



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพ
และอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ
ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔)

กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

การส่งเสริมสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพซึ่งมีวิวัฒนาการมายาวนานเกือบหนึ่งศตวรรษนับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๔๖๑ เมื่อพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวมีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้สถาปนากรมสาธารณสุขขึ้นในกระทรวงมหาดไทย ในยุคต้น ๆ การส่งเสริมสุขภาพเน้นบริการส่งเสริมอนามัยส่วนบุคคลและการสุขาภิบาลเรื่องส้วม น้ำ และความสะอาด เป็นการดำเนินงานในลักษณะของการสงเคราะห์ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็น “ผู้ให้” และประชาชน คือ “ผู้รับ”

แต่การพึ่งทรัพยากรและบุคลากรของรัฐฝ่ายเดียวเช่นนี้ไม่สามารถขยายผลและความครอบคลุมไปได้ในอัตราที่เท่าเทียมกับจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น ประเทศไทยจึงนำแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานคือ “ประชาชนบริการประชาชน” มาใช้ในปี พ.ศ. ๒๕๒๓ เป็นต้นมา ซึ่งได้รับความสนใจและยอมรับจากหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุขในฐานะองค์ประกอบสำคัญของการแก้ไขปัญหาความยากจน นับเป็นจุดเริ่มต้นของการขยายมุมมองเรื่อง “สุขภาพ” เป็นความจำเป็นพื้นฐานและเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนที่หน่วยงานมีส่วนร่วมรับผิดชอบ

กรมอนามัยได้ปรับตัวเข้ากับสภาพการณ์การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพตลอดมานับตั้งแต่การดำรงอยู่ในสถานะ “เจ้าภาพ” และ “เจ้ามือ” ในงานส่งเสริมสุขภาพและสุขาภิบาลที่ต่อมาขยายขอบเขตเป็นงานอนามัยสิ่งแวดล้อมมาถึงการ “ร่วมคิด ร่วมทำ และสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน” ความรับผิดชอบในฐานะกรมวิชาการภายหลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ตลอดจนการปฏิรูประบบราชการและการปฏิรูประบบสุขภาพใน พ.ศ. ๒๕๔๕ กรมอนามัยได้นำประสบการณ์เหล่านี้มาปรับใช้และต่อยอดในบทบาทกรมวิชาการพร้อมไปกับการใช้กลยุทธ์ส่งเสริมสุขภาพตามกฎหมายกรุงเทพมหานครที่เรียกร้องความร่วมมือจากทุกภาคส่วนของสังคม

แม้ว่าผลงานพิสูจน์คุณภาพของการกระทำ ณ เวลานี้ กรมอนามัยยังคงได้รับการยอมรับในฐานะองค์กรหลักของประเทศในการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อคนไทยทุกคนมีสุขภาพดี แต่อย่างไรก็ตาม สภาพแวดล้อมรอบตัวที่กำลังเปลี่ยนแปลงในอัตราเร่งที่เพิ่มขึ้นไม่ว่าจะเป็น การขยายตัวและความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจ เทคโนโลยี และอุตสาหกรรมต่าง ๆ ส่งผลให้สังคมโลก รวมถึงประเทศไทยต้องปรับตัวเพื่อการดำรงคงอยู่ในกระแสของการเปลี่ยนแปลงทำให้วิถีชีวิตของผู้คนเปลี่ยนไป สภาพปัญหาสุขภาพและปัจจัยต่าง ๆ ที่กระทบกับสุขภาพเป็นไปอย่างซับซ้อน

กว่าในอดีตมาก พฤติกรรมการบริโภคของมนุษย์เปลี่ยนไปทำให้คุณภาพชีวิตและสุขภาพประชาชนต้องเผชิญหน้ากับความเสื่อมถอยของสุขภาพกายและใจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุถือเป็นความท้าทายที่สำคัญของการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่จำเป็นต้องมี การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ในขณะที่โรคอุบัติใหม่ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ได้แพร่กระจายอย่างไร้พรมแดน ประกอบกับปัญหามลพิษจากสิ่งแวดล้อม, การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศโลก และมีการขยายตัวของสังคมเมืองเพิ่มขึ้น ประชาชนไทยจึงต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพและมีปัญหาสุขภาพอันอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ ยังมีการเปลี่ยนแปลงในขอบเขตหน้าที่ ความสามารถ และทรัพยากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศักยภาพในการพัฒนาตนเองของชุมชน ระบบและกลไกการพัฒนา ระบบราชการไทยที่มุ่งประโยชน์สุขของประชาชน บทบัญญัติในธรรมนูญสุขภาพ บทบาทของ สปสช. สสส. สวรส. และ สช. รวมถึงการรวมตัวของผู้คน องค์กร หรือเครือข่ายประชาคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เป็น “สมัชชาสุขภาพ” เพื่อพูดคุย แลกเปลี่ยน เรียนรู้ ถกเถียง หาทางออกของปัญหาสุขภาพในมิติต่าง ๆ เหล่านี้เป็นเรื่องท้าทายความสามารถและความรวดเร็วของกรมอนามัยในการบริหารจัดการความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

นอกจากนี้ กระแสการปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้การปฏิรูปประเทศไทยมุ่งหวังให้ประชาชนตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองหรือระบบสุขภาพ “สร้างนำซ่อม” และมีการเปลี่ยนแปลงเคลื่อนไหวหลายประการ ตั้งแต่การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้คนไทยเข้าถึงสิทธิในการรับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน เกิดการทดลองกระจายอำนาจด้านสุขภาพโดยการถ่ายโอนสถานีนโยบายไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เปลี่ยนสถานีนโยบายทั่วประเทศเป็น “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)” เกิดการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่กลายเป็นแหล่งสนับสนุนการเคลื่อนไหวด้านการสร้างเสริมสุขภาพของทุกภาคส่วน รวมถึงการเปิดพื้นที่ให้ทุกภาคส่วนในสังคมในการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy : PHPP) ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ดังนั้น ทิศทางของระบบสุขภาพจึงมีความความหลากหลายเน้นให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยตระหนักในสุขภาพของตนเอง ลดปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยง ให้ความสำคัญกับสุขภาพในมิติที่กว้างกว่าการบริการทางการแพทย์ สร้างเสริมระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นบูรณาการการทำงานของภาคส่วนต่าง ๆ ในระบบสุขภาพเพื่อให้

เกิดเอกภาพ พัฒนาศักยภาพบุคลากรและหน่วยบริการในการรองรับสภาพปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป และสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพแก่ประชาชน

ดังนั้น จากที่กล่าวมาจึงมีความจำเป็นที่กรมอนามัยต้องทบทวน ปรับปรุงวิธีการ และกลไกการดำเนินงานที่ผ่านมาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปและความท้าทายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน รวมทั้งเป็นที่ยอมรับของฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยจัดทำเป็นแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) เพื่อให้เกิดการผสมผสานแนวคิด เป้าหมาย มาตรการ และบทบาทของทุกฝ่ายให้เชื่อมโยงกันอย่างเป็นเหตุเป็นผล หนุนเสริมซึ่งกันและกัน นำไปสู่การจัดทำแผนงาน/โครงการแบบบูรณาการและวัดผลการปฏิบัติงานได้อย่างชัดเจน



(นายแพทย์วิริยะ เฟ็งจันทร์)

อธิบดีกรมอนามัย

๓๐ กันยายน ๒๕๕๙

บทสรุปผู้บริหาร

กรมอนามัยได้มีการทบทวน ปรับปรุงวิธีการ และกลไกการดำเนินงานที่ผ่านมาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปและความท้าทายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน โดยจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) ผ่านกระบวนการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ของกรมอนามัยโดยการมีส่วนร่วมของผู้บริหาร นักวิชาการ บุคลากร กรมอนามัย และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการยอมรับของทุกฝ่าย วัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรกรมอนามัยและผู้เกี่ยวข้องพัฒนาและดำเนินการระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ ไปในทิศทางเดียวกัน สามารถจัดทำแผนงาน/โครงการให้สอดคล้องกับเป้าประสงค์และตัวชี้วัดที่กำหนด เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตามวิสัยทัศน์ของกรมอนามัย คือ “กรมอนามัยเป็นองค์กรหลักของประเทศในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อประชาชนสุขภาพดี” และบรรลุพันธกิจ คือ “ทำหน้าที่ในการสังเคราะห์ ใช้ความรู้ และคุณภาพรวม เพื่อกำหนดนโยบายและออกแบบระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยการประสานงาน สร้างความร่วมมือ และกำกับดูแลเพื่อให้เกิดความรับผิดชอบต่อการดำเนินงาน”

กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ เริ่มจากการวิเคราะห์ปัจจัยภายในและภายนอกกรมอนามัยเชื่อมโยงกับกรอบความร่วมมือหรือพันธสัญญาาระดับโลก ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ยุทธศาสตร์การจตุรบรรพประมาณ และแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) รวมถึงแผนยุทธศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง นำมาใช้ประกอบการวางแผนยุทธศาสตร์ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ คือ ๑) การวิเคราะห์เชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Analysis) โดยวิเคราะห์สภาวะแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกเพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการกำหนดทิศทางและกลยุทธ์ ๒) การกำหนดทิศทางของกรมอนามัย (Strategic Direction Setting) ที่ต้องการมุ่งไปสู่ผลลัพธ์สูงสุดที่กรมอนามัยต้องการให้บรรลุ ได้แก่ การกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ วัฒนธรรม องค์กร และเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ ๓) การพัฒนายุทธศาสตร์ (Strategy Development) เพื่อกำหนดกลยุทธ์หรือแนวทาง วิธีการ และเป็นสิ่งที่กรมอนามัยจะมุ่งเน้น/ให้ความสำคัญ เพื่อให้กรมอนามัยสามารถบรรลุในทิศทางหรือผลลัพธ์ที่ต้องการ ๔) การสื่อสารและถ่ายทอดยุทธศาสตร์

(Strategy Communication and Translation) ในรูปแบบที่สามารถทำความเข้าใจได้ง่ายสำหรับบุคลากรทุกระดับในองค์กร เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติต่อไป

จากกระบวนการดังกล่าวข้างต้น ทำให้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ สำเร็จเป็นรูปธรรม ประกอบด้วย วิสัยทัศน์ พันธกิจ วัฒนธรรมองค์กร เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดและเป้าหมาย แนวทางการนำแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ และแนวทางการติดตาม ประเมินผล ดังแสดงในภาพที่ ๑



ภาพที่ ๑ กรอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
 ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทนำ	ก
บทสรุปผู้บริหาร	ง
สารบัญ	๗
สารบัญภาพ.....	ฉ
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฎ
ส่วนที่ ๑ กรอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม	๑
ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔)	๑
❖ กรอบแนวคิดการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔).....	๑
❖ นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง	๔
❖ บริบทการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม	๒๓
๑. บริบทการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย.....	๒๓
๑.๑ กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี)	๒๓
๑.๒ กลุ่มเด็กวัยเรียน (๕-๑๔ ปี)	๒๗
๑.๓ กลุ่มวัยรุ่น (๑๕-๒๑ ปี)	๒๘
๑.๔ กลุ่มวัยทำงาน (๑๕-๕๙ ปี).....	๓๐
๑.๕ กลุ่มผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป).....	๓๑
๒. บริบทด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	๓๔
ส่วนที่ ๒ บริบทของกรมอนามัย.....	๔๑

ส่วนที่ ๓ ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ ๖๓

ส่วนที่ ๔ แนวทางการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ ๘๑

ส่วนที่ ๕ แนวทางการติดตามและประเมินผล ๘๕

ภาคผนวก ๑ ขั้นตอนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔)..... ๙๐

ภาคผนวก ๒ คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔)..... ๙๒

ภาคผนวก ๓ คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการบริหารการเปลี่ยนแปลงด้านวิชาการและพัฒนาศักยภาพ ๖ กลุ่ม และคณะกรรมการสนับสนุนการบริหารการเปลี่ยนแปลง ๓ กลุ่ม (เพิ่มเติม)..... ๙๕

ภาคผนวก ๔ คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์และคณะจัดทำแผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย๑๐๑

บรรณานุกรม.....๑๐๔

สารบัญภาพ

ภาพที่ ๑	กรอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตาม แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	๑
ภาพที่ ๒	กรอบแนวคิดการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัย สิ่งแวดล้อมฯ	๓
ภาพที่ ๓	ยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ของกระทรวงสาธารณสุข	๑๗
ภาพที่ ๔	นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง	๑๘
ภาพที่ ๕	สรุปประเด็นสำคัญจากนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับโลกที่มีผลต่อการดำเนินงานส่งเสริม สุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของกรมอนามัย	๒๐
ภาพที่ ๖	สรุปประเด็นสำคัญจากนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับประเทศที่มีผลต่อการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของกรมอนามัย	๒๑
ภาพที่ ๗	สรุปประเด็นสำคัญจากนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับกระทรวงที่มีผลต่อการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของกรมอนามัย	๒๒
ภาพที่ ๘	โครงสร้างและระบบการกำกับดูแลภายในกรมอนามัย	๔๖
ภาพที่ ๙	การกำกับโดยองค์กรภายนอก	๔๗
ภาพที่ ๑๐	ถนนชีวิตเพื่อสุขภาพ (Life Course Approach)	๕๒
ภาพที่ ๑๑	วงล้อเพื่อการเปลี่ยนแปลงกรมอนามัย	๕๓
ภาพที่ ๑๒	กระบวนการทำงานหลักของกรมอนามัย (Core Business Process).....	๕๕
ภาพที่ ๑๓	ระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย	๕๙
ภาพที่ ๑๔	DoH Strategy Implementation Process	๘๑
ภาพที่ ๑๕	กรอบแนวทางการถ่ายทอดตัวชี้วัดและเป้าหมายกรมอนามัยสู่ระดับ Cluster ระดับ หน่วยงานและระดับบุคคล กรมอนามัย	๘๓
ภาพที่ ๑๖	แผนที่ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ภายใต้ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ	๘๔
ภาพที่ ๑๗	การติดตามและประเมินผลกรมอนามัย	๘๖

