค์กรให้เท่าทันพลวัตของปัจจัยต่างๆ ที่กระทบต่อสุขภาพ รวมทั้งให้มีขีดความสามารถในการทำงานเชิงรุก ทั้งที่เป็นงานเฉพาะด้านและบูรณาการเชื่อมโยงข้ามภาคส่วน (รัฐ วิชาการ เอกชน ประชาสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ฯลฯ) ข้ามประเด็นและข้ามพรมแดนในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับภูมิภาคและระดับโลก

(2) พัฒนางานวิชาการและนวัตกรรม เพื่อให้มีกลไกและวิธีการใหม่ในการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการที่หลากหลายของทุกภาคส่วน ทั้งนวัตกรรมด้านมาตรการ ปฏิบัติการ และกิจการสังคม

(3) สานเสริมพลังเครือข่าย พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ ชุมชนและท้องถิ่น สนับสนุนกิจกรรมเพื่อการพัฒนาความเข้มแข็งเชิงระบบและการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่น อันรวมถึงผู้นำ กลุ่ม องค์กร ชุมชนทั้งในเชิงพื้นที่และในลักษณะอื่น

(4) พัฒนาระบบและกลไกทางสังคมและสถาบันที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาวะ ทั้งระบบและกลไกเชิงนโยบาย กฎหมาย และกลไกทางสังคม ที่เอื้อต่อการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาวะ

(5) พัฒนาระบบการเรียนรู้และสื่อสารสาธารณะ โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพในด้านการจัดการความรู้ ข้อมูล การสื่อสาร และเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่เหมาะสมบนบริบทการสื่อสารใหม่ ทั้งในส่วนของ สสส. และภาคีเครือข่าย

3.5 เป้าหมายหลักและขอบเขตการดำเนินงาน

การกำหนดเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงานภายใต้ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ 10 ปี (พ.ศ. 2564-2573) เป็นการพัฒนาจากแนวโน้มสำคัญทั้งในระดับนานาชาติและระดับชาติ ที่ส่งผลต่อสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคนไทย และคำนึงถึงความสอดคล้องของกฎหมาย ยุทธศาสตร์ และแผนระดับชาติ ตามทิศทางการขับเคลื่อนสุขภาพของประเทศไทย โดยมีเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงานที่เน้นการทำงานในรูปแบบการกระตุ้น สาน และเสริมพลัง เพื่อสนับสนุนให้ภาพรวมผลลัพธ์ทางสุขภาพของประเทศ

เป้าหมายและขอบเขตการดำเนินยุทธศาสตร์แบ่งออกได้เป็นเป้าหมายหลัก และเป้าหมายที่รองรับต่อเหตุุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นเพื่อสร้างความยืดหยุ่นในการดำเนินยุทธศาสตร์ (7+1 เป้าหมาย) มีรายละเอียดดังนี้

3.5.1 การควบคุมยาสูบ

บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลรุนแรงและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพมากกว่าปัจจัยเสี่ยงด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง โดยพบว่า บุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด 2-4 เท่า และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอดถึง 25 เท่า ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2562 พบว่า ทั่วโลกมีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 1,100 ล้านคน โดยร้อยละ 80 อยู่ในกลุ่มประเทศที่รายได้ปานกลาง-ต่ำ และในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ประมาณ 8 ล้านคน โดยเสียชีวิตโดยตรงจากการสูบบุหรี่กว่า 7 ล้านคน และอีกประมาณ 1.2 ล้านคน เสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง นอกจากนี้แล้วยังพบว่า ทั่วโลกมีเด็กประมาณ 165,000 คน เสียชีวิตก่อนอายุ 5 ปี โดยมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างที่เกิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง⁵⁶

นอกจากนี้บุหรี่ยังทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจำนวนมาก ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2560 พบว่า ค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่ของคนสูบบุหรี่ทั้งประเทศ มีจำนวนถึง 93,268 ล้านบาทต่อปี มีการประเมินผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการสูบบุหรี่ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560 พบว่า การสูบบุหรี่ส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจปีละ 87,250 ล้านบาท (คำนวณเป็นความสูญเสีย 42 บาทต่อบุหรี่ยี่ 1 ซอง) โดยรวมแล้วความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 0.56 ของ GDP และคิดเป็นร้อยละ 15 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศทั้งหมด โดยร้อยละ 88 ของต้นทุนทั้งหมดเป็นต้นทุนจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 77,173 ล้านบาท และร้อยละ 10 ของต้นทุนทั้งหมดเป็นต้นทุนค่ารักษาพยาบาลจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ 8,891 ล้านบาท นอกจากนี้ยังมีต้นทุนจากเหตุอัคคีภัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ถึง 66 ล้านบาท⁵⁷

- เป้าหมาย ลดอัตราการสูบบุหรี่และยาสูบ
- กรอบการดำเนินงาน

แผนควบคุมยาสูบได้ใช้กรอบของแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ในการกำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานของแผนฯ โดยกำหนดยุทธศาสตร์ 4 ด้านสำคัญ ได้แก่ (1) การพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย (2) การพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร (3) การพัฒนาเครือข่าย การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ และขยายสถานที่ปลอดบุหรี่ (4) การสนับสนุนบริการบำบัดรักษาการติดยาสูบ

⁵⁶ รวบรวมและเรียบเรียงโดยมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2563

⁵⁷ วิเคราะห์ข้อมูลโดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2563.

3.5.2 การควบคุมเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

จากข้อมูลสัดส่วนนักตี๋มในปัจจุบัน สัดส่วนการตี๋มในระดับอันตราย ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อประชากรต่อปี และค่าใช้จ่ายในการบริโภค ทำให้เห็นว่าพฤติกรรมการตี๋มในช่วง 10-15 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มในทางคงที่หรือลดลง ทั้งนี้ในช่วงเวลาเดียวกันมูลค่าของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศต่อหัวประชากร (per capita GDP) ของไทย จาก 2,568.2 เหรียญสหรัฐฯ ในปี พ.ศ. 2540 เพิ่มขึ้นเป็น 7,273.6 เหรียญสหรัฐฯ ใน พ.ศ. 2559 คิดเป็น 2.9 เท่า ซึ่งจากรายงานขององค์การอนามัยโลกได้ชี้ว่า สัดส่วนของผู้ตี๋มในปัจจุบันเพิ่มขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูงขึ้น

ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปีถือเป็นตัวชี้วัดสถานการณ์การบริโภคเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ที่สำคัญอีกตัวหนึ่ง เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาจากการตี๋มแอลกอฮอล์อย่างชัดเจน โดยที่ค่าเป้าหมายของปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปีที่ถูกกำหนด ไว้เพื่อบรรลุใน พ.ศ. 2563 คือ 7.32 ลิตรต่อคนต่อปีหรือต่ำกว่า ซึ่งจะเห็นได้ว่าปริมาณการ บริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปีมีปริมาณสูงกว่า 8 ลิตรต่อคนต่อไปในช่วงก่อนที่จะมีการบังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ลดลงอย่างชัดเจนมาอยู่ที่ 6.13 ในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ หลังจากนั้นค่อนข้างคงที่อยู่ระหว่าง 6.71 ถึง 7.33 ลิตรต่อคนต่อปี อย่างไรก็ตาม มีการลดลงอย่างมาใน พ.ศ. 2561 มาอยู่ที่ 5.99 ลิตรต่อคนต่อปี

ดังนั้นการที่แนวโน้มการตี๋มในประเทศไทยค่อนข้างคงที่และมีแนวโน้มลดลง รวมถึงการที่มีสัดส่วนผู้ตี๋มแบบอันตรายที่ลดลงชัดเจนทั้ง ๆ ที่สัดส่วนดังกล่าวมักไม่เปลี่ยนแปลงตามระดับรายได้ของประเทศ บ่งชี้ว่าเป็นผลมาจากมาตรการควบคุมเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้ มาตรการสำคัญของภาครัฐในช่วงเวลาดังกล่าว คือ การลดการเข้าถึงเชิงกายภาพซึ่งมีการออกมาตรการเพิ่มเติมออกมามากขึ้น โดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 เช่น การห้ามขายในวันพระใหญ่ (พ.ศ. 2552) การห้ามขายและห้ามตี๋มในโรงงานหน่วยงานราชการ และรัฐวิสาหกิจ (พ.ศ. 2555) การห้ามตี๋มบนถนน และบนยานพาหนะ (พ.ศ. 2555) การจำกัดเวลาขาย ห้ามตี๋มตามสถานี่ชนสงฆ์ประเภทต่างๆ (พ.ศ. 2558) เป็นต้น

- เป้าหมาย ลดอัตราการบริโภคเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด
- กรอบการดำเนินงาน

การดำเนินงานของแผนควบคุมเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดจะดำเนินการสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ.2564-2570) ใน 6 ประการหลัก ได้แก่ (1) การควบคุมการเข้าถึงเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ (2) การควบคุมพฤติกรรมการซื้หลังการตี๋ม (3) การบำบัดรักษาผู้ตี๋มแอลกอฮอล์ (4) การควบคุมการโฆษณา ส่งเสริมการขาย การให้ทุนอุปถัมภ์ (5) การขึ้นราคาผ่านระบบภาษี และ (6) การสร้างค่านิยมเพื่อลดการตี๋ม

3.5.3 ความปลอดภัยทางถนน

อุบัติเหตุทางถนน (road traffic injuries) เป็นปัจจัยสำคัญที่นำมาสู่ผลกระทบและความสูญเสียเป็นวงกว้างทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (world health organization: WHO) ได้รายงานว่ามีประชากรทั่วโลกกว่า 1.35 ล้านคนที่ต้องเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุระหว่าง 5 - 29 ปี ทั้งนี้ อุบัติเหตุทางถนนเกินกว่าครึ่งหนึ่งเกิดในกลุ่มผู้เปราะบางบนถนน (vulnerable road users: VRU) ได้แก่ คนเดินเท้า ผู้ใช้จักรยาน และจักรยานยนต์

การลดอัตราผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs: The Sustainable Development Goals) แสดงให้เห็นว่าทั่วโลกและประเทศไทยควรต้องให้ความสำคัญที่จะจัดการและแก้ไขปัญหาให้สำเร็จ ซึ่งหากสามารถทำได้จะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศและจะช่วยเพิ่ม GDP ของประเทศ และลดความสูญเสียในหลากหลายมิติ เพื่อนำไปสู่การสร้างความปลอดภัยทางถนนในประเทศไทย

ในแต่ละปีจะมีประชากรกว่า 21,000 คนเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน หรือคิดเป็นวันละ 60 คนโดยเฉลี่ย เมื่อจำแนกรายปี จะเห็นว่าการเสียชีวิตลดลงอย่างต่อเนื่อง คือ 21,996 คน 20,790 คน 21,745 คน 21,097 คน และ 19,931 คน ในปี พ.ศ. 2554 พ.ศ. 2557 พ.ศ. 2559 พ.ศ. 2560 และ พ.ศ. 2561 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 1) และล่าสุด ปี 2562 เท่ากับ 19,904 คน คิดเป็นเสียชีวิต 30 คนต่อแสนประชากร และเมื่อพิจารณาข้อมูลจาก บริษัทกลางฯ พบว่า อุบัติเหตุทางถนนทำให้เกิดผู้พิการรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2557 มีผู้พิการจำนวน 910 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เป็น 738 ราย 1,212 ราย และ 1,515 ราย ในปี พ.ศ. 2558 พ.ศ. 2559 และ พ.ศ. 2560 ตามลำดับ⁵⁸ ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงสัดส่วนผู้เสียชีวิตตามประเภทยานพาหนะ พบว่า ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ร้อยละ 85.0 เป็นผู้เปราะบางบนถนน (vulnerable road user: VRU) โดยจำแนกเป็นผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 74.0 คนเดินเท้า ร้อยละ 8.0 และคนขี่จักรยาน ร้อยละ 3.0 สะท้อนให้เห็นว่าสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยยังอยู่ระดับสูงและต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง โดยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ก็ยังคงเป็น กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ กลุ่มผู้ชาย และกลุ่มแรงงาน

- เป้าหมาย ลดอัตราผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน
- กรอบการดำเนินงาน

แผนการจัดการความปลอดภัยทาง ได้แบ่งการดำเนินงานภายใต้ ออกเป็น 4 ด้านสำคัญ

ดังนี้

- (1) ด้านการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้ด้านอุบัติเหตุจราจร (พลังปัญญา)
- (2) การพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ (พลังสังคม)
- (3) การพัฒนานโยบายและสร้างเป้าหมายร่วม (พลังนโยบาย)
- (4) ด้านการพัฒนาโครงสร้างและการบูรณาการการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่ (เน้นการบูรณาการในระดับพื้นที่ ทั้งพลังนโยบาย พลังวิชาการ รวมถึงพลังสังคม)

⁵⁸ บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด. ออนไลน์. รายงานสถิติการใช้สิทธิ พรบ.ทั้งประเทศ, สืบค้นได้จาก <http://rvpreport.rvpservice.com/viewrsc.aspx?report=0475&session=16>

3.5.4 อาหารเพื่อสุขภาพ

(1) **สถานะความมั่นคงทางอาหาร** องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO, 2008) ได้นิยามความมั่นคงทางอาหารว่าหมายถึงสถานการณ์ที่ทุกคนในทุกเวลาสามารถเข้าถึงอาหารได้ทั้งด้านกายภาพ สังคม เศรษฐกิจ อย่างเพียงพอ ปลอดภัย มีคุณค่าทางโภชนาการและตรงกับความต้องการของตนเอง เพื่อการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งตามแนวคิดขององค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ นั้นความมั่นคงทางอาหารจะต้องมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ

(1.1) การมีอาหารเพียงพอ (Food Availability) หมายถึงการมีอาหารในปริมาณที่เพียงพอ และมีคุณภาพที่เหมาะสม ทั้งจากการผลิตภายในประเทศ และ/หรือการนำเข้า

(1.2) การเข้าถึงอาหาร (Food Access) หมายถึงการเข้าถึงทรัพยากรที่เพียงพอของบุคคล เพื่อให้ได้มาซึ่งอาหารที่เหมาะสมและมีคุณค่าทางโภชนาการ ทรัพยากรที่ว่าหมายถึงความสามารถของบุคคลที่จะกำหนด ควบคุมสินค้าหนึ่งๆได้ภายใต้บริบททางกฎหมาย การเมือง เศรษฐกิจ และสังคมของชุมชนที่อาศัยอยู่

(1.3) การใช้ประโยชน์จากอาหาร (Food Utilization) หมายถึงการใช้ประโยชน์จากอาหารในการบริโภค โดยมีปริมาณอาหารที่เพียงพอ มีน้ำสะอาดในการบริโภคอุปโภค มีสุขอนามัยและการดูแลสุขภาพที่ดี ทำให้ความเป็นอยู่ทางกายภาพได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอ เพื่อให้อยู่ในสถานภาพที่ได้รับคุณค่าทางโภชนาการที่ดีบรรลุความต้องการทางกายภาพ

(1.4) การมีเสถียรภาพด้านอาหาร (Food Stability) หมายถึงประชาชน คริวเรือนหรือบุคคลต้องเข้าถึงอาหารอย่างเพียงพอตลอดเวลาไม่มีความเสี่ยงในการเข้าถึงอาหารเมื่อเกิดความขาดแคลนขึ้นมาอย่างกะทันหัน หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นวัฏจักร เสถียรภาพด้านอาหารเกี่ยวข้องกับมิติความมั่นคงอาหารทั้งในเรื่องของการมีความพอเพียงและการเข้าถึงอาหาร

สถานะความมั่นคงทางอาหารยังสามารถสะท้อนได้จากข้อมูลอัตราการพึ่งพาตนเองด้านอาหาร หรือ Self-sufficiency ratio (SSR; หน่วยเป็นร้อยละ) เป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงสัดส่วนของปริมาณผลผลิตที่ผลิตได้ในประเทศต่อปริมาณผลผลิตที่ต้องใช้บริโภคในประเทศทั้งปี ซึ่งจากการรวบรวมประมวลข้อมูลของสำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ รายงานค่า SSR ของประเทศไทยสำหรับอาหารแต่ละชนิดเฉลี่ย 4 ปี ระหว่างปี 2555-2558 ด้านพืชมีค่า SSR เกินกว่าร้อยละ 100 ในทุกรายการ ยกเว้นข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ ถั่วเหลือง กระเทียม และหอมหัวใหญ่ ที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการบริโภคภายในประเทศ สำหรับด้านปศุสัตว์เป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือมีความสามารถในการผลิตได้ครบและเพียงพอเกือบทุกชนิด จากข้อมูล SSR ดังกล่าว ถือได้ว่าประเทศไทยมีความมั่นคงทางอาหารและมีความสามารถในการพึ่งพาตนเอง (Food Self-sufficient) อย่างไรก็ตาม มีแนวโน้มที่ความสำคัญของการเกษตรในระบบเศรษฐกิจของประเทศจะลดลง ตามการลดลงของพื้นที่ทางการเกษตร อันเป็นผลที่เกิดจากการขยายตัวเมืองและการพัฒนาอุตสาหกรรม ประกอบกับพฤติกรรมบริโภคอาหารของประชากรเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างรวดเร็ว และมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมเมืองสูงขึ้น ซึ่งอาจทำให้มีความเสี่ยงต่อความมั่นคงทางอาหารในระยะยาว ดังนั้น หากยังไม่มีการบริหารจัดการด้านการเกษตรและอาหารที่ดีและยั่งยืน จึงมีแนวโน้มว่าในอนาคตอาจเผชิญกับปัญหาความไม่เพียงพอทางอาหาร (Food Availability) และการเข้าถึงอาหารได้ (Food Accessibility) โดยเฉพาะประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทห่างไกลความเจริญและประชาชนที่มีฐานะยากจน ซึ่งประเทศในกลุ่มอาเซียนที่มีลักษณะเช่นเดียวกันนี้ได้แก่ ไทย มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย และเวียดนาม

(2) **คุณภาพและความปลอดภัยของอาหาร** องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การเกษตรและอาหารแห่งสหประชาชาติ (FAO) (1983) สรุปสาเหตุส่วนใหญ่ของการเจ็บป่วยจากการบริโภคอาหารว่าเกิดจากอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์และสารเคมี เช่น สารเคมีที่ใช้ในการกำจัดศัตรูพืช ยาปฏิชีวนะและยาที่ใช้ในการเลี้ยงสัตว์ วัตถุเจือปนอาหาร รวมไปถึงสารพิษจากจุลินทรีย์ และสารเคมีปนเปื้อนจากโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภคแล้วยังส่งผลกระทบต่อปริมาณและเศรษฐกิจของประเทศ พบการปนเปื้อนของอันตรายในผลิตภัณฑ์ทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ เช่น การตกค้างของสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชและยาสัตว์ การปนเปื้อนของสารพิษจากเชื้อรา รวมถึงพบอาหารที่มีคุณภาพไม่ตรงตามมาตรฐาน เช่น การใช้วัตถุเจือปนอาหารเกินปริมาณที่กำหนด หรือการใช้ส่วนผสมที่ยังไม่อนุญาตหรือเป็นสารห้ามใช้ นอกจากนี้ยังมีภัยอุบัติใหม่ที่อาจปนเปื้อนในอาหาร เช่น เชื้อดื้อยาที่มีอาหารเป็นพาหะ เป็นต้น ซึ่งไม่เพียงส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้บริโภคแต่ยังส่งผลกระทบต่อการค้าและภาพลักษณ์ของประเทศด้วย ดังจะเห็นได้ว่าการแจ้งเตือนและส่งคืนสินค้าจากประเทศคู่ค้าอยู่เป็นระยะ