สารบัญตาราง

ตารางที่ ๑	สรุปการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก.....	๕
ตารางที่ ๒	ยุทธศาสตร์หลัก ๔ ยุทธศาสตร์ ๑๖ แผนงาน ของกระทรวงสาธารณสุข	๑๗
ตารางที่ ๓	เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ และกลยุทธ์/มาตรการ ของกรมอนามัย.....	๖๔

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ ๑ อัตราการตายมารดาไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ระดับประเทศ (กรมอนามัย).....	๒๓
แผนภูมิที่ ๒ ร้อยละพัฒนาการรวมทุกด้านของเด็กอายุ ๐-๕ ปี จำแนกตามเขตบริการสุขภาพ ปี ๒๕๕๗	๒๔
แผนภูมิที่ ๓ แสดงอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน ภาวะโลหิตจางในหญิงวัยเจริญพันธุ์ และอัตราน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม.....	๒๕
แผนภูมิที่ ๔ แสดงภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม อ้วน ในเด็กอายุ ๐-๕ ปี.....	๒๖
แผนภูมิที่ ๕ เด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน งามที่ ๑ และ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙.....	๒๗
แผนภูมิที่ ๖ แสดงผลกระทบจากพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุไทย.....	๓๒
แผนภูมิที่ ๗ แสดงการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.....	๓๓
แผนภูมิที่ ๘ ความสัมพันธ์ระหว่างส่วนกลางกับพื้นที่.....	๕๒

ส่วนที่ ๑

กรอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔)

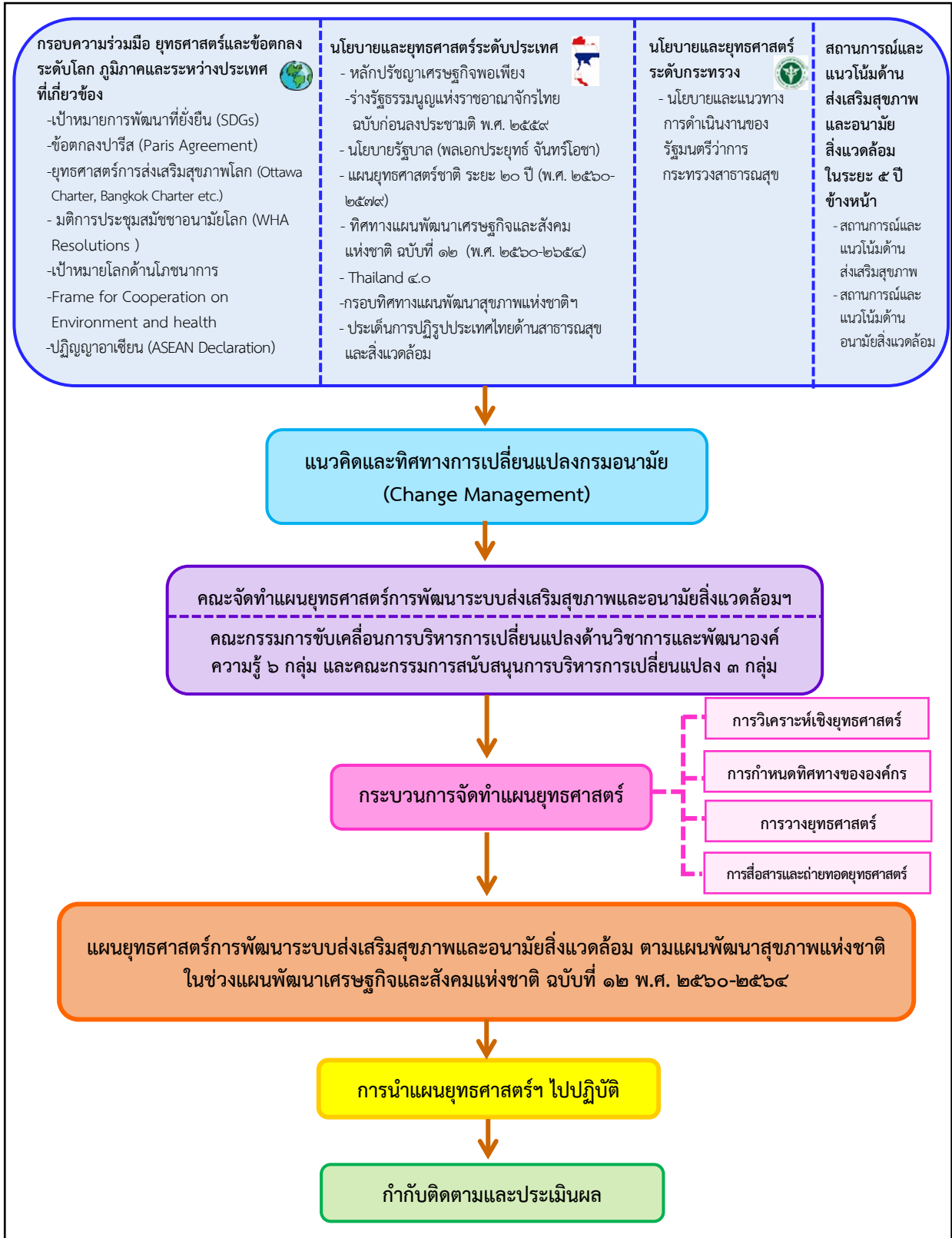
❖ กรอบแนวคิดการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔)

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ จัดทำขึ้นโดยมีกระบวนการที่สำคัญตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมวด ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ คือ ๑) การวิเคราะห์เชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Analysis) โดยวิเคราะห์สถานะแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกเพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการกำหนดทิศทางและกลยุทธ์ ๒) การกำหนดทิศทางขององค์กร (Strategic Direction Setting) ที่ต้องการมุ่งไปสู่ผลลัพธ์สูงสุดที่กรมอนามัยต้องการให้บรรลุ ได้แก่ การกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ วัฒนธรรมองค์กร ประเด็นยุทธศาสตร์ และเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ ๓) การพัฒนายุทธศาสตร์ (Strategic Development) เพื่อกำหนดกลยุทธ์หรือแนวทาง วิธีการ และเป็นสิ่งที่กรมอนามัยจะมุ่งเน้น/ให้ความสำคัญ เพื่อให้กรมอนามัยสามารถบรรลุในทิศทางหรือผลลัพธ์ที่ต้องการ และ ๔) การสื่อสารและถ่ายทอดยุทธศาสตร์ (Strategic Communication and Translation) ในรูปแบบที่สามารถทำความเข้าใจได้ง่ายสำหรับบุคลากรทุกระดับในองค์กร เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติต่อไปซึ่งกรมอนามัยกำหนดรายละเอียดต่าง ๆ ของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ และลำดับความเชื่อมโยงตามแนวทางของสำนักงาน ก.พ.ร. โดยเริ่มจากวิสัยทัศน์สู่พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย รวมถึงกลยุทธ์ในการดำเนินการ

ในการวิเคราะห์เชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Analysis) นอกจากการวิเคราะห์สถานะแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกแล้ว กรมอนามัยได้นำข้อมูลต่าง ๆ มาพิจารณาเพื่อประกอบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ ประกอบด้วย กรอบความร่วมมือหรือพันธะสัญญาระดับโลก เช่น เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs), ข้อตกลงปารีส (Paris Agreement), เป้าหมายโลกด้านโภชนาการ (Global Nutrition Target)

และกรอบความร่วมมือด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ข้อมูลระดับประเทศ เช่น หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับก่อนลงประชามติ พ.ศ. ๒๕๕๙ นโยบายรัฐบาล (พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา), ประเทศไทย ๔.๐, กรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี, ทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔), ทิศทางแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔), ประเด็นการปฏิรูปประเทศไทยด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ข้อมูลระดับกระทรวงสาธารณสุข เช่น นโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข และร่างกรอบทิศทางแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔

การกำหนดทิศทางขององค์กร (Strategic Direction Setting) กรมอนามัยได้กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และวัฒนธรรมองค์กร โดยการมีส่วนร่วมของผู้บริหาร นักวิชาการ และบุคลากร กรมอนามัย และมีกลไกในการจัดทำรายละเอียดของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ ในรูปแบบของคณะจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ คณะกรรมการขับเคลื่อนการบริหารการเปลี่ยนแปลงด้านวิชาการและพัฒนางานความรู้ ๖ กลุ่ม (กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย, กลุ่มวัยเรียน, กลุ่มวัยรุ่น, กลุ่มวัยทำงาน, กลุ่มวัยสูงอายุ และกลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อม) และคณะกรรมการสนับสนุนการบริหารการเปลี่ยนแปลง ๓ กลุ่ม (กลุ่ม ๑ คณะกรรมการยุทธศาสตร์กำลังคน (HR Strategy), กลุ่ม ๒ คณะกรรมการบูรณาการจัดการความรู้ ข้อมูลและการเฝ้าระวัง (KM & IT Surveillance) และกลุ่ม ๓ คณะกรรมการคลังและงบประมาณ (FIN) เพื่อวางยุทธศาสตร์ (Strategic Development) โดยกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์หรือประเด็นหลักที่ต้องคำนึงถึง/พัฒนา/หรือมุ่งเน้น มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดและเป้าหมายรองรับ รวมถึงกลยุทธ์และมาตรการที่จะส่งผลให้กรมอนามัยบรรลุวิสัยทัศน์ นอกจากนี้ ยังแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ ผ่านการสื่อสารและถ่ายทอด (Strategic Communication and Translation) ให้หน่วยงานจัดทำแผนปฏิบัติการ บริหารความเสี่ยง แผนงาน/โครงการสำคัญ ถ่ายทอดตัวชี้วัดและเป้าหมายสู่ระดับบุคคล ตลอดจนกำหนดแนวทางการกำกับติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ ซึ่งกรอบแนวคิดในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ แสดงดังภาพที่ ๒



ภาพที่ ๒ กรอบแนวคิดการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ

❖ นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง

ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ กรมอนามัยได้นำข้อมูลนโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องส่งผลต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของกรมอนามัยมาประกอบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ ทั้งนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับโลก ระดับประเทศ และระดับกระทรวง ดังนี้

ระดับโลก

๑. เป้าหมายการพัฒนายั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) (United Nations in Thailand, ๒๐๑๕) จัดทำขึ้นภายหลังการสิ้นสุดเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals : MDGs) เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยองค์การสหประชาชาติ กำหนดขึ้นภายใต้กรอบความคิดที่มองการพัฒนาเป็นมิติ (Dimensions) ของเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ให้มีความเชื่อมโยงกันใช้เป็นทิศทางการพัฒนาตั้งแต่เดือนกันยายน ๒๕๕๘ ถึงเดือนสิงหาคม ๒๕๗๓ ครอบคลุมระยะเวลา ๑๕ ปี ประกอบไปด้วย ๑๗ เป้าหมาย ๑๖๙ ตัวชี้วัด

๒. กรอบความร่วมมือด้านอนามัยและสิ่งแวดล้อมของ ๑๔ ประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียตะวันออก (สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ, ๒๕๕๙) (Charter of the Regional Forum on Environment and Health Southeast and East Asian Countries-Framework for Cooperation) เป็นกรอบความร่วมมือที่เน้นให้ประเทศสมาชิกมีการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการด้วยปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีความรุนแรงและซับซ้อนข้ามพรมแดนได้สามารถนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพของประชาชนในภูมิภาค ประเด็นการดำเนินงานที่ได้รับความสำคัญ เช่น ปัญหาคุณภาพอากาศ การจัดการขยะมูลฝอย น้ำดื่มสะอาด การสุขาภิบาล การจัดการสารเคมี การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นต้น กรอบความร่วมมือฯ กำหนดให้ประเทศสมาชิกมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับประเทศที่เชื่อมโยงและบูรณาการงานด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ และให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบปฏิบัติที่ดีระหว่างประเทศ บทบาทของประเทศไทยภายใต้ความร่วมมือดังกล่าว ได้แก่ การเข้าร่วมประชุมรัฐมนตรีด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมฯ ซึ่งจัดประชุมทุก ๓ ปี การเข้าร่วมประชุมเจ้าหน้าที่ระดับอาวุโส จัดประชุมทุก ๆ ๑ ปี ๖ เดือน และการเข้าร่วมเป็นสมาชิกคณะทำงานวิชาการระดับภูมิภาคฯ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า

กรอบความร่วมมือระหว่างประเทศต่าง ๆ สามารถนำมาซึ่งโอกาสของการพัฒนาตนเองและการแสดงบทบาทไทยในเวทีโลก ซึ่งกรมอนามัยควรเร่งรัดพัฒนาตนเองให้สามารถใช้โอกาสต่าง ๆ เหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. การประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลก

การประชุมการส่งเสริมสุขภาพระดับโลก (Global Health Promotion Conference) (World Health Organization, ๒๐๑๖) ในแต่ละครั้งผลสรุปจากการประชุมล้วนมีผลต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทยทั้งสิ้น ดังตารางสรุปการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกจากครั้งที่ ๑ ถึงครั้งที่ ๘

ตารางที่ ๑ สรุปการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก

การประชุม	สาระสำคัญ	ประเด็นหลัก
๑. ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๒๙ กรุงออกตาวา ประเทศแคนาดา	๑. ประกาศกฎบัตรออกตาวา กำหนดยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพเพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ๒. กำหนดนิยามการส่งเสริมสุขภาพ “เป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง”	๑. กำหนดกลยุทธ์สำคัญ ๕ ประการ ๑.๑ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Construct a healthy public policy) ๑.๒ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ (Create supportive environment) ๑.๓ การเสริมสร้างการทำงานของชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen community action) ๑.๔ การพัฒนาทักษะบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ (Develop personal skills) ๑.๕ การปรับเปลี่ยนการบริการสุขภาพ (Reorient health services)

การประชุม	สาระสำคัญ	ประเด็นหลัก
๒. ครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๓๑ เมืองแอตลีเคค ประเทศออสเตรเลีย	การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่องนโยบายสาธารณสุขและขอบเขตการส่งเสริมสุขภาพที่ประเทศสมาชิกควรนำไปปฏิบัติ	๑. การส่งเสริมสุขภาพสตรี ๒. อาหารและโภชนาการ ๓. บุหรี่และแอลกอฮอล์ ๔. การสร้างสิ่งแวดล้อม
๓. ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๓๔ เมืองซันด์สวาลส์ ประเทศสวีเดน	สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ	๑. การให้ความสำคัญต่อนโยบายด้านสุขภาพ ๒. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพต้องพิจารณาในหลายมิติ เช่น เศรษฐกิจ สังคม การเมือง ฯลฯ ๓. ครอบคลุม สิ่งแวดล้อมในบ้าน ชุมชน อาชีพ ฯลฯ
๔. ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๔๐ กรุงจาการ์ ประเทศอินโดนีเซีย	การสร้างภาคีเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ ๒๑	๑. ลำดับความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ ๑.๑ การส่งเสริมความรับผิดชอบของสังคมต่อสุขภาพ ทั้งภาครัฐและเอกชน ๑.๒ เพิ่มการลงทุนในการพัฒนาสุขภาพ ๑.๓ ขยายภาคีความร่วมมือด้านสุขภาพ ๑.๔ เพิ่มศักยภาพของบุคคลและชุมชนในการดูแลสุขภาพ ๑.๕ สร้างโครงสร้างพื้นฐาน ระดับท้องถิ่น และ ระดับชาติในการส่งเสริมสุขภาพ

การประชุม	สาระสำคัญ	ประเด็นหลัก
๕. ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๔๓ ประเทศเม็กซิโก	การส่งเสริมสุขภาพเพื่อความเท่าเทียมด้านภาวะสุขภาพโดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส “การลดช่องว่างของความไม่เสมอภาค”	การกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับประเทศสมาชิก ๑. สร้างฐานข้อมูลเชิงประจักษ์, ๒. เพิ่มการลงทุนในการพัฒนาสุขภาพ, ๓. เพิ่มความรับผิดชอบของสังคมต่อสุขภาพ, ๔. สร้างเสริมความเข้มแข็งของบุคคลและชุมชน และ ๕. เปลี่ยนระบบคิดการบริการสุขภาพที่ใช้หลักการการส่งเสริมสุขภาพ
๖. ครั้งที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๔๘ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย	หัวข้อ “Policy and Partnership for Action” ซึ่งในครั้งนี้นั้นที่ปัจจัยกำหนดสุขภาพและการระบุวิธีปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในโลกยุคโลกาภิวัตน์และทำให้เกิดคำประกาศ “กฎบัตรกรุงเทพ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพโลก”	กำหนดยุทธศาสตร์สุขภาพโลกไว้พรมแดน ๕ ประการ ๑. ชี้แนะให้การส่งเสริมสุขภาพอยู่บนพื้นฐานสิทธิมนุษยชน ๒. กำหนดนโยบาย แนวทางการปฏิบัติในการจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพ ๓. สร้างศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการพัฒนานโยบายภาวะผู้นำ องค์กรความรู้และการวิจัยด้านสุขภาพ ๔. สร้างพันธมิตรด้านสุขภาพ ทั้งภาครัฐและเอกชน ๕. การใช้มาตรการทางกฎหมายให้ทุกคนมีโอกาสเข้าถึงการมีสุขภาพที่ดี

การประชุม	สาระสำคัญ	ประเด็นหลัก
๗. ครั้งที่ ๗ พ.ศ. ๒๕๕๒ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา	เน้นการนำแนวคิดการสร้างเสริม สุขภาพสู่การปฏิบัติให้เกิดผลต่อ สุขภาพของประชาชน	โดยการจัดการช่องว่างในการ ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ ช่องว่าง ที่ให้ความสำคัญ ได้แก่ - Gap ใน Health program - Gap ใน Policy making and Intersectoral partnership - Gap ใน Health system
๘. ครั้งที่ ๘ พ.ศ. ๒๕๕๖ กรุงเฮลซิงกิ ประเทศเดนมาร์ก	เน้นการกำหนดประเด็นด้าน สุขภาพไว้ในทุกนโยบายของ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง “Health in All Policies : HiAP”	มุ่งที่การดำเนินงานของภาครัฐเพื่อ ส่งเสริมสุขภาพและความเท่าเทียม กันของประชาชน ในสังคมการกระจาย อำนาจรัฐและการดำเนินการ ส่งเสริมสุขภาพในทุกระดับ

๔. ข้อตกลงปารีส (Paris Agreement)

การประชุมรัฐภาคีกรอบอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ครั้งที่ ๒๑ (COP๒๑) (องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน), ๒๕๕๙) ณ กรุงปารีส สาธารณรัฐฝรั่งเศส ได้รับรองความตกลงปารีส (Paris Agreement) เมื่อวันที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๕๘ โดยเป็นตราสารกฎหมายที่รับรองภายใต้กรอบอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศฉบับล่าสุดต่อจากพิธีสารเกียวโต เพื่อกำหนดกฎกติการะหว่างประเทศที่มีความมุ่งมั่นมากยิ่งขึ้นสำหรับการมีส่วนร่วมของภาคีในการแก้ไขปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

โดยที่ประชุมได้เห็นชอบต่อข้อตกลงใหม่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศของโลก โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

๑) ควบคุมการเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิเฉลี่ยของโลกให้ต่ำกว่า ๒ องศาเซลเซียส เมื่อเทียบกับยุคก่อนอุตสาหกรรมและมุ่งพยายามควบคุมการเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิไม่ให้เกิน ๑.๕ องศาเซลเซียส เมื่อเทียบกับยุคก่อนอุตสาหกรรม โดยคำนึงว่าการดำเนินการตามนี้จะลดความเสี่ยงและผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศได้อย่างมีนัยสำคัญ

๒) เพิ่มขีดความสามารถในการปรับตัวต่อผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และการส่งเสริมการสร้างภูมิคุ้มกันและความสามารถในการฟื้นตัวจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และการพัฒนาประเทศที่ปล่อยก๊าซเรือนกระจกต่ำโดยไม่กระทบต่อการผลิตอาหาร

๓) ทำให้เกิดเงินทุนหมุนเวียนที่มีความสอดคล้องกับแนวทางที่นำไปสู่การพัฒนาที่ปล่อยก๊าซเรือนกระจกต่ำและการพัฒนาให้มีภูมิคุ้มกันและความสามารถในการฟื้นตัวจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

ประเทศไทยร่วมกับอีก ๑๗๔ ประเทศ ได้ให้สัตยาบันภายใต้ข้อตกลงนี้และต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงานต่าง ๆ เพื่อให้ข้อตกลงบรรลุวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดร่วมกันเพื่อลดความเสี่ยงและผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

๕. เป้าหมายโลกด้านโภชนาการ (Global Nutrition Target)

ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก ได้ตั้งเป้าหมายโภชนาการระดับโลก ปี พ.ศ. ๒๕๖๘ (WHA Global Nutrition Targets 2025) (World Health Organization, ๒๕๕๙) ประกอบด้วยเป้าหมาย ๖ ตัวชี้วัด ได้แก่ ๑) ลดปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์และหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ ๑๕-๔๙ ปี) ๒) ลดอัตราการน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ๓) ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน ๖ เดือน ๔) ลดปัญหาภาวะเตี้ย ๕) ลดปัญหาภาวะผอม ๖) ปัญหาภาวะน้ำหนักเกินในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปีไม่เพิ่มขึ้น

๖. ปฏิญญาอาเซียน (ASEAN Declaration)

ปฏิญญาอาเซียน หรือ ปฏิญญากรุงเทพ (Bangkok Declaration) (กรมอาเซียน กระทรวงการต่างประเทศ) เป็นเอกสารในการก่อตั้งสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งได้รับการลงนาม ณ กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ ๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๑๐ โดยในขณะนั้นมีสมาชิกผู้ก่อตั้งจำนวน ๕ ประเทศ ได้แก่ ไทย อินโดนีเซีย สิงคโปร์ มาเลเซีย และฟิลิปปินส์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะสกัดการแพร่ขยายของลัทธิคอมมิวนิสต์ในเวียดนาม โดยกำหนดหลักการเบื้องต้นของอาเซียน เช่น การร่วมมือกัน มิตรภาพ และการไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับสถานการณ์ภายในประเทศสมาชิกทั้งหมด วันดังกล่าวมีการจัดการเฉลิมฉลองเป็นวันอาเซียน

ปฏิญญาอาเซียน (The ASEAN Declaration) ได้ระบุว่า เป้าหมายและจุดประสงค์ของอาเซียน คือ

๑) เร่งรัดการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ความก้าวหน้าทางสังคม และการพัฒนาวัฒนธรรม ในภูมิภาค

๒) ส่งเสริมสันติภาพและเสถียรภาพในภูมิภาค โดยการเคารพหลักความยุติธรรมและหลักนิติธรรมในการดำเนินความสัมพันธ์ระหว่างประเทศในภูมิภาค ตลอดจนยึดมั่นในหลักการแห่งกฎบัตรสหประชาชาติ

๓) ส่งเสริมให้มีความร่วมมืออย่างจริงจังและความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในเรื่องที่มีผลประโยชน์ร่วมกันทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม วิชาการ วิทยาศาสตร์ และการบริหาร

๔) จัดให้มีความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในรูปของการอำนวยความสะดวก การฝึกอบรมและวิจัยด้านการศึกษา วิชาชีพ วิชาการ และการบริหาร

๕) ร่วมมืออย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นเพื่อการใช้ประโยชน์มากขึ้นในการเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม การขยายการค้า รวมทั้งการศึกษาปัญหาในเรื่องการค้าระหว่างประเทศเกี่ยวกับ โภคภัณฑ์ การปรับปรุงบริการ ความสะดวกเกี่ยวกับการขนส่งและคมนาคม และการยกระดับการครองชีพของประชาชนของตน

๖) ส่งเสริมการศึกษาเกี่ยวกับเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

๗) ดำรงความร่วมมืออย่างใกล้ชิดกับองค์การระหว่างประเทศและระดับภูมิภาคที่มีความมุ่งหมายและมุ่งประสงค์คล้ายคลึงกันและที่จะแสวงหาช่องทางทั้งหลายเพื่อให้ความร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างกัน

ระดับประเทศ

๑. หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

กรอบหลักการของการวางแผนยุทธศาสตร์ ได้น้อมนำและประยุกต์ใช้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ๒๕๕๐) ประกอบด้วย ๓ ท่วง คือ ความพอประมาณ ความมีเหตุผล และการมีภูมิคุ้มกันที่ดี ซึ่งการตัดสินใจและการกระทำต่างๆ ให้อยู่ในระดับพอเพียงนั้นต้องอาศัย ๒ เงื่อนไข ได้แก่ เงื่อนไขความรู้ (ความรู้รอบรู้ ความรอบคอบ และความระมัดระวังในการดำเนินชีวิตและการประกอบการงาน) และเงื่อนไขคุณธรรม (ความซื่อสัตย์สุจริต ความอดทน มีความเพียร และใช้สติปัญญาในการดำเนินชีวิต) โดยยึดคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม การพัฒนาที่ยืดหลักสมดุลและยั่งยืนเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงในทุกด้านทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ความรู้ และเทคโนโลยี

๒. ร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับก่อนลงประชามติ พ.ศ. ๒๕๕๙
(สำนักงานคณะกรรมการการเลือกตั้ง, ๒๕๕๙) ประกาศออกมาอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ ๒๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ ประกอบด้วย ๒๗๙ มาตรา จำนวน ๑๐๕ หน้า แบ่งเป็น ๑๖ หมวด คือ ๑) บททั่วไป, ๒) พระมหากษัตริย์, ๓) สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย, ๔) หน้าที่ของปวงชนชาวไทย, ๕) หน้าที่ของรัฐ, ๖) แนวนโยบายแห่งรัฐ, ๗) รัฐสภา, ๘) ครม., ๙) การขัดกันแห่งผลประโยชน์, ๑๐) ศาล, ๑๑) ศาลรัฐธรรมนูญ, ๑๒) องค์การอิสระ, ๑๓) องค์การอัยการ, ๑๔) การปกครองท้องถิ่น, ๑๕) การแก้ไขเพิ่มเติมรัฐธรรมนูญ, ๑๖) การปฏิรูปประเทศ และบทเฉพาะกาล