(3) **ภาวะสุขภาพและโภชนาการ** จากการสำรวจจำนวนของประชากรไทยที่ขาดสารอาหารของ FAO ในปี 2553 พบว่ามีผู้ขาดสารอาหารจำนวน 19.8 ล้านคน จากนั้นลดลงเหลือ 6 และ 5 ล้านคนในปี 2555 และ 2558 ตามลำดับ หรือคิดเป็นสัดส่วนของประชากรที่ขาดสารอาหารร้อยละ 8.9 และ 7.4 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีประชากรบางส่วนอยู่ในภาวะทุพโภชนาการ แต่อีกด้านหนึ่งกลับมีแนวโน้มภาวะโภชนาการเกินที่มากขึ้น รวมถึงการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นผลจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้องเป็นหนึ่ง ในปัญหาสุขภาพในปัจจุบันที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้นในอนาคต ซึ่งจากข้อมูลการสำรวจภาวะสุขภาพโดยการตรวจสุขภาพ ครั้งที่ 5 (พ.ศ.2556-2558) แสดงให้เห็นว่าภาวะสุขภาพและโรคที่มีความชุกเพิ่มขึ้น ได้แก่ ภาวะอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และแมทาบอลิซึมซินโดรม ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ โดยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมเป็นหนึ่งในปัจจัยก่อให้เกิดความเสี่ยงสุขภาพดังกล่าว ถึงแม้ว่าประชาชนจะมีพฤติกรรมทางสุขภาพบางประการดีขึ้น เช่น การกินผักและผลไม้ได้ตามข้อแนะนำ แต่เป็นการเพิ่มขึ้นในจำนวนไม่มากนักเมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งที่ 4 นอกจากนี้การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่เพียงแต่กระทบการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาวะและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต แต่ยังเป็นภัยคุกคามต่อเศรษฐกิจของประเทศด้วย เนื่องจากการะทางเศรษฐกิจของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่เพียงแต่สัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาสุขภาพ แต่รวมไปถึงการเกิดขึ้นของค่าใช้จ่ายจากการขาดงาน การสูญเสียผลผลิต ความพิการ การเกษียณก่อนวัยอันควร การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และค่าใช้จ่ายจากการต้องมีผู้ดูแล⁵⁹

ค่าเป้าหมายในสถานการณ์ปัจจุบัน

- (1) ปี 2562 พื้นที่การทำเกษตรกรรมยั่งยืน 4,379,887.52 ไร่
- (2) ความชุกของภาวะความไม่มั่นคงทางอาหารของประชากรในระดับปานกลางหรือรุนแรง โดยใช้เครื่องมือ FIES ปี 2562 พบว่าครัวเรือนตัวอย่างมีความชุกของความไม่มั่นคงทางอาหารระดับปานกลางหรือรุนแรงเท่ากับร้อยละ 3.7 และมีความชุกของความไม่มั่นคงทางอาหารระดับรุนแรงร้อยละ 0.1⁶⁰

⁵⁹ คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ, (ร่าง) กรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560-2579, กันยายน 2560.

⁶⁰ มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และ สสส., โครงการสถานการณ์ความไม่มั่นคงในอาหารเด็กต่ำกว่า 5 ปี ของประเทศไทย ร่วมกับการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยเพื่อส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการสมวัย.

(3) ค่าเป้าหมายในสถานการณ์ปัจจุบันตามแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการระดับชาติ 5 ปี พ.ศ. 2562-2566 ภายได้ (ร่าง) กรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทยฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560-2579 ได้รายงานค่าเป้าหมาย ปี 2559 ดังนี้

ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีภาวะเตี้ย เท่ากับ 10.5% (ปี 2562 เท่ากับ 13.3%)

ร้อยละของเด็ก 0.5 ปี มีภาวะผอม เท่ากับ 5.4% (ปี 2562 เท่ากับ 7.7%)

ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีภาวะอ้วน Over Weight เท่ากับ 8.2%

ส่วนสูงของเด็กอายุ 12 ปี ชายเท่ากับ 148.36 ซม. หญิงเท่ากับ 149.59 ซม.

ประชาชนไทยอายุ 15-59 ปี มีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.5-22.9) เท่ากับ 49.1%

■ เป้าหมาย

ค่าเป้าหมายสากล

(1) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) เป็นแผนแม่บทของโลกสำหรับการดำเนินงานที่จะทำให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนทั้งในด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม โดยกำหนดระยะเวลาดำเนินการ 15 ปี ตั้งแต่ปี 2015 (พ.ศ. 2558) ถึงปี 2030 (พ.ศ. 2573) โดยเป้าหมาย SDGs ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นอาหารโดยตรง ได้แก่

เป้าหมายที่ 2: ยุติความหิวโหย บรรลุความมั่นคงทางอาหารและยกระดับโภชนาการและส่งเสริมเกษตรกรรมที่ยั่งยืน (End hunger, achieve food security and improved nutrition and promote sustainable agriculture) ประกอบด้วย 2.1) ยุติความหิวโหยและสร้างหลักประกันให้ทุกคน โดยเฉพาะที่ยากจนและอยู่ในภาวะเปราะบางอันรวมถึงทารกได้เข้าถึงอาหารที่ปลอดภัย มีโภชนาการและเพียงพอตลอดทั้งปี ภายในปี 2573 2.2) ยุติภาวะทุพโภชนาการทุกรูปแบบและแก้ไขปัญหาความต้องการสารอาหารของหญิงวัยรุ่นหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร และผู้สูงอายุ ภายในปี 2573 รวมถึงบรรลุเป้าหมายที่ตกลงร่วมกันระหว่างประเทศว่าด้วยภาวะแคระแกร็นและผอมแห้งในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ภายในปี 2568 2.3) เพิ่มผลิตภาพทางการเกษตรและรายได้ของ ผู้ผลิตอาหารรายเล็ก โดยเฉพาะผู้หญิง คน พื้นเมือง เกษตรกรแบบ ครอบครัว คนเลี้ยงปศุสัตว์ ชาวประมง ให้เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า โดยรวมถึงการเข้าถึง ที่ดินและทรัพยากรและ ปัจจัยนำเข้าในการผลิต ความรู้ บริการทางการเงิน ตลาด และโอกาสสำหรับการเพิ่มมูลค่าและการจ้าง งานนอกฟาร์ม อย่าง ปลอดภัยและเท่าเทียม ภายในปี 2573 2.4) สร้างหลักประกันว่าจะมีระบบการผลิตอาหารที่ยั่งยืนและดำเนินการตามแนวปฏิบัติทางการเกษตรมีภูมิคุ้มกันที่จะเพิ่มผลิตภาพและการผลิต ซึ่งจะช่วยรักษาระบบนิเวศ เสริมขีดความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ภาวะอากาศรุนแรง ภัยแล้ง อุทกภัยและภัยพิบัติอื่น ๆ และจะช่วยพัฒนาที่ดินและคุณภาพดินอย่างต่อเนื่องภายในปี 2573 2.5) คงความหลากหลายทางพันธุกรรมของเมล็ดพันธุ์ พืชที่ใช้เพาะปลูกในไร่ นา และสัตว์ที่เลี้ยงตามบ้านเรือน และชนิดพันธุ์ตามธรรมชาติที่เกี่ยวข้องกับพืชและสัตว์เหล่านั้น รวมถึงให้มีธนาคารเมล็ดพันธุ์และพืชที่มีการจัดการที่ดีและมี ความหลากหลายทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับนานาชาติและสร้างหลักประกันว่าจะมีการเข้าถึงและแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดจากการใช้ทรัพยากรทางพันธุกรรมและองค์ความรู้ท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องอย่างธรรมและเท่าเทียม ตามที่ตกลงกันระหว่างประเทศ ภายในปี 2573

เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย (Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages) ประกอบด้วย 3.1) ลด

อัตราการตายของมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพ 1 แสนคนภายในปี 2573 3.2) ยุติการตายที่ป้องกันได้ ของทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยทุกประเทศมุ่งลดอัตราการตายในทารกถึง 12 คน ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน และลดอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลงให้ต่ำถึง 25 คน ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ภายในปี 2573 3.3) ยุติการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค มาลาเรียและโรคเขตร้อนที่ถูกกลืนและต่อสู้กับโรคดับอักเสบ โรคติดต่อทางน้ำ และโรคติดต่ออื่นๆ ภายในปี 2573 3.4) ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงหนึ่งในสามผ่านทาง การป้องกันและการรักษาโรคและสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี ภายในปี 2573 3.5) เสริมสร้างการป้องกันและการรักษาการใช้สารในทางที่ผิด ซึ่งรวมถึงการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิดและการใช้แอลกอฮอล์ในทางอันตราย 3.6) ลดจำนวนการตายและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกครั้งหนึ่ง ภายในปี 2563 3.7) สร้างหลักประกันว่ามีการเข้าถึงบริการข้อมูลการให้การศึกษาเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์โดยถ้วนหน้า รวมถึงการวางแผนครอบครัวและการผสมอนามัยเจริญพันธุ์ในยุทธศาสตร์และแผนงานระดับชาติ ภายในปี 2573 3.8) บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารวมถึงการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึงบริการสาธารณสุขจำเป็นที่มีคุณภาพ และเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นที่ปลอดภัยมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีราคาที่สามารถซื้อหาได้ 3.9) ลดจำนวนการตายและการป่วยจากสารเคมีอันตรายและจากการปนเปื้อนและมลพิษทางอากาศ น้ำ และดิน ให้ลดลงอย่างมากภายในปี 2573