๓. นโยบายรัฐบาล (พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา) แถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๕๗ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, ๒๕๕๗) ประกอบด้วยนโยบาย ๑๑ ด้าน คือ ๑) การปกป้องเขตสุขภาพอันพระมหากษัตริย์, ๒) การรักษาความมั่นคงของรัฐและการต่างประเทศ, ๓) การลดความเหลื่อมล้ำของสังคมและการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ, ๔) การศึกษาและเรียนรู้การทฤษฎีความรู้ทางศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรม, ๕) การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชน, ๖) การเพิ่มศักยภาพทางเศรษฐกิจของประเทศ, ๗) การส่งเสริมบทบาทและการใช้โอกาสในประชาคมอาเซียน, ๘) การพัฒนาและการส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี การวิจัยและพัฒนา และนวัตกรรม, ๙) การรักษาความมั่นคงของฐานทรัพยากรและการสร้างสมดุลระหว่างการอนุรักษ์กับการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน, ๑๐) การส่งเสริมการบริหารราชการแผ่นดินที่มีธรรมาภิบาลและการป้องกันปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบในภาครัฐ และ ๑๑) การปรับปรุงกฎหมายและกระบวนการยุติธรรม

๔. ประเทศไทย ๔.๐

ประเทศไทยในอดีตที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่องตั้งแต่โมเดล “ประเทศไทย ๑.๐” ที่เน้นภาคการเกษตรไปสู่ “ประเทศไทย ๒.๐” ที่เน้นอุตสาหกรรมเบา และก้าวสู่ “โมเดลประเทศไทย ๓.๐” ในปัจจุบันที่เน้นอุตสาหกรรมหนักแต่ภายใต้ “โมเดลประเทศไทย ๓.๐” นั้นต้องเผชิญกับกับดักประเทศรายได้ปานกลาง กับดักความเหลื่อมล้ำของความมั่งคั่ง และกับดักความไม่สมดุลในการพัฒนา จึงเป็นประเด็นที่รัฐบาลต้องสร้างโมเดลใหม่ขึ้นมาเพื่อปฏิรูปเศรษฐกิจของประเทศและนำพาประชาชนทั้งประเทศไปสู่โมเดลประเทศไทย ๔.๐ (เมชินทรีย์, ๒๕๕๙)

ประเทศไทย ๔.๐ จึงเป็นการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเศรษฐกิจ ไปสู่ “Value-Based Economy” หรือเศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรมโดยกระบวนทัศน์ในการพัฒนาประเทศไทยใต้ประเทศไทย ๔.๐ มี ๓ ประเด็นสำคัญ คือ ๑) เป็นจุดเริ่มต้นของยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ในการขับเคลื่อนไปสู่การเป็นประเทศที่มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน อย่างเป็นรูปธรรม ๒) เป็น “Reform in Action” ที่มีการผลักดันการปฏิรูปโครงสร้างเศรษฐกิจ การปฏิรูปการวิจัยและการพัฒนา และการปฏิรูปการศึกษาไปพร้อม ๆ กัน และ ๓) เป็นการผนึกกำลังของทุกภาคส่วนภายใต้แนวคิด “ประชารัฐ” โดยเป็นประชารัฐที่ผนึกกำลังกับเครือข่ายพันธมิตรทางธุรกิจ การวิจัยพัฒนา และบุคลากรระดับโลก ภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของการรู้จักเติม รู้จักพอ และรู้จักแบ่งปัน

กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทต่อโมเดลประเทศไทย ๔.๐ ในการเปลี่ยนกลไก (Growth Engines) การขับเคลื่อนประเทศ ดังนี้

๑) สร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม (Inclusive Growth Engine) เปลี่ยนจาก “การรวยกระจุก” เป็น “การรวยกระจาย” ต้องทำให้ความมั่งคั่งที่เพิ่มขึ้นเกิดการกระจายตัว (Distributed Capitalism) ภายใต้แนวคิด “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง สร้างสังคมเป็นธรรม และเข้มแข็ง” การเข้าถึงบริการทางสังคมของรัฐอย่างมีคุณภาพ ทัวถึง และเป็นธรรม จัดรูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการทางสังคมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นและเหมาะสมตามกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งการลดความเหลื่อมล้ำทำได้ ๒ ด้าน คือ การเพิ่มรายได้และลดรายจ่าย กระทรวงสาธารณสุขมีส่วนช่วยในการลดรายจ่ายโดยเฉพาะการลดความเหลื่อมล้ำด้านโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ นอกจากนี้ ยังรวมถึงการบูรณาการกับกระทรวงที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ และการรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต โดยกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทอย่างมากในการรวมพลังองค์กรด้านนี้ของประเทศ ทั้งด้านการวิจัย การพัฒนาด้านสังคม เป็นต้น ทำหน้าที่เป็นแกนหลักรวบรวมกระทรวงที่เกี่ยวข้อง มหาวิทยาลัย และภาคเอกชน ในการกำหนดยุทธศาสตร์การทำงาน วางแผนการทำงานร่วมกัน เสนอของบประมาณร่วมกัน ดำเนินการลักษณะ “ประชารัฐ” ที่มีผู้รับผิดชอบงบประมาณ แผน และกิจกรรมรองรับที่ชัดเจนเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่ยากไร้ในชนบทและในเมืองให้ได้รับการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม

๒) สร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจและแข่งขันได้อย่างยั่งยืน (Competitive Growth Engine) เปลี่ยนจากการทำมากได้น้อย (More for Less) เป็น ทำน้อยได้มาก (Less for More) โดยการเติมเต็มปัญญา (เทคโนโลยีและความคิดสร้างสรรค์) เพื่อไปสู่เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วย

นวัตกรรม (Innovation Driven Economy) ภายใต้แนวคิด “พัฒนาเศรษฐกิจให้เข้มแข็งและทั่วถึง เพื่อมุ่งสู่การมีรายได้สูง อย่างมีเสถียรภาพ เป็นธรรม และยั่งยืน ด้วยนวัตกรรม” เป็นการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน โดยเฉพาะหลังจากรัฐบาลประกาศนโยบายส่งเสริมการลงทุนในอุตสาหกรรมที่เป็นอนาคตซึ่งมีอุตสาหกรรมที่กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นแกนหลักได้ เช่น ศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) สุขภาพและความงาม (Health and Spa) ไม่เพียงแต่ดึงดูดต่างชาติมาลงทุนเท่านั้นแต่จะต้องพัฒนาเป็นคลัสเตอร์ (Cluster) เพื่อยกระดับให้ประเทศมีอุตสาหกรรมที่สูงขึ้น

๓) การเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Green Growth Engine) เปลี่ยนจากการพัฒนาที่ไม่สมดุลเป็นการพัฒนาที่สมดุลเพื่อตอบโจทย์ Sustainable Development ภายใต้แนวคิด “คืนสมดุลสู่ธรรมชาติ เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน” แก้ไขปัญหาวิกฤตสิ่งแวดล้อมโดยเร่งรัดแก้ไขปัญหามลพิษ การจัดการขยะ ลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก พัฒนาการผลิตให้มีประสิทธิภาพ ลดการใช้พลังงาน เพื่อปรับตัวไปสู่รูปแบบของการผลิตและการบริโภคคาร์บอนต่ำ และเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมมากขึ้น รวมทั้งยกระดับความสามารถในการป้องกันผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและภัยพิบัติ

๕. กรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๙) คณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติได้ยกร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๙) โดยกำหนดวิสัยทัศน์ในกรอบยุทธศาสตร์ชาติไว้ว่า “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” หรือเป็นคติพจน์ประจำชาติว่า “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” ประกอบด้วย ๖ ยุทธศาสตร์ คือ ๑) ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคง (Stable & Secure), ๒) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน (Innovative & Creative), ๓) ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน, ๔) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม (Inclusive), ๕) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม (Green Growth) และ ๖) ยุทธศาสตร์ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ (Good Governance)

๖. ทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้กำหนดทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) โดยมียุทธศาสตร์หลัก ๑๐ ยุทธศาสตร์

ประกอบด้วย ๑) ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพมนุษย์, ๒) ยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรมลดความเหลื่อมล้ำในสังคม, ๓) ยุทธศาสตร์การสร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจและแข่งขันได้อย่างยั่งยืน, ๔) ยุทธศาสตร์ด้านการเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน ๕) ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคง, ๖) ยุทธศาสตร์ด้านการเพิ่มประสิทธิภาพและธรรมาภิบาลในภาครัฐ, ๗) ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและระบบโลจิสติกส์, ๘) ยุทธศาสตร์ด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรม, ๙) ยุทธศาสตร์การพัฒนาภาค เมือง และพื้นที่เศรษฐกิจ และ ๑๐) ยุทธศาสตร์ด้านการต่างประเทศ ประเทศเพื่อนบ้าน และภูมิภาค

๗. ร่างกรอบทิศทางแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ จัดทำขึ้นเพื่อชี้แนะทิศทางการพัฒนาสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ ด้วยปรัชญา“เศรษฐกิจพอเพียง”กับแนวคิด “สุขภาพพอเพียงและสุขภาวะ” โดย “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนามีส่วนร่วมและมีพื้นที่เป็นฐาน” ภายใต้ระบบสุขภาพพอเพียง “ระบบสุขภาพหนึ่งเดียวแบบองค์รวมไร้รอยต่อเป็นธรรมและมั่นคงทางสุขภาพ” มุ่งพัฒนาสู่ “สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข” สร้าง “ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” ให้กับประเทศไทยกำหนดวิสัยทัศน์ คือ ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดี อายุยืนยาว มีหลักประกันสุขภาพ เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ สร้างเสริมสุขภาพ ได้รับการคุ้มครองทางสุขภาพ อยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ดี สร้างประเทศไทยให้มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน มี ๗ ยุทธศาสตร์หลักในการพัฒนา ประกอบด้วย ๑) การสร้างหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมเท่าเทียมและเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการพื้นฐานและขั้นสูงที่จำเป็น, ๒) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีขีดความสามารถสูง และมีประสิทธิภาพ, ๓) การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และคุณภาพชีวิตของประชากรตลอดช่วงชีวิต, ๔) การคุ้มครอง จัดการโรค และภัยคุกคามสุขภาพลดผลกระทบ สร้างเศรษฐกิจและสังคมที่เป็นมิตรกับผู้บริโภคและสิ่งแวดล้อม, ๕) การสร้างพันธมิตรทางด้านสุขภาพระหว่างประเทศเพื่อนบ้าน ระดับภูมิภาค และระดับโลกได้อย่างทัดเทียมและก้าวไกล, ๖) การวิจัย พัฒนา ลงทุนด้านผลิตภัณฑ์เทคโนโลยี และธุรกิจสุขภาพให้สามารถแข่งขัน พึ่งตนเอง ลดการนำเข้า และเสริมสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจก้าวสู่ประเทศรายได้สูง และ ๗) การปฏิรูประบบบริหารจัดการและการอภิบาลระบบสุขภาพที่มั่นคงและยั่งยืน

๘. ประเด็นการปฏิรูปประเทศไทยด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช ๒๕๕๗ ได้กำหนดให้มีการปฏิรูปประเทศ ซึ่งการปฏิรูประบบสาธารณสุขเป็นหนึ่งใน การปฏิรูปประเทศจำนวน ๑๑ ด้านที่สำคัญ เพื่อผลักดันให้ประชาชนมีความเป็นอยู่และมีระบบสาธารณสุขที่ดีขึ้นโดยมีการสรุปประเด็นปัญหาด้านสาธารณสุขและข้อเสนอแนะในเรื่องต่อไปนี้ ๑) ปัญหาความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนประกันสังคม กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒) ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพ และการจ้างงานที่เป็นธรรม, ๓) ปัญหาด้านระบบบริการสุขภาพและการอภิบาลระบบสุขภาพ, ๔) ปัญหาด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการจัดการกับภัยคุกคามสุขภาพ ส่วนประเด็นปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ๑) ปัญหาป่าไม้, ๒) ปัญหากัดเซาะชายฝั่ง, ๓) ปัญหาอุทกภัยและภัยแล้ง และ ๔) ปัญหาขยะและน้ำเสีย

๙. ยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณ

ยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ประกอบด้วย ๖ ยุทธศาสตร์ ๑ รายการ ดังนี้

- ๑) ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคงและการต่างประเทศ
- ๒) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขันของประเทศ
- ๓) ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน
- ๔) ยุทธศาสตร์ด้านการแก้ไขปัญหาความยากจน ลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างการเติบโตจากภายใน
- ๕) ยุทธศาสตร์ด้านการจัดการน้ำและสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน
- ๖) ยุทธศาสตร์ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐ
- ๗) รายการค่าดำเนินการภาครัฐ

ระดับกระทรวงสาธารณสุข

๑. นโยบายและแนวทางการดำเนินงานของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร) ได้มอบนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน ณ วันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๕๘ ประกอบด้วย ๑) ให้ความสำคัญสูงสุดต่อการพัฒนาสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติ, ๒) บูรณาการองค์ประกอบและบทบาทเขตสุขภาพ, ๓) พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย,

๔) เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการของหน่วยงานทุกระดับ, ๕) ให้ความสำคัญในการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข, ๖) วิจัยและพัฒนาเพื่อส่งเสริมภูมิปัญญาไทยและสมุนไพรไทย, ๗) เร่งรัดปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบกฎเกณฑ์ ให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุข และ ๘) สนับสนุนกลไกการทำงานสาธารณสุข

๒. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) กระทรวงสาธารณสุขภายใต้การนำของศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) โดยนำกรอบแนวคิดประเทศไทย ๔.๐ สร้างเศรษฐกิจใหม่ ก้าวข้ามกับดักรายได้ปานกลาง, เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals – SDGs by 2030), การปฏิรูปประเทศไทยด้านสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม, นโยบายรัฐบาล ๑๐ ข้อ (นายกรัฐมนตรี พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา), ร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ๒๕๕๙, ร่างยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๙), การบูรณาการระดับชาติ และการปฏิรูปประเทศไทยด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม มากำหนดนโยบาย ทิศทาง เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และวางแผนในระยะยาวในด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย

๒.๑ จุดยืนองค์กร (Positioning) คือส่วนกลาง ทำหน้าที่พัฒนานโยบาย กำกับ ติดตาม ประเมินผล ส่วนภูมิภาค (เขตสุขภาพ) ให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการหน่วยบริการ และขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ

๒.๒ วิสัยทัศน์เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี

๒.๓ พันธกิจพัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วม และยั่งยืน

๒.๔ เป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

๒.๕ ค่านิยม MOPH : Mastery , Originality , People center approach, Humility (Mastery คือ เป็นนายตนเอง, Originality คือ เร่งสร้างสิ่งใหม่, People center approach คือ ใส่ใจประชาชน และ Humility คือ ถ่อมตนอ่อนน้อม)

๒.๖ ยุทธศาสตร์หลัก ๔ ยุทธศาสตร์ ๑๖ แผนงานดังภาพที่ ๓ และรายละเอียดยุทธศาสตร์ตามตารางที่ ๒



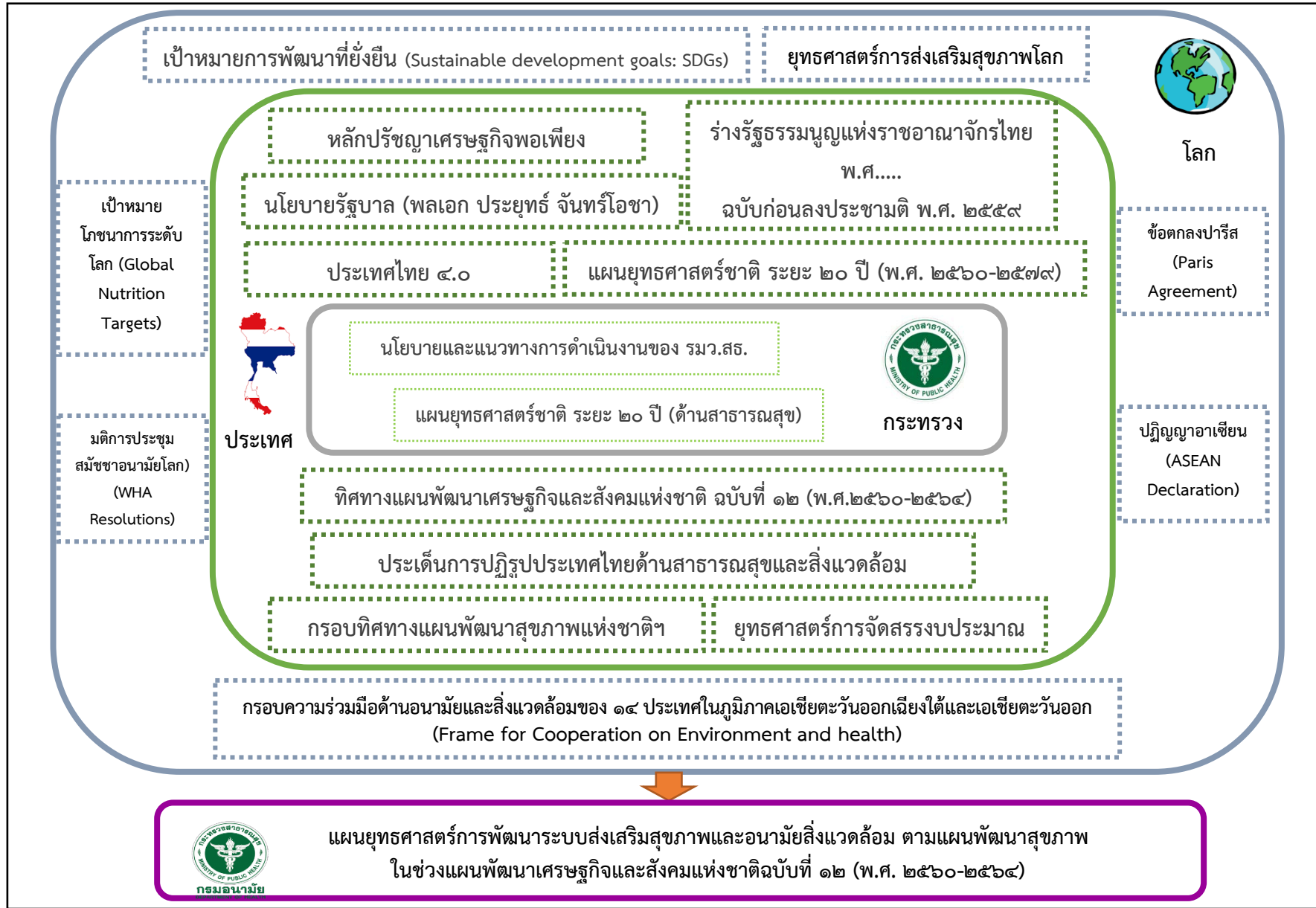
ภาพที่ ๓ ยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ของกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ ๒ ยุทธศาสตร์หลัก ๔ ยุทธศาสตร์ ๑๖ แผนงาน ของกระทรวงสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์	แผนงาน
๑) Prevention & Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)	๑.๑ พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) ๑.๒ การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ๑.๓ ความปลอดภัยด้านอาหาร ๑.๔ การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมและพัฒนาคุณภาพสถานบริการ
๒) Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)	๒.๑ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) ๒.๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ๒.๓ การบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ ๒.๔ ศูนย์กลางด้านสุขภาพ บริการ และผลิตภัณฑ์สุขภาพ นานาชาติ/เขตเศรษฐกิจพิเศษและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในชายแดนใต้

ยุทธศาสตร์	แผนงาน
๓) People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)	๓.๑ การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ (HRP) ๓.๒ การผลิตและพัฒนากำลังคน (HRD) ๓.๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (HRM) ๓.๔ แผนกำลังคนด้านสุขภาพภาคีเครือข่าย
๔) Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วย ธรรมาภิบาล)	๔.๑ ระบบข้อมูลสารสนเทศและกฎหมายด้านสุขภาพ ๔.๒ ระบบหลักประกันสุขภาพ ๔.๓ ความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์และการคุ้มครองผู้บริโภค ๔.๔ ระบบธรรมาภิบาล

จากรายละเอียดที่ได้กล่าวมาแล้ว สามารถสรุปรายการนโยบายและยุทธศาสตร์และประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับกรมอนามัยได้ดังภาพที่ ๔ ถึง ภาพที่ ๗



ภาพที่ ๔ นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง



ระดับโลก

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable development goals: SDGs)
เป้าหมายที่ ๒ ขจัดความหิวโหย บรรลุความมั่นคงทางอาหาร ปรับปรุงโภชนาการ และสนับสนุนการทำเกษตรกรรมอย่างยั่งยืน
เป้าหมายที่ ๓ สร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพและส่งเสริมสุขภาพะที่ดีของคนทุกเพศทุกวัย
เป้าหมายที่ ๖ สร้างหลักประกันให้มีน้ำใช้ และมีการบริหารจัดการน้ำและการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืนสำหรับทุกคน
เป้าหมายที่ ๑๑ ทำให้เมืองและการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์มีความปลอดภัย พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงและยั่งยืน

การประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลก (Global Health Promotion Conference)



เป้าหมายโลกด้านโภชนาการ (Global Nutrition Targets)



ข้อตกลงปารีส “Paris Agreement”
 ลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก



ปฏิญญาอาเซียนหรือ ปฏิญญากรุงเทพ (Bangkok Declaration)



กรอบความร่วมมือด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียตะวันออก

ประเด็นอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สำคัญในระดับภูมิภาค ๗ ด้าน

๑) คุณภาพอากาศ	๒) น้ำสะอาด การสุขาภิบาลและสุขอนามัย	๓) ชยะมูลฝอยและของเสียอันตราย
๔) สารเคมีเป็นพิษและสารอันตราย	๕) การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ	๖) การรองรับด้านภาวะฉุกเฉินด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม
๗) การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ		

ภาพที่ ๕ สรุปประเด็นสำคัญจากนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับโลกที่มีผลต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของกรมอนามัย

หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

๓ ห่วง : ความพอประมาณ ความมีเหตุผล และการมีภูมิคุ้มกันที่ดี
๒ เงื่อนไข : ความรู้ (ความรู้รอบรู้ ความรอบคอบ และความระมัดระวังในการดำเนินชีวิตและการประกอบการงาน) และคุณธรรม (ความซื่อสัตย์สุจริต ความอดทน มีความเพียร และใช้สติปัญญาในการดำเนินชีวิต) โดยยึดคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม การพัฒนาที่ยึดหลักสมดุลและยั่งยืน

ร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

ฉบับก่อนลงประชามติ พ.ศ.๒๕๕๙

- มาตรา ๕๔ เด็กเล็กได้รับการดูแลและพัฒนาจนเข้ารับการศึกษา
- มาตรา ๕๕ ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง
- มาตรา ๕๘ ศึกษาและประเมินผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนหรือชุมชน
- มาตรา ๖๓ มีมาตรการและกลไกที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันและขจัด การทุจริตและประพฤติมิชอบ
- มาตรา ๖๙ ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา
- มาตรา ๗๑ ส่งเสริมและพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพ
- มาตรา ๗๒ ดำเนินการเกี่ยวกับที่ดิน ทรัพยากรน้ำ และพลังงาน
- มาตรา ๗๔ ประชาชนมีความสามารถในการทำงานอย่างเหมาะสมกับ ศักยภาพ
- มาตรา ๗๖ พัฒนาระบบการบริหารราชการให้เป็นไปตามหลักการ บริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี
- มาตรา ๗๗ มีกฎหมายเท่าที่จำเป็น และยกเลิกหรือปรับปรุงกฎหมาย ที่หมดความจำเป็น

ทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔)

- ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์
- ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การสร้างความเป็นธรรมลดความเหลื่อมล้ำในสังคม
- ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน
- ยุทธศาสตร์ที่ ๖ การเพิ่มประสิทธิภาพและธรรมาภิบาลในภาครัฐ
- ยุทธศาสตร์ที่ ๙ การพัฒนาภาค เมือง และพื้นที่เศรษฐกิจ
- ยุทธศาสตร์ที่ ๑๐ การต่างประเทศ ประเทศเพื่อนบ้าน และภูมิภาค



ระดับประเทศ

นโยบายรัฐบาล (พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา)

- ด้านที่ ๓** การลดความเหลื่อมล้ำของสังคม และการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ
 - ๓.๔ เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ
- ด้านที่ ๔** การศึกษาและเรียนรู้ การทะนุบำรุงศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรม
 - ๔.๔ พัฒนาคนทุกช่วงวัยโดยส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต
- ด้านที่ ๕** การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน
 - ๕.๒ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ
 - ๕.๖ ประสานการทำงานเพื่อป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครุภมิในวัยรุ่น
- ด้านที่ ๘** การพัฒนาและการส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี การวิจัยและพัฒนา และนวัตกรรม
 - ๘.๑ สนับสนุนการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการวิจัยและพัฒนาของประเทศ
- ด้านที่ ๙** การรักษาความมั่นคงของฐานทรัพยากร และการสร้างสมดุลระหว่างการอนุรักษ์กับการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน
 - ๙.๕ เร่งรัดการควบคุมมลพิษทั้งทางอากาศ ชยะ และน้ำเสีย
- ด้านที่ ๑๐** การส่งเสริมการบริหารราชการแผ่นดินที่มีธรรมาภิบาล และการป้องกันปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบในภาครัฐ
 - ๑๐.๕ ป้องกันและปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ

ยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณ

(อ้างอิง งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐)

- ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขันของประเทศ
- ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน
- ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ด้านการแก้ปัญหาความยากจน ลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างการเติบโตจากภายใน
- ยุทธศาสตร์ที่ ๕ ด้านการจัดการน้ำและสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน
- ยุทธศาสตร์ที่ ๖ ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ

ประเทศไทย ๔.๐

“Value-Based Economy”

- สร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม (Inclusive Growth Engine)
- สร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจและแข่งขันได้อย่างยั่งยืน (Competitive Growth Engine)
- การเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Green Growth Engine)

ประเด็นการปฏิรูปประเทศไทยด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

- ๒.๕.๑ ข้อเสนอแนะการปฏิรูปด้านสาธารณสุข
- ๒.๕.๒ ข้อเสนอแนะการปฏิรูปด้านสิ่งแวดล้อม

กรอบยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๗๙)

- ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขันของประเทศ
- ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต
- ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม
- ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม
- ยุทธศาสตร์ที่ ๖ ยุทธศาสตร์ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ

ร่างกรอบทิศทางแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

- ยุทธศาสตร์หลักในการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับกรมนามัย
- ๒. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีขีดความสามารถสูง และมีประสิทธิภาพ
- ๓. การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และคุณภาพชีวิตของประชากรตลอดช่วงชีวิต
- ๔. การคุ้มครอง จัดการโรค และภัยคุกคามสุขภาพ
- ๕. การสร้างพันธมิตรทางด้านสุขภาพ
- ๖. การวิจัย พัฒนา ลงทุนด้านผลิตภัณฑ์ เทคโนโลยี
- ๗. การปฏิรูประบบบริหารจัดการและการอภิบาลระบบสุขภาพที่มั่นคงและยั่งยืน

ภาพที่ ๖ สรุปประเด็นสำคัญจากนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับประเทศที่มีผลต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของกรมนามัย

ระดับกระทรวง



นโยบายและแนวทางการดำเนินงานของ
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร

- ๑) ให้ความสำคัญสูงสุดต่อการพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริฯ
- ๒) บูรณาการองค์ประกอบและบทบาทเขตสุขภาพ
- ๓) พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย
- ๔) เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ
- ๕) ให้ความสำคัญในการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข
- ๗) เร่งรัดปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบกฎเกณฑ์ ให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุข
- ๘) สนับสนุนกลไกการทำงานสาธารณสุข



แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข)

จุดยืนองค์กร

- ส่วนกลาง พัฒนานโยบาย กำกับ ติดตาม ประเมินผล
- ส่วนภูมิภาค (เขตสุขภาพ) บริหารจัดการหน่วยบริการ และขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ

วิสัยทัศน์ (Vision)

: เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี

พันธกิจ (Mission)

: พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วม และยั่งยืน

เป้าหมาย (Intention)

: ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

ยุทธศาสตร์หลักที่เกี่ยวข้องกับกรมอนามัย

๑. Prevention & Promotion Excellence
๒. Service Excellence
๓. People Excellence
๔. Governance Excellence



ภาพที่ ๗ สรุปประเด็นสำคัญจากนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับกระทรวงที่มีผลต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของกรมอนามัย

❖ บริบทการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

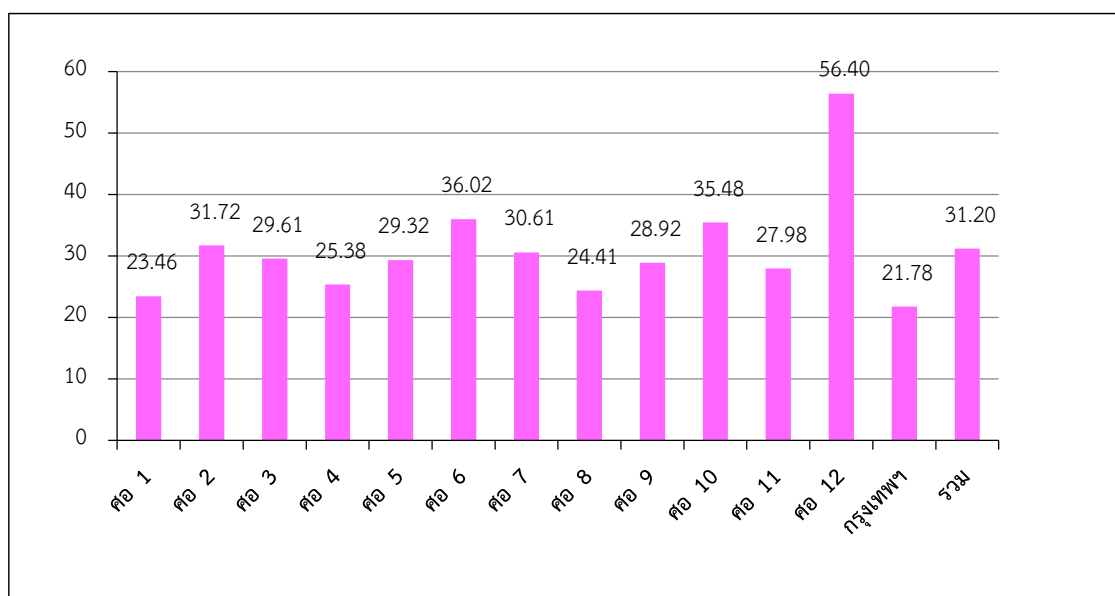
ในการวางแผนยุทธศาสตร์ กรมอนามัยได้ทำการวิเคราะห์สถานการณ์และบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ดังนี้

๑. บริบทการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย

๑.๑ กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี)

➤ การตายของมารดาและการเกิดของทารก

หลายทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยยังคงเผชิญกับปัญหาการตายของมารดา การลดลงของจำนวนการเกิดหรืออัตราการเจริญพันธุ์รวม และการเกิดที่ไม่มีคุณภาพ จากการสำรวจอัตราส่วนการตายของมารดาไทย โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (สรวิชัย บุญสุข และนางลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน, ๒๕๕๘) พบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๘ ถึงปี พ.ศ. ๒๕๕๖ อัตราส่วนการตายของมารดามีแนวโน้มลดลงอย่างช้า ๆ จาก ๔๔.๓๐ ต่อแสนการเกิดมีชีพ เป็น ๓๑.๒ ต่อแสนการเกิดมีชีพ ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๑ และในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการอัตราส่วนการตายมารดาของประเทศไทยเท่ากับ ๒๒.๔ ต่อแสนการเกิดมีชีพ อย่างไรก็ตาม เป้าหมายนี้ยังไม่บรรลุตามที่กระทรวงได้กำหนดไว้ (เป้าหมายไม่เกิน ๑๕ ต่อแสนการเกิดมีชีพ)



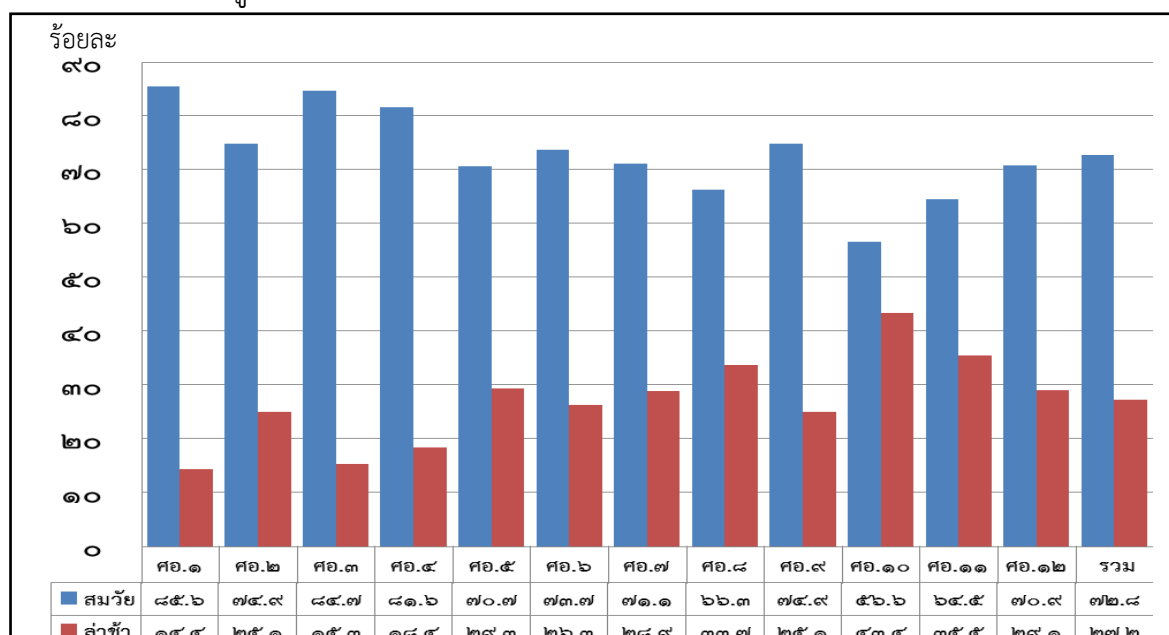
แผนภูมิที่ ๑ อัตราการตายมารดาไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ระดับประเทศ (กรมอนามัย)

โดยสาเหตุส่วนใหญ่ของการตายของมารดาจากปัจจัยการตั้งครรภ์และการคลอด มารดาที่ขาดโภชนาการทั้งก่อนและระหว่างการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ในขณะที่มารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักมากกว่า ๔,๐๐๐ กรัม ในปัจจุบันพบว่าภาวะอ้วนยังมีความชุกน้อยแต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและทารกมีความเสี่ยงที่จะเจริญเติบโตเป็นเด็กที่มีภาวะอ้วน

เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเจริญพันธุ์รวมในอดีตและปัจจุบัน พบว่าในอดีตผู้หญิงไทยหนึ่งคนมีบุตรเฉลี่ยตลอดวัยเจริญพันธุ์ ๖ คน แต่ในปัจจุบันมีบุตรเพียง ๑.๖ คน ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าสังคมไทยยังคงเผชิญกับปัญหา “เด็กเกิดน้อยแต่ด้อยคุณภาพ” ขณะนี้กรมอนามัยอยู่ระหว่างการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์พัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๙) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดคุณภาพ เพื่อจะพัฒนาคุณภาพการเกิดของประชากร

➤ พัฒนาการของเด็กปฐมวัย

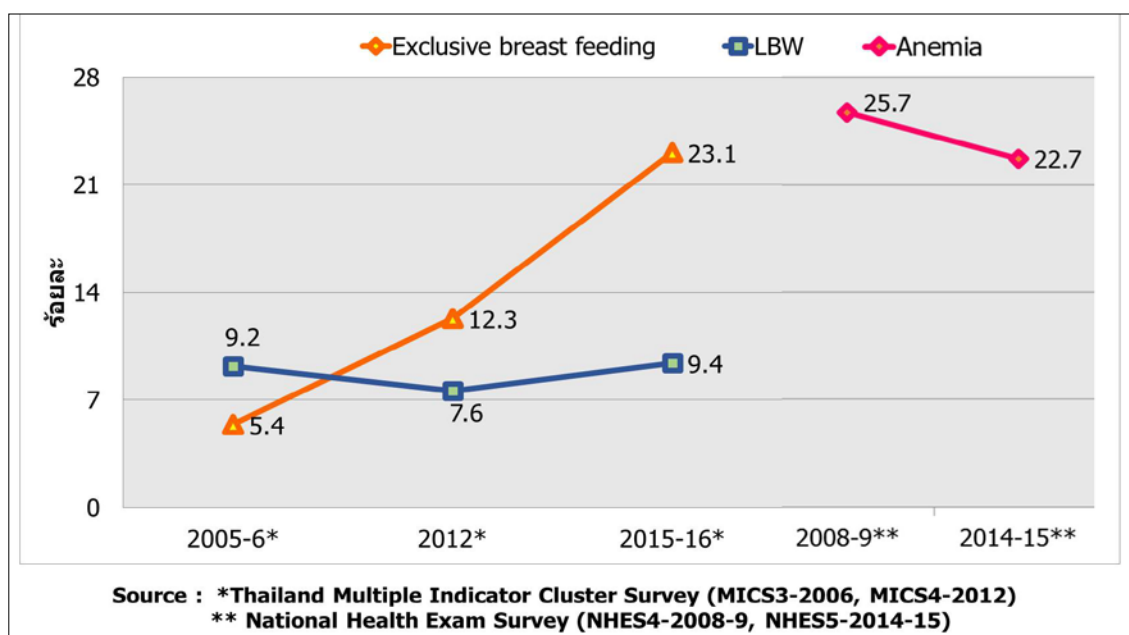
จากการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการไม่สมวัยร้อยละ ๒๗.๒ (จินตนา พัฒนพงศ์ธร, ชัยชนะ บุญสุวรรณ, และนฤมล ธนเจริญวัชร, ๒๕๕๘) ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๒ ซึ่งอาจมาจากปัจจัย ๑) ทารกคลอดก่อนกำหนด, ๒) ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า ๒,๕๐๐ กรัม, ๓) ทารกมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด, ๔) อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย ๖ เดือนต่ำ, ๕) พฤติกรรมการเล่นิทานของพ่อ แม่ หรือผู้ดูแลเด็ก และ ๖) การเล่นกับลูกโดยไม่ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์