เป้าหมายที่ 12 สร้างหลักประกันให้มีรูปแบบการผลิตและการบริโภคที่ยั่งยืน (Ensure sustainable consumption and production patterns) ประกอบด้วย 12.1) ดำเนินการให้เป็นผลตามกรอบการดำเนินงานระยะ 10 ปี ว่าด้วยการผลิตและการบริโภคที่ยั่งยืนทุกประเทศนำไปปฏิบัติ โดยประเทศพัฒนาแล้วเป็นผู้นำโดยคำนึงถึงการพัฒนาและขีดความสามารถของประเทศกำลังพัฒนา 12.2) บรรลุการจัดการที่ยั่งยืน และการใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างมีประสิทธิภาพภายในปี 2573 12.3) ลดขยะเศษอาหารของโลกครั้งหนึ่งในระดับค้าปลีกและผู้บริโภคและลดการสูญเสียอาหารจากกระบวนการผลิตและห่วงโซ่อุปทาน รวมถึงการสูญเสียหลังการเก็บเกี่ยว ภายในปี 2573 12.4) บรรลุเรื่องการจัดการสารเคมีและของเสียทุกชนิดตลอดวงจรชีวิตของสิ่งเหล่านั้นด้วยวิธีที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมตามกรอบความร่วมมือระหว่างประเทศที่ตกลงกันแล้ว และลดการปลดปล่อยสิ่งเหล่านั้นออกสู่อากาศ น้ำ และดิน อย่างมีนัยสำคัญ เพื่อจะลดผลกระทบทางลบต่อสุขภาพของมนุษย์และสิ่งแวดล้อมให้มากที่สุดภายในปี 2563 12.5) ลดการเกิดของเสียโดยให้มีการป้องกันการลดปริมาณการใช้ซ้ำและการนำกลับมาใช้ใหม่ ภายในปี 2573 12.6) สนับสนุนให้บริษัทโดยเฉพาะบริษัทข้ามชาติและบริษัทขนาดใหญ่รับแนวปฏิบัติที่ยั่งยืนไปใช้และผนวกข้อมูลด้านความยั่งยืนลงในวงจรการรายงานของบริษัทเหล่านั้น 12.7) ส่งเสริมแนวปฏิบัติด้านการจัดซื้อจัดจ้างของภาครัฐที่ยั่งยืนตามนโยบายและการให้ลำดับความสำคัญของประเทศ 12.8) สร้างหลักประกันว่าประชาชนในทุกแห่งมีข้อมูลที่เกี่ยวข้องและความตระหนักถึงการพัฒนายั่งยืนและวิถีชีวิตที่สอดคล้องกับธรรมชาติภายในปี 2573⁶¹

(2) 9 Global NCDs Target ปี 2554–2568 เกี่ยวข้องกับประเด็นอาหาร 4 เป้าหมาย จาก 9 เป้าหมาย ดังนี้⁶²

⁶¹ เข้าถึงได้จากเว็บไซต์ www.sdgmove.com, 3 กุมภาพันธ์ 2564.

⁶² กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564), พฤษภาคม 2560.

(2.1) อัตราตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดโรคมะเร็ง โรคเบาหวาน (และ/หรือ) โรคปอดเรื้อรัง ของประชากรอายุระหว่าง 30 – 70 ปี ลดลงร้อยละ 25

(2.2) ลดปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 10

(2.3) ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ลดลงร้อยละ 10

(2.4) ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคเกลือ/โซเดียมในประชากร ลดลงร้อยละ 30

(2.5) ความชุกของการบริโภคยาสูบในประชากรที่อายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ

30

(2.6) ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง ลดลงร้อยละ 25

(2.7) ความชุกของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง/โรคเบาหวาน และโรคอ้วนในประชากร อายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่เพิ่มขึ้น

(2.8) ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับคำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและรับยาเมื่อมีข้อบ่งชี้เพื่อป้องกันโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง (รวมถึงยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

(2.9) การมียาที่จำเป็นและเทคโนโลยีขั้นพื้นฐานสำหรับรักษา/บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญในสถานบริการรัฐและเอกชนร้อยละ 80

(3) Global Nutrition Targets ภายในปี 2568 (WHA Global Nutrition Targets 2025) (World Health Organization, 2559) ประกอบด้วย เป้าหมาย 6 ตัวชี้วัด⁶³ ได้แก่

(3.1) หญิงตั้งครรภ์และหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15 - 49 ปี) ที่มีภาวะโลหิตจางลดลงร้อยละ 40

(3.2) เด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ลดลงร้อยละ 30

(3.3) สัดส่วนแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน อย่างน้อยร้อยละ 50

(3.4) ภาวะเตี้ยในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลดลงร้อยละ 50

(3.5) ภาวะผอมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ไม่เกินร้อยละ 5

(3.6) ภาวะน้ำหนักเกินในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ไม่เพิ่มขึ้น

ค่าเป้าหมายระดับชาติ

(1) พื้นที่การทำเกษตรกรรมยั่งยืน

(2) อัตราการพึ่งพาตนเอง (Self-Sufficiency Ratio: SSR)

(3) เป้าหมายโภชนาการ ได้แก่ ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีภาวะเตี้ย ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีภาวะผอม ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีภาวะอ้วน Over Weight ส่วนสูงของเด็กอายุ 12 ปี ประชาชนไทยอายุ 15-59 ปี มีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ

▪ กรอบการดำเนินงาน

(1) ขับเคลื่อนระบบอาหารเพื่อสุขภาพบนพื้นฐานของหลักการและแนวคิด “ระบบห่วงโซ่อาหารสุขภาพ”

⁶³ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการระดับชาติ 5 ปี พ.ศ. 2562-2566, มิถุนายน 2562.

ทุกช่วงวัย

(2) ขับเคลื่อนงานด้านความมั่นคงทางอาหาร อาหารปลอดภัย และโภชนาการเชิงรุกตลอด

(3) ผลักดันและให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านอาหารเพื่อสุขภาวะ

(4) ขยายความร่วมมือภาคีเครือข่าย และองค์กรพันธมิตรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือเป็นผู้มีส่วนได้เสียต่อการขับเคลื่อนระบบอาหาร

(5) พัฒนาระบบและกลไกการติดตามและเฝ้าระวังทางด้านอาหารภาคประชาชน

(6) สร้างความเข้มแข็งทางด้านวิชาการ และการติดตามประเมินผล

(7) วางกลยุทธ์การสื่อสารเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมของประชาชน

(8) การเปิดพื้นที่หรือโอกาสการพัฒนาเชิงนวัตกรรม โมเดล หรือแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมระบบอาหารสุขภาวะในบริบทชีวิตวิถีใหม่

3.5.5 การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอส่งผลดีทั้งในมิติของการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ จึงนับเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการยกระดับการมีสุขภาพของประชากรในสังคม เริ่มตั้งแต่ประชากรช่วงวัยเด็ก การมีกิจกรรมทางกายสามารถส่งเสริมพัฒนาการทางด้านสมองที่ส่งผลต่อการรับรู้ ความจำ และสมาธิ จึงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลสัมฤทธิ์ด้านวิชาการ ส่งเสริมพัฒนาการด้านอารมณ์ และทักษะในการเข้าสังคม และส่งผลดีอย่างชัดเจนต่อความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อทำให้ร่างกายมีความแข็งแรงและคล่องแคล่ว ในขณะที่วัยชราช่วยลดความเสี่ยงในการเป็นโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำหรับประชากรวัยทำงาน การมีกิจกรรมทางกายในระดับที่เพียงพอจะช่วยให้ระบบต่างๆ ของร่างกายทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลายชนิด ทั้งโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ ทั้งช่วยให้จิตใจผ่อนคลาย ทำให้สามารถลดภาวะเครียดจากการทำงาน ในขณะที่กลุ่มประชากรวัยสูงอายุ กิจกรรมทางกายนับเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยขยายช่วงของการมีสุขภาพที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทั้งยังลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและการหกล้มในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันอันอาจนำไปสู่ภาวะการป่วยแบบติดเตียง สำหรับในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคติดต่อไม่เรื้อรังแล้ว กิจกรรมทางกายยังสามารถช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วย ส่งเสริมให้เกิดสุขภาพจิตที่ดี ป้องกันภาวะซึมเศร้า และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมด้วย โดย องค์การอนามัยโลกแนะนำว่า ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางอย่างน้อย 150 - 300 นาทีต่อสัปดาห์ หรือระดับหนัก 75 นาทีต่อสัปดาห์ ขณะที่ประชากรวัยเด็ก (อายุ 5-17 ปี) ควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางขึ้นไปอย่างน้อย 60 นาทีทุกวัน

การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (Physical Inactivity) เป็นหนึ่งใน 5 ปัจจัยเสี่ยงหลักด้านสุขภาพที่นำไปสู่การเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable Diseases, NCDs) ของทั่วโลก ร่วมกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ และอาหารที่ไม่เหมาะสมตามหลักโภชนาการ และการสัมผัสกับมลพิษทางอากาศ อันจะนำไปสู่การเกิด 5 โรค ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และภาวะทางสุขภาพจิต

- เป้าหมาย ประชากรไทยมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ
- กรอบการดำเนินงาน

แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายมียุทธศาสตร์การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนไทยมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ โดยเพิ่มอัตราการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทย ลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง และเพิ่มพื้นที่สันทนาการ

3.5.6 สุขภาพจิต (อยู่ระหว่างการทบทวนเป้าหมายและขอบเขต)

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่พบบ่อย มีการคาดการณ์ว่าประชากรทั่วโลกถึง 1 ใน 4 หรือจำนวน 450 ล้านคน มีปัญหาจิตเวชในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต ปัญหาสุขภาพจิตนั้นเกิดผลกระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิต การอยู่ร่วมในสังคมและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต โดยปี 2561 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคจิตเวชเข้าถึงบริการรักษาแล้ว 2 ล้าน 6 แสนกว่าคน ในส่วนของสุขภาพจิตของวัยรุ่นไทยอ้างอิงจากงานวิจัยเรื่องความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ที่ได้สำรวจข้อมูลจากวัยรุ่นอายุระหว่าง 11-19 ปีทั่วประเทศ จำนวนทั้งสิ้น 5,345 คน ระหว่างเดือนมิถุนายน-กันยายน พ.ศ.2561 พบว่าวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่าง 2 ใน 3 มีภาวะซึมเศร้า แบ่งเป็นซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 49.8 ซึมเศร้าปานกลางร้อยละ 13.2 ซึมเศร้ามากร้อยละ 3.2 และซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 0.7 โดยเพศหญิงจะมีความเสี่ยงเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ ยังพบว่าวัยรุ่นมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ร้อยละ 20.5 เคยคิดฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 5.1 และเคยพยายามฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 6.4 รวมทั้งยังพบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงจะฆ่าตัวตายโดยวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงจะฆ่าตัวตายมีโอกาสจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีความเสี่ยงจะฆ่าตัวตายถึงเกือบสิบเท่า สำหรับสาเหตุของการฆ่าตัวตายไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุเดียว แต่เกิดจากหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยมีสาเหตุหลัก คือ สัมพันธภาพในครอบครัวและการทะเลาะเบาะแว้ง ร้อยละ 51 ปัญหาความเครียดจากเศรษฐกิจ ร้อยละ 36 ปัญหาความเครียดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ร้อยละ 30 และปัญหาการติดแอลกอฮอล์ ร้อยละ 22 ทั้งนี้ สถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด-19 ที่มีผลกระทบในด้านเศรษฐกิจ ส่งผลให้ปัจจัยความเครียดจากเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นและยังเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ตลอดจนส่งผลกระทบต่อความวิตกกังวลเรื่องเรียนของเด็กวัยรุ่น ปัญหาความรุนแรง และยาเสพติด โดยเฉพาะนักเรียนกลุ่มยากจนและครอบครัวเปราะบาง

ปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง (โรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง) พบว่ามีเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า จำนวน 27,601 คน ได้รับการส่งต่อเพื่อประเมินซึมเศร้าและดูแลช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ จำนวน 24,564 คน คิดเป็นร้อยละ 88.99 (กรมสุขภาพจิต, 2562) นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นส่วนหนึ่งมาจากการเปิดเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษและประชาคมอาเซียน ก่อให้เกิดการเคลื่อนย้ายประชากรและแรงงานต่างด้าวเข้ามาในประเทศไทย ซึ่งมีความหลากหลายทางค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรม ตลอดจนการใช้ชีวิต ทำให้อาจเกิดความเครียดและขัดแย้งระหว่างคนที่อยู่ในพื้นที่กับประชากรที่เคลื่อนย้ายเข้ามา และนักท่องเที่ยว ซึ่งอาจทำให้ปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น

- **เป้าหมาย** ส่งเสริมให้ประชาชนมีปัญญา อารมณ์ดี และมีความสุข มีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำรงชีวิตของตนได้ อยู่ในสังคมอย่างทรงคุณค่า

- **กรอบการดำเนินงาน**

เนื่องจากการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตเป็นเรื่องใหม่และยังไม่มีกำหนดผลลัพธ์ที่ชัดเจน จึงกำหนดเป้าหมายให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2561-2580 (แผน 20 ปี) แผนพัฒนาประชากรขององค์การสหประชาชาติ และยุทธศาสตร์ไทยแลนด์ 4.0 เพื่อให้มีทิศทางการทำงานและพัฒนาขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพ ลดปัจจัยเสี่ยง เพิ่มปัจจัยคุ้มครองด้านสุขภาพจิต ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักและความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในการลดอคติต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิต

3.5.7 การควบคุมมลพิษทางอากาศ

สถานการณ์มลพิษทางอากาศโดยเฉพาะฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอนในประเทศไทย จากผลงานวิจัยของมหาวิทยาลัยชิคาโก ประเทศสหรัฐอเมริกา ด้านมลพิษทางอากาศมีผลต่อสุขภาพ (Air Quality Life Index : AQLI) พบว่าประเทศไทยมีมลพิษทางอากาศอยู่อันดับ 28 ของโลกจากทั้งหมด 235 ประเทศทั่วโลก ที่ 20.8 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร โดยเมื่อเทียบกับค่ามาตรฐาน PM2.5 องค์การอนามัยโลกกำหนด 10 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ทำให้คนไทยมีโอกาสอายุสั้นลงเฉลี่ย 1.1 ปี⁶⁴ ฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน (PM2.5) ไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า ทำให้สามารถรุดพันการดักจับของจมูกและหลอดลมเล็กใหญ่ จึงเข้าไปสู่ถุงลมฝอยที่อยู่ปลายทางได้และยังสามารถซึมผ่านผนังของถุงลมฝอยเหล่านี้เข้าสู่กระแสเลือดได้โดยตรง ซึ่งผลกระทบของฝุ่นละออง PM2.5 จึงเกิดขึ้นได้ ทั้งกับ “อวัยวะภายนอก” ได้แก่ ตาและผิวหนัง และ “อวัยวะภายใน” ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ ตั้งแต่เยื่อบุโพรงจมูก ลำคอ หลอดลม หลอดลมย่อยในปอด ถุงลมฝอย ระบบภูมิคุ้มกัน และระบบอื่นๆในปอด รวมถึงระบบเส้นเลือด โดยเฉพาะเส้นเลือดในอวัยวะที่สำคัญอย่างหัวใจและสมอง และในปี 2556 องค์การอนามัยโลกจัดให้ PM2.5 อยู่ในกลุ่มสารก่อมะเร็ง ทำให้มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปอดอีกด้วย⁶⁵

สาเหตุและแหล่งกำเนิดของมลพิษทางอากาศ อันดับแรก ได้แก่ ภาคการขนส่งและยานยนต์ จากข้อมูล พบว่า จำนวนรถยนต์สะสมทั่วประเทศ เพิ่มจาก 21.08 ล้านคันในปี พ.ศ.2552 มาเป็น 30.03 ล้านคันในปี พ.ศ.2562 หรือเพิ่มขึ้นกว่า 20% เพียงสิบปีเฉพาะ กทม. มีรถยนต์สะสมมากกว่า 10.7 ล้านคัน และข้อมูลการจดทะเบียนทั่วประเทศ พบว่า รถยนต์ส่วนบุคคลเป็นเครื่องยนต์เบนซิน 70% และเครื่องยนต์ดีเซล 26% สำหรับรถบรรทุกเพื่อการขนส่งเป็นเครื่องยนต์ดีเซล 76%⁶⁶ และมีแนวโน้มการใช้รถดีเซลเพิ่มขึ้นถึง 3.32% และในท้องปฏิบัติการ พบว่า เครื่องยนต์ดีเซลก่อให้เกิดเขม่าและฝุ่นมากกว่าเครื่องยนต์เบนซิน⁶⁷ โดยมีปัจจัยเสริมที่ทำให้มลพิษทางอากาศมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ได้แก่ ลักษณะภูมิประเทศ สภาพอุตุนิยมวิทยาและสภาวะอากาศ

สาเหตุและแหล่งกำเนิดของมลพิษทางอากาศ อันดับสอง ได้แก่ ภาคการเกษตร/การเผาในที่โล่ง และสาเหตุและแหล่งกำเนิดของมลพิษทางอากาศ อันดับสาม ได้แก่ ภาคป่าไม้/ไฟในป่า

- เป้าหมาย จำนวนวันที่ฝุ่นละอองอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานในช่วงวิกฤต เพิ่มขึ้น
- กรอบการดำเนินงาน

สร้างความเข้มแข็งด้านวิชาการสิ่งแวดล้อมให้กับทุกภาคส่วน เพื่อสร้างการตระหนักรู้ ทำความเข้าใจเพื่อป้องกันและดูแลสุขภาพจากผลกระทบของมลพิษทางอากาศ สื่อสาร รณรงค์สร้างจิตสำนึกการมีส่วนร่วมในการแก้ไขมลพิษทางอากาศ

เสริมขีดความสามารถของหน่วยงานในการพัฒนานโยบาย กฎหมาย ข้อบังคับเพื่อลดการปล่อยมลพิษทางอากาศ และการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศที่มีผลต่อสุขภาพ

ขับเคลื่อนเชิงนโยบายอย่างบูรณาการระหว่างหน่วยงาน รวมถึงพลังสังคม เพื่อสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ประชาชนในประเทศไทยมีสุขภาพที่ดี

⁶⁴ เข้าถึงได้จากเว็บไซต์ <https://aqli.epic.uchicago.edu/the-index/>

⁶⁵ เข้าถึงได้จากเว็บไซต์ <https://storage.googleapis.com/planet4-thailand-stateless/2020/08/9f177db4-clean-air-blue-paper.pdf>

⁶⁶ กลุ่มสถิติการขนส่ง กองแผนงาน กรมการขนส่งทางบก.

⁶⁷ DailydriveThailand, เข้าถึงได้จากเว็บไซต์ <https://fb.watch/3vi8EP0lvm/>.

3.5.8 เหตุอับัติใหม่และป้จจ้ยเส้ยงอื่่น

▪ สถานการณั้และแนวโนมั้

ป้จจบั้นแนวโนมั้ของการเกดเหตุอับัติใหม่มีเพ้มข้ขึ้น ป้ระกอบกั้ป้จจ้ยแวดล้อมท้้งในด้า้นเศรชฐกั้จ ส้งคม ส้งแวดล้อม และเทคโนโลยี ท้ล้้วนส้งผลต้อพถดกั้รรมทางสุขภพของป้ระชาชน รวมท้้งการส้ือสารและการคมนาคนในยูกั้โลกาภว้ตณั้จ้งก้อให้เกดผลกั้รรมทอย่างรวดเร้รวและกั้วางขวาง เช่น กัรณั้การระบาศของไวรั้สโควิด-19 ท้เกดผลกั้รรมทอย่างร่นแรงต้อระบบสาธาณสุข เศรชฐกั้จ และพถดกั้รรมการใช้ช้วิตของป้ระชาชน หรืออาจเกดเหตุอับัติใหม่ในอนาคดท้เกดจากป้จจ้ยเส้ยงท้อาจมีแนวโนมั้เกดข้ขึ้นจากสถานการณั้ป้จจบั้น เช่น สถานการณั้ฝุ่นละอองขนาดเล้ก PM 2.5 ท้อาจมีป้ริมาณเพ้มข้ขึ้นจนกั้รรมท้้งส้งผลต้อการด้าเนินกั้จกรรมกลางแจ้จ หรือ อาจเกดเหตุอับัติใหม่จากป้จจ้ยเส้ยงอื่่นท้ยงไม่มีแนวโนมั้ท้จะเกดข้ขึ้นด้ในป้จจบั้น

ด้งน้ัน เพ้อให้ท้ศทาง เป้าหมาย และยูกั้ทศาศสตร์ 10 ปี ของ สสส. ในทศวรรษหน้า มีแนวทางการด้าเนินงานท้ครอบคลุมและสามารถทอบสนองต้อเป้าหมายด้ทุกมิตี จ้งด้มีกั้การก้าหนดเป้าหมายท้นอกเหนือจาก 7 เป้าหมายหลัก เพ้อรอร้บต้อการเกดเหตุอับัติใหม่และป้จจ้ยเส้ยงอื่่น

▪ เป้าหมาย

(1) เพ้อสร้าความต้อเนื่องให้การด้าเนินงานและลดผลกั้รรมทท้อาจเกดข้ขึ้นจากการด้าเนินงานตามเป้าหมายหลัก

(2) เพ้อก้าหนดแนวทางการด้าเนินงานท้สามารถรอร้บและทอบสนองต้อเหตุอับัติใหม่และป้จจ้ยเส้ยงอื่่นด้อย่างท้้นท้วงท้

▪ กรอบการด้าเนินงาน

(1) สนั้บสนุนและป้ระสานงานให้เกดการติดตามและเผ้าระวังเหตุอับัติใหม่และป้จจ้ยเส้ยงท้ส้งผลต้อพถดกั้รรมทางสุขภพของป้ระชาชน รวมท้้งเหตุอับัติใหม่และป้จจ้ยเส้ยงท้ส้งผลกั้รรมทต้อการด้าเนินงานตามท้ศทาง เป้าหมาย และยูกั้ทศาศสตร์ 10 ปี (พ.ศ. 2564-2573) ของ สสส.

(2) สนั้บสนุนให้เกดการพัฒนานอ้ค้ความรู้เช้จว้ชากั้การ เพ้อเตรียมความพร้อมต้อการร้บมือเหตุอับัติใหม่และป้จจ้ยเส้ยงอื่่น

(3) สนั้บสนุนให้เกดการพัฒนานโยบาย มาตรการ และแนวทางการจ้ดการ เพ้อลดผลกั้รรมทจากเหตุอับัติใหม่และป้จจ้ยเส้ยงอื่่น

(4) สนั้บสนุนให้เกดการด้าเนินงานตามนโยบาย มาตรการ และแนวทางการจ้ดการ เพ้อป้อกั้นผลกั้รรมทต้อพถดกั้รรมทางสุขภพของป้ระชาชนและการด้าเนินงานตามท้ศทาง เป้าหมาย และยูกั้ทศาศสตร์ 10 ปี (พ.ศ. 2564-2573) ของ สสส.

บทที่ 4 กลไกและระบบสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

4.1 การกำกับ ติดตาม และประเมินผล

ภารกิจการดำเนินงานของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ต้องอาศัยฐานความรู้การทำงานด้วยวิธีเชื่อมประสาน และการขับเคลื่อนนโยบาย เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ปัญหาสุขภาพในสังคมไทย

4.1.1 คณะกรรมการประเมินผล

พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ มาตรา ๓๗ ได้กำหนดให้มี “คณะกรรมการประเมินผล” ที่มาจากการแต่งตั้งของคณะรัฐมนตรีโดยการเสนอแนะของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง เพื่อทำหน้าที่ประเมินผลการดำเนินงานของ สสส. ทั้งในระดับนโยบายและการดำเนินกิจกรรมในภาพรวมของ สสส. โดยโครงสร้างคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนมีจำนวน 7 คน ประกอบด้วย ประธานกรรมการ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน

4.1.2 อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการประเมินผล

ตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ มาตรา ๓๘ ได้กำหนดอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน ไว้ดังนี้

- (1) ประเมินผลด้านนโยบายและการกำหนดกิจกรรมของกองทุน
- (2) ติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน
- (3) รายงานผลการปฏิบัติงานพร้อมทั้งข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการในทุกรอบปี

และมีอำนาจเรียกเอกสารหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับกองทุนจากบุคคลใด หรือเรียกบุคคลใดมาชี้แจงข้อเท็จจริงเพื่อประกอบการพิจารณาประเมินผลได้

ทั้งนี้ คณะกรรมการประเมินผลอาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อพิจารณาและเสนอความเห็นในเรื่องหนึ่งเรื่องใดหรือมอบหมายให้ปฏิบัติกรอย่างหนึ่งอย่างใดได้ตามที่เห็นสมควร

4.1.3 การดำเนินการกำกับ ติดตาม และประเมินผล

ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในโลกปัจจุบัน การบริหารองค์การให้สามารถดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและตอบสนองสถานการณ์ได้อย่างรวดเร็วเป็นสิ่งสำคัญ และต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลองค์กร ให้สามารถสะท้อนผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคและข้อจำกัดอย่างตรงไปตรงมา จึงจะนำไปสู่ข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนา/ปรับปรุงการทำงานให้มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลอย่างแท้จริง

คณะกรรมการประเมินผล ได้กำหนดประเด็นการประเมินผลการดำเนินงานสำคัญที่ครอบคลุมถึงการบริหารจัดการที่ดี โดยมุ่งเน้นพัฒนาระบบติดตามและประเมินผล การพัฒนาฐานข้อมูลติดตามการเปลี่ยนแปลงในระดับผลลัพธ์และผลกระทบ โดยคณะกรรมการประเมินผลมีภารกิจที่สำคัญ ดังนี้

- (1) การประเมินนโยบายระดับองค์กร เป็นการประเมินตามแผนการดำเนินงานของ สสส. ได้แก่ ระยะสั้น (รายปี) ตามแผนการดำเนินงานประจำปี
ระยะกลาง (ระยะ 3 ปี) ตามแผนหลัก สสส.
ระยะยาว (ระยะ 10 ปี) ตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี

(2) การประเมินผลการดำเนินงาน ได้แก่ การประเมินตามตัวชี้วัดองค์กร ผลสัมฤทธิ์ตามแผนการดำเนินงาน และการประเมินอื่นที่เกี่ยวข้อง

(3) การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส เป็นการประเมินผลด้านการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล (Good Governance)

(4) การพัฒนากรอบการประเมิน เพื่อให้การประเมินผลตรงตามวัตถุประสงค์และบริบทการดำเนินงานของ สสส.

(5) การประเมินผลการดำเนินงานภาพรวมตามโอกาสพิเศษ (by Occasion) เช่น การประเมินองค์กรในวาระครบรอบ 20 ปี

นอกจากนี้ คณะกรรมการประเมินผล ยังสนับสนุนให้เกิดกลไกการนำผลการประเมินผลและข้อเสนอแนะไปใช้ปรับปรุงการดำเนินงานขององค์กร เพื่อให้ สสส. ได้นำผลการประเมินและข้อเสนอแนะไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานและการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง

4.2 การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

การยกระดับบุคลากรให้มีประสิทธิภาพในการเป็นนักสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมีอาชีพ เป็นกลไกสำคัญในการดำเนินการเพื่อบรรลุผลลัพธ์สุดท้ายตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี เนื่องจากบุคลากรเป็นทรัพยากรสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้เกิดผลผลิตและผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์

4.2.1 การพัฒนาศักยภาพบุคลากรของ สสส.

เพื่อให้บุคลากรของ สสส. เป็นนักสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมีอาชีพ จึงได้วางแนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ดังนี้

(1) การพัฒนาบุคลากร โดยการจัดทำแผนพัฒนาและฝึกอบรมบุคลากรประจำปี โดยเป็นการจัดทำแผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรตามกรอบ Health Promotion Enabler Development Roadmap เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ทักษะที่จำเป็นต่อการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ ผ่านเครื่องมือทั้งการอบรมหลักสูตรภายใน (In-house Training) และหลักสูตรภายนอก (Public Training) และการพัฒนาระบบการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (e-Learning) รวมทั้งการจัดทำระบบพี่เลี้ยงสอนงานและคู่มือการปฏิบัติงานสำคัญต่างๆ ตลอดจนการพัฒนาผู้บริหารตามระบบการพัฒนาผู้นำ (Leadership System)

(2) การเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร โดยการจัดทำเอกสารถอดบทเรียนจากกระบวนการทำงานจริงเพื่อใช้ถ่ายทอดความรู้ให้แก่บุคลากร เพื่อให้บุคลากรเข้าใจถึงความเป็น สสส. (Brand Attribute) ผ่านเครื่องมือและกิจกรรมต่างๆ

(3) การพัฒนาระบบการบริหารงานบุคคล โดยการจัดทำระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานให้เชื่อมโยงและสอดคล้องกับภารกิจและเป้าหมายของ สสส.

4.2.2 การส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

นอกจากการพัฒนาศักยภาพบุคลากรแล้ว สสส. ได้จัดตั้งสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นกลไกสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคคลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งบุคลากร สสส. บุคลากรของภาคีเครือข่าย และบุคคลทั่วไป โดยมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญ ดังนี้

(1) สนับสนุนและสนับสนุนและดำเนินการ พัฒนาหลักสูตร ศึกษาวิจัย เอกสารทางวิชาการ และสื่อการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพของบุคคลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งเผยแพร่และสนับสนุนให้เกิดการใช้ประโยชน์

(2) สนับสนุนและดำเนินการ ฝึกอบรม การจัดการเรียนรู้ตลอดชีวิต และการดำเนินกิจกรรมอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานของ สสส. หรือบุคคลที่มีความรู้หรือประสบการณ์ได้ทำหน้าที่เป็นวิทยากรและปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวข้องให้แก่สถาบัน

(3) ให้บริการทางวิชาการ ให้คำปรึกษาแนะนำ และให้ความช่วยเหลือแก่ภาคีเครือข่ายทั้งในประเทศและต่างประเทศ เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพของบุคคลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

(4) ส่งเสริมและสนับสนุนความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนทั้งในประเทศและต่างประเทศ เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพของบุคคลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

4.3 การจัดการความรู้และระบบข้อมูล

การเปลี่ยนแปลงของโลกปัจจุบันเป็นไปอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้การดำเนินงานต้องตัดสินใจและทำงานบนองค์ความรู้และข้อมูลที่มาจากทั้งแหล่งภายใน และแหล่งภายนอกซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของ สสส. อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานของ สสส. บรรลุเป้าหมายตามที่ได้วางไว้ จึงจำเป็นต้องมีการจัดการองค์ความรู้และระบบข้อมูล เพื่อผลักดันให้ทั้ง สสส. ภาคีเครือข่าย และผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถใช้และเข้าถึงความรู้และข้อมูลได้ตลอดเวลา

4.3.1 การจัดการความรู้

เพื่อให้การดำเนินงานของ สสส. บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้มีแนวคิดในการจัดการความรู้ด้วยกระบวนการค้นหา สร้าง รวบรวม กลั่นกรอง จัดเก็บ ความรู้อย่างเป็นระบบเพื่อให้บุคลากรที่ต้องการใช้เข้าถึงความรู้นั้นได้ตลอดเวลา บุคลากรทั้งหมดต้องมีการเรียนรู้ มีการสร้างและใช้ความรู้ในการทำงานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ภายใต้แผนแม่บทการจัดการความรู้ที่มีหลักการและแนวคิดสำคัญ ดังนี้

(1) คน (People) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด เนื่องจากเป็นทั้งแหล่งความรู้ ค้นหาความรู้ และนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ ตลอดจนการพัฒนากระบวนการจัดเก็บความรู้

(2) กระบวนการจัดการความรู้ (Process) เป็นกระบวนการบริหารจัดการเพื่อรวบรวมองค์ความรู้ที่กระจัดกระจายในองค์กรให้เป็นระบบ เพื่อให้คนสามารถเข้าถึงและนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้ตลอดเวลา

(3) เทคโนโลยี (Technology) เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการและรวบรวมองค์ความรู้ เพื่อให้คนสามารถค้นหา จัดเก็บ แลกเปลี่ยน เข้าถึง และนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้

4.3.2 ระบบฐานข้อมูล

ข้อมูลนับเป็นสิ่งสำคัญและมีคุณค่าในยุคปัจจุบันที่องค์กรทั้งภาครัฐและภาคเอกชนต่างมีการบริหารงานและการให้บริการผ่านระบบดิจิทัล สสส. จึงได้ให้ความสำคัญกับข้อมูลที่ได้มาจากหลายแหล่ง ทั้งจากการจัดการความรู้ภายใน และข้อมูลที่ได้จากการค้นหาและรวบรวมจากภายนอก ดังนั้น การพัฒนาระบบ

ฐานข้อมูลจึงเป็นกลไกสำคัญต่อการจัดการความรู้ เนื่องจากเป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการและรวบรวมองค์ความรู้ เพื่อให้สามารถนำข้อมูลความรู้ต่างๆ มาใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังเป็นกลไกสำคัญต่อการวางกรอบการดำเนินงานตามเป้าหมาย ตลอดจนการประเมินผลการดำเนินงานได้อย่างเป็นรูปธรรม

4.4 การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและดิจิทัล

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งการทำงานและการให้บริการ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและดิจิทัลเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยสนับสนุนการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การขับเคลื่อนทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี ให้บรรลุเป้าหมายได้ตามที่กำหนดจึงจำเป็นต้องอาศัยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและดิจิทัลในการอำนวยความสะดวกและสนับสนุน การดำเนินงาน

สสส. ได้นำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการยกระดับประสิทธิภาพการทำงานและการให้บริการต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อสร้างมาตรฐานการทำงานที่สะดวก รวดเร็ว และเข้าถึงได้ง่ายบนพื้นฐานของข้อมูลที่แม่นยำ รวมทั้งการเก็บข้อมูลการทำงานเพื่อวิเคราะห์และประเมินผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินงาน โดยการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและดิจิทัลเป็นการดำเนินงานภายใต้แผนปฏิบัติการดิจิทัลที่จัดทำขึ้นเป็นประจำทุกๆ 3 ปี ที่มีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันเพื่อนำไปสู่การออกแบบสถาปัตยกรรมในการนำระบบดิจิทัลมาใช้งาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนไปสู่การเป็นองค์กรดิจิทัลได้อย่างเหมาะสม คุ่มค่าในระยะยาว ตามแนวทางสำคัญ ดังนี้

- (1) การจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสมกับความต้องการ เพื่อให้เกิดความสะดวก มีประสิทธิภาพ และสร้างความคุ้มค่า
- (2) การแข่งขันกับความต้องการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและดิจิทัล
- (3) การฝึกอบรมทักษะดิจิทัลที่เหมาะสม
- (4) การกำกับดูแลตามกฎหมายและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง

4.5 รูปแบบการสนับสนุนทุน (Funding Modalities)

เนื่องจาก สสส. เป็นหน่วยงานในรูปแบบกองทุนหมุนเวียน ที่มีภารกิจให้ทุนเพื่อการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ทุนจึงเป็นทรัพยากรที่สำคัญต่อการดำเนินงานให้บรรลุภารกิจตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของกองทุน ระบบและรูปแบบการสนับสนุนทุนจึงเป็นเครื่องมือหลักที่ใช้จัดสรรและสนับสนุนทุนให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ ดังนั้น การมีระบบและรูปแบบการสนับสนุนทุนที่สอดคล้องและเหมาะสมกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของกองทุน จะก่อให้เกิดการเพิ่มทั้งประสิทธิผลและประสิทธิภาพจากการนำรูปแบบของการสนับสนุนทุนรูปแบบที่เหมาะสมมาใช้เพื่อกำหนดลำดับความสำคัญของการจัดสรรและสนับสนุนทุน รวมทั้งสามารถใช้กำหนดลักษณะความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเป้าหมายได้หลากหลายรูปแบบ ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2562 ซึ่งแบ่งวิธีการดำเนินงานออกเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่การสนับสนุนทุนให้แก่ภาคี การสนับสนุนทุนร่วมกับภาคี และการให้บริการหรือปฏิบัติการกิจโดยส่วนงานภายใน สสส.

ประเภทข้อเสนอที่จะขอรับการสนับสนุนเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพให้กับภาคี สามารถดำเนินการได้ 2 แบบ คือ

1) การพัฒนาร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholder) โดย สสส. และภาคีที่เกี่ยวข้องจะร่วมกันศึกษา วิเคราะห์ และค้นหาแนวทางที่จะพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาวะของประชาชนร่วมกันในลักษณะพันธมิตรหรือหุ้นส่วนสร้างเสริมสุขภาพ (partnership) รวมทั้งจะจัดประชุมเพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนและองค์กรทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาวะ

2) การประกาศเปิดรับทั่วไปจากภาคีหรือประชาชนที่สนใจ โดย สสส. และคณะกรรมการบริหารแผนที่เกี่ยวข้องจะร่วมกันกำหนดประเด็นและช่วงเวลาที่จะประกาศเปิดรับข้อเสนอจากภาคีหรือประชาชนที่สนใจเพื่อให้ผู้ที่สนใจได้มีโอกาสยื่นข้อเสนอเข้ามาขอรับการสนับสนุนทุนเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพตามประเด็นที่ตนเองสนใจ

บทที่ 5 โครงสร้างแผนการดำเนินงานและการจัดทำแผนลำดับรอง

5.1 โครงสร้างแผนการดำเนินงาน

ตามข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.2562⁶⁸ ระบุนิยามความหมายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของกองทุน ดังนี้

5.1.1 ทิศทางและเป้าหมายกองทุน คือ เอกสารที่ชี้ทิศทางและเป้าหมายของกองทุนซึ่งจะแสดงรายละเอียดของวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ในระยะเวลา 10 ปี โดยเป็นเอกสารหลักสำหรับการจัดทำแผนหลัก และแผนการดำเนินงานประจำปี ในการจัดทำทิศทางและเป้าหมายของกองทุนคณะกรรมการกองทุนฯ จะแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อดำเนินการศึกษา วิเคราะห์ และจัดทำผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารแผน ภาคิ และบุคคลที่เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวาง ก่อนเสนอคณะกรรมการกองทุนฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบ

5.1.2 แผนหลัก (Master plan) คือ แผนการดำเนินงานของกองทุนตามมาตรา 21 (1) ที่จัดทำขึ้นตามทิศทางและเป้าหมายของกองทุน ซึ่งจะแสดงรายละเอียดของเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด แผน และกรอบงบประมาณในระยะเวลา 3 ปี โดยเป็นเอกสารหลักสำหรับการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี โดยแผนหลักจะมีการจัดทำทุก 3 ปี และอาจทบทวนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ได้ทุกปี เว้นแต่ในสุดท้ายของเอกสารทิศทางและเป้าหมายกองทุน สสส. จะชะลอการจัดทำแผนหลักไว้จนกว่าเอกสารทิศทางและเป้าหมายของกองทุนระยะต่อไปจะแล้วเสร็จ ทั้งนี้ การจัดทำแผนหลัก ผู้จัดการและผู้บริหาร สสส. จะร่วมกันพัฒนาสาระสำคัญของแผนหลักผ่านกระบวนการจัดประชุม รับฟังความคิดเห็น และข้อเสนอแนะ จากคณะกรรมการบริหารแผนและภาคิที่เกี่ยวข้อง ก่อนเสนอคณะกรรมการกองทุนฯ พิจารณาเห็นชอบภายในเดือนสิงหาคมของปีที่พิจารณา

5.1.3 แผนการดำเนินงานประจำปี คือ แผนการดำเนินงานของกองทุนตามมาตรา 21 (2) ที่จัดทำขึ้นตามแผนหลัก ซึ่งจะแสดงรายละเอียดของ เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด แผน กลุ่มงาน และงบประมาณภายในระยะเวลา 1 ปี รวมทั้งกรอบวงเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีที่ทำขึ้นตามข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพว่าด้วยการงบประมาณ การเงิน และทรัพย์สินของกองทุน พ.ศ. 2562 โดยการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี ผู้จัดการและผู้บริหาร สสส. จะร่วมกันพัฒนาสาระสำคัญของแผนการดำเนินงานประจำปี ผ่านกระบวนการจัดประชุม รับฟังความคิดเห็น และข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการบริหารแผนและภาคิที่เกี่ยวข้อง ก่อนเสนอคณะกรรมการกองทุนฯ พิจารณาเห็นชอบภายในเดือนสิงหาคมของทุกปี

ภายใต้แผนหลักและแผนการดำเนินงานประจำปี ประกอบด้วยแผนตามลักษณะเฉพาะดังนี้

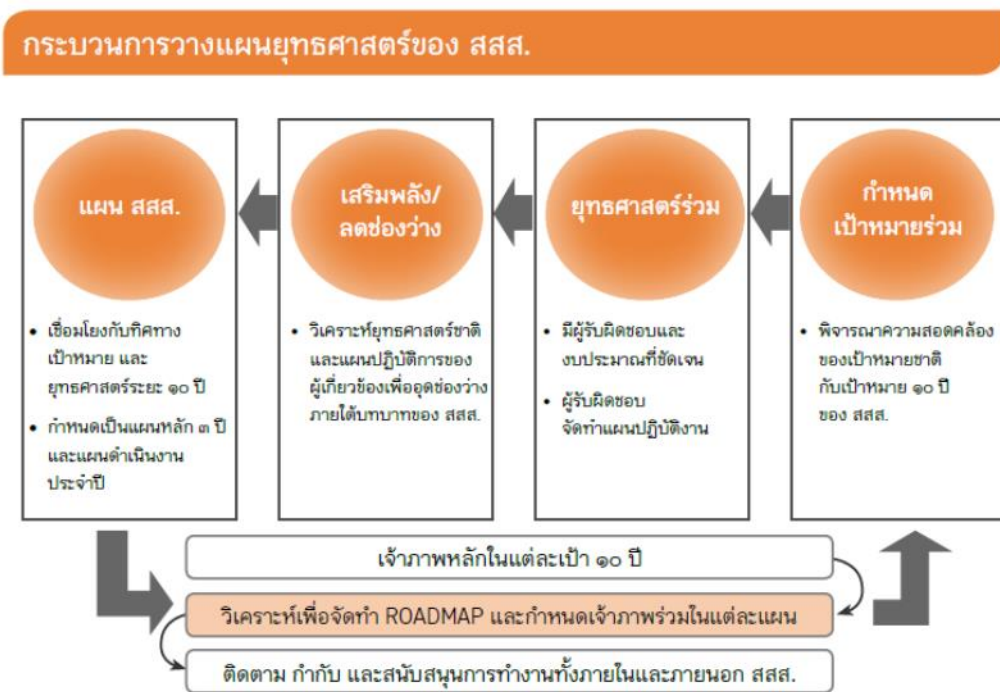
- (1) แผนเชิงประเด็น (Issue-based) มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาโลกที่ลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ
- (2) แผนเชิงพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย (Area and Setting-based) มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาโลกที่ลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ โดยเพิ่มความสามารถบุคคล ชุมชน องค์กร สถาบัน ที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะ
- (3) แผนเชิงระบบ (System-based) มีเป้าหมายเพื่อสร้างกลไกการเรียนรู้ ขยายโอกาส พัฒนาศักยภาพในการสร้างนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาวะ

⁶⁸ เอกสารข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.2562

5.2 กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

การกำหนดวัตถุประสงค์ สู่เป้าประสงค์ และแผนการดำเนินงานของกองทุน ที่มีความเกี่ยวข้องกับภาคส่วนต่างๆ ในการสานและเสริมพลังของหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง รวมถึงภาคีเครือข่ายภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคมให้เกิดการดำเนินงานเพื่อนำมาสู่การบรรลุประโยชน์ร่วมกัน ทำให้กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ของกองทุน โดยมีกระบวนการดังนี้

ภาพที่ 5.1 กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ของ สสส.



ภาพที่ 5.1 กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ของ สสส.

5.2.1 การใช้องค์ความรู้ในการทบทวนเป้าหมายร่วม หากยังไม่มีเป้าหมายร่วมต้องมีการวิเคราะห์ประโยชน์ร่วมและประโยชน์เฉพาะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholder analysis) ที่มีความสอดคล้องกับทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปี ทั้งในมิติของด้านเศรษฐศาสตร์ การเมือง หรือสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ก่อนนำมาสู่การกำหนดเป้าหมายร่วมผลลัพธ์หลักที่ต้องการให้เกิดขึ้น

5.2.2 การทบทวนยุทธศาสตร์ร่วมกันกับผู้รับผิดชอบ เพื่อทำความเข้าใจบทบาทและพันธกิจของผู้รับผิดชอบในแต่ละส่วน รวมถึงทรัพยากรตลอดจนแผนปฏิบัติงานของผู้รับผิดชอบนั้น โดยในการวางแผนยุทธศาสตร์ร่วมกันจำเป็นต้องนำความรู้ทางกฎหมาย นโยบาย สถานการณ์ ข้อมูลวิชาการหรือการถอดองค์ความรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานร่วมประกอบการวางแผนยุทธศาสตร์ด้วย

5.2.3 การวิเคราะห์ยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาช่องว่างของการดำเนินงานด้านสุขภาพ (Gap analysis) ที่สอดคล้องกับบทบาทของกองทุนฯ

5.2.4 การจัดทำแผนลำดับรองของกองทุน ประกอบด้วย การจัดทำแผนหลัก 3 ปี และแผนดำเนินงานประจำปี ให้มีความสอดคล้องเชื่อมโยงกับทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปี และตอบสนองกับทิศทาง ยุทธศาสตร์ แผนการดำเนินงานของประเทศในภาพรวม การดำเนินงานเพื่อตอบสนองเป้าหมาย หรือผลลัพธ์หลักนั้น จะต้องการการบูรณาการการทำงานและการสนับสนุนจากทุกแผนงานภายในของกองทุน แผนที่เป็นเจ้าภาพหลักจึงต้องมีการวิเคราะห์การจัดทำแผนที่ทางเดิน รวมถึงการบูรณาการการทำงานระหว่างแผนด้วย

5.2.5 การวิเคราะห์เพื่อจัดทำแผนที่นำทาง (Roadmap) ร่วมกับแผนงานอื่นๆ ที่เป็นเจ้าภาพร่วม โดยคำนึงถึงขอบเขตการทำงานในแต่ละแผนตามตัวแบบการทำงานระดับองค์กรของกองทุนฯ (Thai Health Working Model)

5.2.6 การติดตามและประเมินผล กองทุนฯ มีแนวทางในการกำกับดูแลแผน แผนงาน และโครงการ ผ่านกลไกการบริหารโดยแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารแผน ทำหน้าที่ในการกำกับดูแลแผนการดำเนินงานภายในของกองทุนฯ มีคณะอนุกรรมการหรือคณะกรรมการกำกับทิศทาง ซึ่งแต่งตั้งโดยคณะกรรมการบริหารแผนในการกำกับดูแล ชี้แนะ กำกับทิศทางกำหนดกรอบในการประเมินผลแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ตามวงเงินงบประมาณที่กำหนดตามข้อบังคับของกองทุนฯ นอกจากนั้นกองทุนฯ ยังมีการพัฒนาระบบกลไกการกำกับติดตามแผนงาน โครงการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งการติดตามประเมินผลภายในและภายนอกโครงการตามที่กำหนดไว้