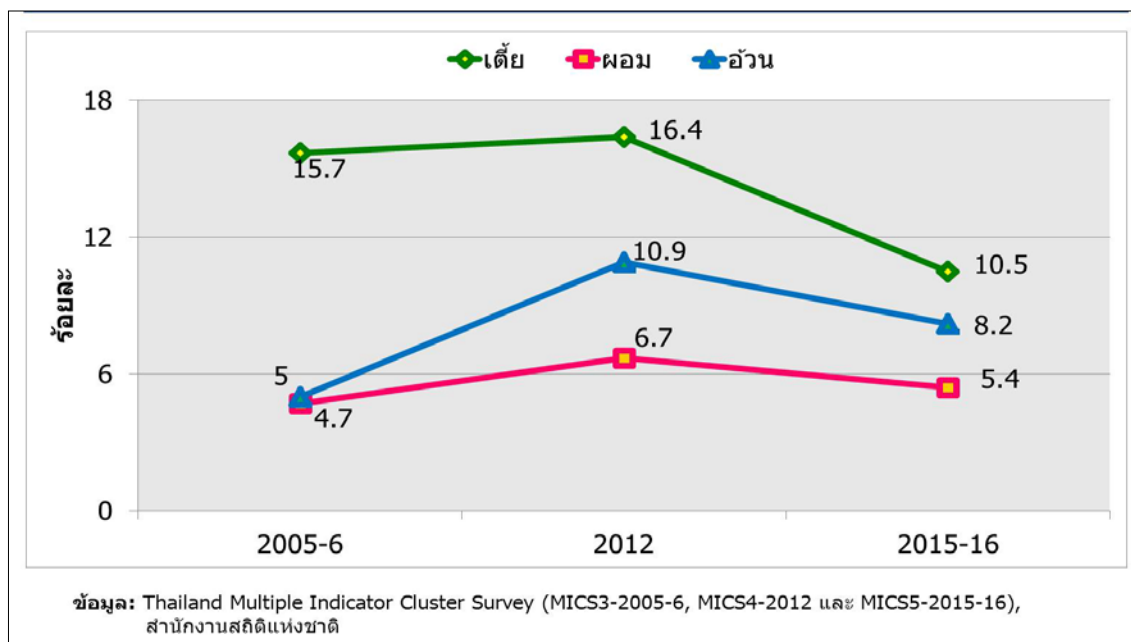
แผนภูมิที่ ๒ ร้อยละพัฒนาการรวมทุกด้านของเด็กอายุ ๐-๕ ปี จำแนกตามเขตบริการสุขภาพ ปี ๒๕๕๗

➤ การเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย

จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (Multiple indicators cluster survey : MICS) ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๔๙ (UNICEF Office for Thailand, ๒๐๐๗), ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๕ (สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๕๖) และครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๘ พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภาวะโลหิตจางในหญิงวัยเจริญพันธุ์ลดลง แต่อัตราน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม เพิ่มขึ้น ส่วนเด็กปฐมวัยมีภาวะเตี้ย ผอม อ้วน เพิ่มขึ้นในปี ๒๕๕๕ และลดลงในปี ๒๕๕๘ โดยภาวะเตี้ยยังคงมีความชุกสูงที่สุด ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๓ และ ๔ ทั้งนี้ รายงานของ Global Nutrition Report ๒๐๑๕ ซึ่งใช้ข้อมูล MICS๓ และ MICS๔ ตามตัวชี้วัดระดับโลก ๕ ตัว (ยกเว้นอัตราน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม) ชี้ให้เห็นว่า ประเทศไทยไม่มีโอกาสบรรลุเป้าหมายระดับโลกด้านโภชนาการปี ๒๕๖๘ ใดๆก็ตาม รายงาน Global Nutrition Report ในปี ๒๐๑๖ ประเทศไทยจะไม่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มดังกล่าว เนื่องจากสถานการณ์ตามตัวชี้วัดดีขึ้น



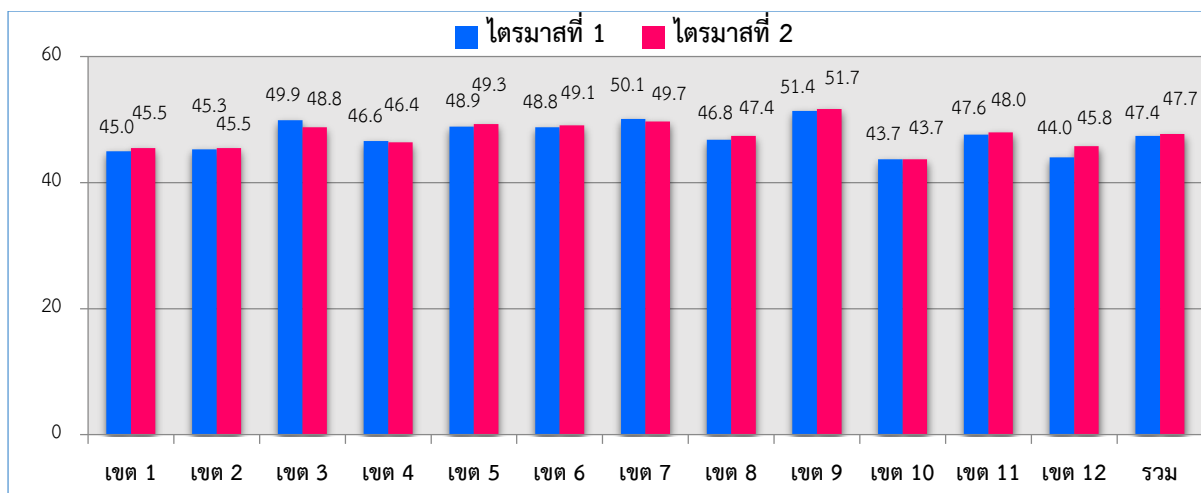
แผนภูมิที่ ๓ แสดงอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน ภาวะโลหิตจางในหญิงวัยเจริญพันธุ์ และอัตราน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม



แผนภูมิที่ ๔ แสดงภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม อ้วน ในเด็กอายุ ๐-๕ ปี

ผลกระทบของทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม (LBW) และเด็กเตี้ย (เด็กที่ขาดอาหารสะสมเป็นเวลานานหรือแบบเรื้อรัง) นอกจากโครงสร้างด้านร่างกายแล้วยังเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตมีผลต่อการเกิดโรคเรื้อรังเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ หากไม่ได้รับการแก้ไข เด็กจะมีภาวะเตี้ย แคระแกร็นและเกิดปัญหาเช่นนี้ในรุ่นต่อ ๆ ไป

ด้วยเหตุนี้ จึงต้องส่งเสริมโภชนาการในสตรีและเด็กอายุ ๐-๕ ปี เพื่อให้เด็กมีการเจริญเติบโตดีทั้งส่วนสูงและน้ำหนัก (สูงดีสมส่วน) ซึ่งจะส่งผลดีทั้งในด้านสาธารณสุข สังคม การศึกษา และเศรษฐกิจ และยังทำให้บรรลุเป้าหมาย SDGs ข้อ ๒ ยุติความหิวโหยและขจัดปัญหาทุพโภชนาการทุกรูปแบบให้หมดไป จากรายงาน Health Data Center (HDC) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ในงวดที่ ๑ และงวดที่ ๒ ปี ๒๕๕๙ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, ๒๕๕๙) พบว่าเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน เพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ยังคงต่ำอยู่ คือ มีเพียงร้อยละ ๔๗.๗ ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๕



แผนภูมิที่ ๕ เด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงตีสมส่วน งวดที่ ๑ และ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙

๑.๒ กลุ่มเด็กวัยเรียน (๕-๑๔ ปี)

เด็กวัยเรียนคืออนาคตสำคัญของชาติ จึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและเจริญเติบโตอย่างเต็มศักยภาพ ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียน ซึ่งพบภาวะเตี้ย ภาวะอ้วน ภาวะผอม และภาวะซีด ทั้งนี้ ภาวะเตี้ยมีสาเหตุมาจากการขาดอาหารเรื้อรัง ทำให้เด็กเตี้ย แคระแกร็น ภูมิต้านทานโรคต่ำ เจ็บป่วยบ่อย และมีสติปัญญาต่ำ แตกต่างจากปัญหาภาวะอ้วนที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ มีผลนำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Chronic Diseases : NCDs) จากการสำรวจปีพ.ศ. ๒๕๕๘ พบว่าเด็กมีภาวะเตี้ย ร้อยละ ๗.๕, ภาวะผอม ร้อยละ ๕.๒ และภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ ๑๒.๕ รวมถึงปัญหาภาวะซีดในเด็กวัยเรียน จากรายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ ๕ ปี พ.ศ. ๒๕๔๖ พบความชุกของภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ ๖-๘ ปี ร้อยละ ๔๖.๗, อายุ ๙-๑๑ ปี ร้อยละ ๒๕.๔ และอายุ ๑๒-๑๔ ปี ร้อยละ ๑๕.๗ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมอีกด้วย องค์การอนามัยโลกแนะนำว่า การมี Physical Activity (PA) แบบแอโรบิกด้วยความหนักระดับปานกลางถึงหนักมากทุกวัน อย่างน้อยวันละ ๖๐ นาทีต่อสัปดาห์จะเป็นผลดีต่อสุขภาพ การฝึกความแข็งแรงกล้ามเนื้อร่วมด้วย อย่างน้อย ๓ วันต่อสัปดาห์ จะส่งผลต่อการเจริญเติบโต และหากทำกิจกรรมที่มีแรงกระแทกของข้อต่อ เช่น การวิ่ง การกระโดด จะทำให้มีการเจริญเติบโตเพิ่มขึ้นอีกด้วย (WHO, ๒๐๑๐) และปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนก็เช่นเดียวกัน หากเด็กกินอาหารที่มีรสหวานเป็นประจำและแปรงฟันไม่ถูกวิธี จะทำให้เกิดฟันผุได้เป็นโรคฟันผุมากกว่า ร้อยละ ๕๐ และยังพบว่าเด็กที่มีฟันผุมากกว่า ๓ ซี่ จะมีฟันถาวรผุอย่างน้อย ๑ ซี่ ในช่องปากสูงถึงร้อยละ ๒๕ (ข้อมูลสำรวจ ปี พ.ศ.๒๕๕๕) การเกิดโรคฟันผุของเด็ก มีความสัมพันธ์กับการกินอาหารของเด็ก เด็กที่มีฟันผุจะมีผลต่อภาวะทุพโภชนาการผอมและเตี้ยมากกว่าเด็กที่มี

สุขภาพช่องปากดี ทั้งนี้ การกินอาหารว่างและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาล เป็นปัจจัยหลักที่มีการพิสูจน์แล้วว่า มีผลทำให้เกิดโรคฟันผุและโรคอ้วน

การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน ให้มีความสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองและมีทักษะสุขภาพจะต้องสร้างความรู้ ความเข้าใจ เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และสามารถจัดการตนเองได้ ทั้งด้านการบริโภคอาหาร น้ำหนักส่วนสูง การออกกำลังกาย การแปรงฟัน สุขอนามัยส่วนบุคคล และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ความสามารถในการดูแลสุขภาพร่วมกับครอบครัวได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการจัดบริการสุขภาพอนามัยเด็กวัยเรียน จะต้องคำนึงถึงคุณภาพ ถูกหลักสุขาภิบาล และเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนมีสุขภาพดีและเจริญเติบโตเต็มศักยภาพต่อไป

๑.๓ กลุ่มวัยรุ่น (๑๕-๒๑ ปี)

เนื่องจากสภาพสังคมในยุคโลกาภิวัตน์ส่งผลให้ประชากรวัยแรงงานต้องเข้าสู่ระบบการทำงานที่เร่งรีบและแข่งขันสูงจึงทำให้ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีเวลาในการเลี้ยงดูบุตรหลานน้อยลง เด็กมีโอกาสรียนรู้เรื่องทักษะชีวิตน้อย และการเข้าถึงบริการปรึกษาแนะนำที่เป็นมิตรยังอยู่ในวงจำกัด สาเหตุเหล่านี้ทำให้เด็กจำนวนมากไม่สามารถรับมือกับความเปลี่ยนแปลงของตนเองเมื่อก้าวเข้าสู่วัยรุ่นและไม่อาจปรับตัวให้เท่าทันสภาพแวดล้อมรอบตัวได้ โดยเฉพาะในยุคไอทีที่ใช้การสื่อสารในสังคมออนไลน์อย่างกว้างขวางและมีการไหลเวียนทางวัฒนธรรมอย่างรวดเร็ว อีกทั้งยังเข้าถึงสื่อต่าง ๆ ได้อย่างไร้ขีดจำกัดซึ่งส่งผลให้มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นมีแนวโน้มในการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเร็วขึ้น โดยในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ พบว่าแม่วัยรุ่นอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี คลอดประมาณปีละ ๕๐,๐๐๐ คน ก่อนที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงปีละกว่า ๑๒๐,๐๐๐ คน ในปัจจุบันการตั้งครรภ์โดยแม่วัยรุ่นส่วนใหญ่มักเป็นการตั้งครรภ์แบบไม่ได้ตั้งใจและมักจะนำไปสู่ปัญหาต่าง ๆ เช่น ปัญหาการทำแท้งเถื่อน ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ เป็นต้น นอกจากนี้ การคลอดบุตรในช่วงวัยรุ่นยังอาจส่งผลต่อตัวมารดาวัยรุ่นเอง เช่น โอกาสทางการศึกษา หน้าที่การงาน รายได้ในอนาคตของมารดา และส่งผลอย่างมากต่อการเลี้ยงดูบุตร เช่น เด็กอาจไม่ได้รับการเลี้ยงดูให้ดีเท่าที่ควร ปัญหาสำคัญที่พบในกลุ่มวัยรุ่น คือ พฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ไม่เหมาะสม (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ) ดังนี้

๑) การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

จากการสำรวจพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ HIV พ.ศ. ๒๕๕๗ ในกลุ่มนักเรียน พบว่าประมาณ ๑ ใน ๔ ของนักเรียนชายและประมาณ ๑ ใน ๕ ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๕ มีเพศสัมพันธ์แล้ว และ ๑ ใน ๒ ของนักเรียนชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ ๒

ทั้งชายและหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว โดยอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก นั้นทั้งในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๕ และประกาศนียบัตรวิชาชีพทั้งเพศชายและหญิงมี แนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ แต่เพิ่มต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ จากประมาณร้อยละ ๕๐ จนถึงประมาณร้อยละ ๖๐ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗

๒) การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด

จากการสำรวจการใช้ถุงยางอนามัยในนักเรียนปี พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่าร้อยละ ของการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดเพิ่มมากขึ้นกว่าอัตราการใช้ถุงยางอนามัย ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และยังเพิ่มขึ้นในช่วงระยะ ๕ ปีที่ผ่านมาในกลุ่มนักเรียนชายทั้งใน กลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๕ และประกาศนียบัตรวิชาชีพ แต่ในกลุ่มนักเรียนหญิงทั้งในกลุ่ม นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๕ และประกาศนียบัตรวิชาชีพพบว่ามีอัตราการใช้ลดลงจากปีที่ผ่านมา

๓) การคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี

อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีเพิ่มขึ้นจาก ๓๑.๑ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ เป็น ๔๗.๙ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗

๔) การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี

จากข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการคลอดซ้ำในกลุ่มอายุ ๑๐-๑๙ ปี ในระยะ ๑๐ ปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ ๑๐.๒ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ เป็นร้อยละ ๑๒.๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ และในกลุ่มอายุ ๑๕-๑๙ ปี คิดเป็น ร้อยละ ๑๒.๘ ส่วนข้อมูลการตั้งครรภ์ซ้ำที่รวมการเก็บข้อมูลจากการคลอดและการแท้งจาก โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในรอบ ๖ เดือนแรกของปี ๒๕๕๕ เท่ากับร้อยละ ๑๑.๖๔

หญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งที่คุมกำเนิดได้รับการคุมกำเนิด ด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) และจากการติดตามข้อมูลในระบบ Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปัจจุบัน (ตุลาคม ๒๕๕๘-มิถุนายน ๒๕๕๙) มีการ คุมกำเนิดวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) ในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปีหลังคลอดหรือหลัง แท้ง คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๖๒

๑.๔ กลุ่มวัยทำงาน (๑๕-๕๙ ปี)

ประชากรวัยทำงานเป็นกลุ่มวัยที่ต้องทำหน้าที่ดูแลวัยสูงอายุ วัยเด็ก และผู้พิการ จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. ๒๕๕๘ พบว่าประชากรวัยทำงานอายุ ๑๕-๕๙ ปี มีจำนวน ๔๓ ล้านคน เป็นเพศหญิง ๒๒ ล้านคนและเพศชาย ๒๑ ล้านคนหรือประมาณ ๖๖% ของประชากรทั้งหมด ปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพที่พบในกลุ่มนี้ มีดังนี้

๑) ภาวะอ้วน : จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๔๗) เปรียบเทียบกับครั้งที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๒) พบว่าความชุกของภาวะอ้วนมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะผู้หญิงความชุกเพิ่มจากร้อยละ ๓๔.๔ เป็นร้อยละ ๔๐.๗ และในผู้ชายเพิ่มจากร้อยละ ๒๒.๕ เป็นร้อยละ ๒๘.๔ ซึ่งภาวะอ้วนวัดจากดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) ที่มีค่ามากกว่า ๒๕ kg/m^๒ นอกจากนี้ ยังพบภาวะอ้วนลงพุงมีความชุกเพิ่มขึ้นเช่นกัน ในผู้หญิงร้อยละ ๓๖.๑ เป็นร้อยละ ๔๕.๐ และในผู้ชายร้อยละ ๑๕.๔ เป็นร้อยละ ๑๘.๖ ซึ่งให้รัฐบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคเรื้อรังต่าง ๆ ในกลุ่มนี้มากยิ่งขึ้น โดยใช้จ่ายไปกับการรักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่พบส่วนใหญ่มีสาเหตุจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น โดยพบว่าร้อยละ ๘๒.๓ กินผักและผลไม้ไม่เพียงพอตามข้อแนะนำและร้อยละ ๑๘.๕ มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ

๒) ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ : พบว่าคนไทยที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ร้อยละ ๒๓.๗ โดยสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ ๑๙.๙ และดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ ๔๕.๓ โดยกลุ่มวัยทำงานมีอัตราการดื่มสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ คือ ร้อยละ ๓๗.๓

๓) ปัญหาด้านทันตสุขภาพ : ปัญหาด้านทันตสุขภาพ: การติดเชื้อในช่องปากจะนำไปสู่การติดเชื้อที่อวัยวะสำคัญของร่างกายทั้งทางตรงและทางอ้อมได้ และโรคปริทันต์มีความสัมพันธ์กับโรคระบบร่างกาย โดยเฉพาะโรคของระบบหัวใจหลอดเลือดและโรคเบาหวาน ซึ่งการมีอนามัยช่องปากที่ดีจะช่วยลดการอักเสบเรื้อรัง ในร่างกายส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดอันตรายต่อหลอดเลือดด้วย จากผลสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ ๗ พ.ศ. ๒๕๕๕ พบว่าวัยทำงานอายุ ๓๕-๔๔ ปี มีปัญหาเหงือกอักเสบร้อยละ ๓๙.๓ และพบโรคปริทันต์อักเสบร้อยละ ๑๕.๖ แม้ว่าเกือบทั้งหมดจะแปร่งฟันแต่ร้อยละ ๒๐.๑

ยังคงไม่ได้แปรงฟันก่อนเข้านอนซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญที่สุด และยังขาดการใช้อุปกรณ์เสริมที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับการส่งเสริมให้มีอนามัยช่องปากที่ดีและป้องกันโรคในช่องปาก เช่น การใช้ไหมขัดฟันป้องกันฟันผุบริเวณซอกฟัน

ประชากรวัยทำงานเป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาครอบครัว สังคม และประเทศชาติ มีบทบาทเป็นทั้งผู้ขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ เป็นผู้นำครอบครัว และต้องดูแลประชากรกลุ่มวัยต่าง ๆ ในครอบครัว ดังนั้นหากประชากรในวัยทำงานเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติแล้วผลกระทบนั้นจะไม่ได้จำกัดอยู่ในระดับบุคคลเท่านั้นแต่ยังกระทบต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติอีกด้วย

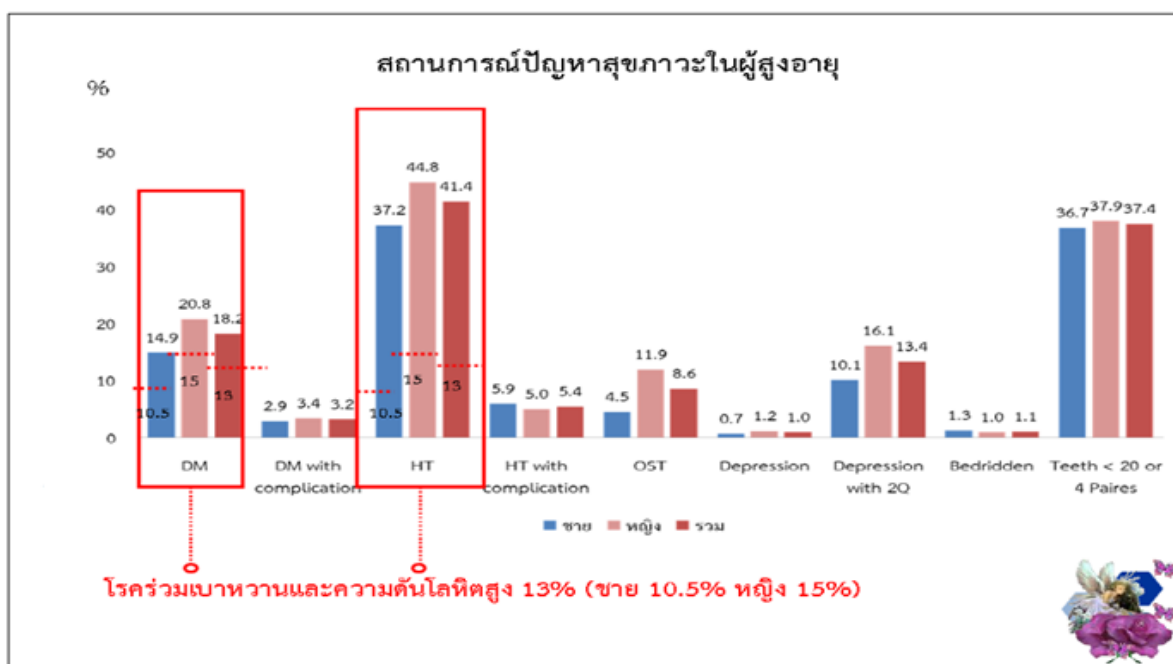
๑.๕ กลุ่มผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป)

สถานการณ์ “สังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ” จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ปี ๒๕๕๓-๒๕๘๓ ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) โดยใช้ข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. ๒๕๕๓ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เป็นฐานในการประมาณ พบว่าในปี ๒๕๘๓ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๕๓) ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป สูงถึง ๒๐.๕ ล้านคน หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๓๒ ของจำนวนประชากรไทยทั้งหมด โครงสร้างประชากรไทยที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาประเทศเนื่องจากการลดลงของจำนวนและสัดส่วนของประชากรวัยแรงงานจะกระทบศักยภาพการผลิต นอกจากนี้ การเพิ่มของประชากรสูงอายุยังสะท้อนการเพิ่มขึ้นของภาระทางการคลังจากจำนวนประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ นอกเหนือจากปัญหาด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุยังเผชิญปัญหาสภาพชีวิตความเป็นอยู่ และระบบการดูแลที่ไม่ได้มาตรฐาน รวมถึงความมั่นคงทางรายได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุจากครอบครัวยากจน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดการพัฒนาทักษะทั้งในการทำงาน และการดำรงชีวิตในสังคมให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพยังไม่มีส่วนร่วมในการทำงานและการพัฒนาประเทศเท่าที่ควร

อย่างไรก็ตาม การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุส่งผลให้ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ส่งผลให้ความชุกของโรคที่เกี่ยวข้องกับความเสื่อมถอยของอวัยวะจะเพิ่มขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการระบบบริการฟื้นฟูสภาพและการดูแลระยะยาว ส่งผลให้รายจ่าย

ด้านสุขภาพของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นเกิดจาก ปัจจัยร่วมที่สำคัญ ๒ ปัจจัย คือ ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่สูงขึ้นตามอายุและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ “ก่อนการเสียชีวิต”

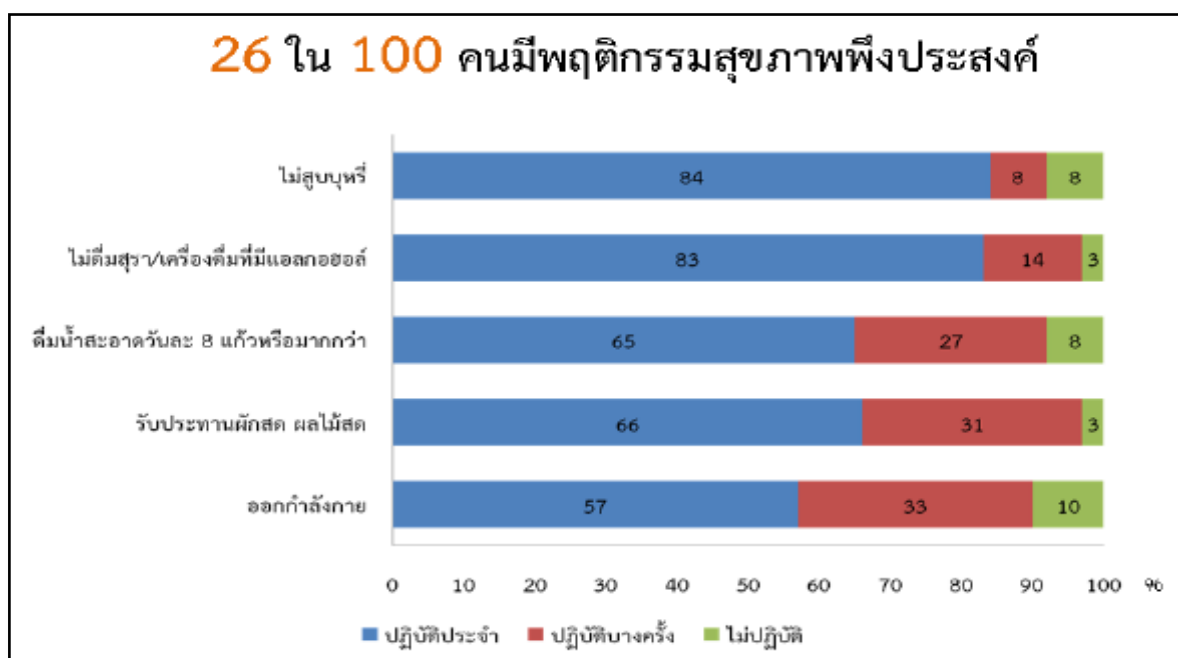
จากรายงานการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ปี ๒๕๕๖ (โครงการประเมินเทคโนโลยี และนโยบายด้านสุขภาพ, ๒๕๕๗) พบว่า ผู้สูงอายุไทยร้อยละ ๙๕ มีความเจ็บป่วยด้วยโรคหรือ ปัญหาสุขภาพ ดังต่อไปนี้ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ ๔๑), โรคเบาหวาน (ร้อยละ ๑๘), ข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ ๙), เป็นผู้พิการ (ร้อยละ ๖), โรคซึมเศร้า (ร้อยละ ๑) และผู้ป่วยนอนติดเตียง (ร้อยละ ๑) ขณะที่เพียงร้อยละ ๕ เท่านั้นที่ไม่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพดังกล่าว ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๖



แผนภูมิที่ ๖ แสดงผลกระทบจากพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุไทย

อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยข้างต้นอาจมีจำนวนน้อยกว่านี้ หากผู้สูงอายุ เข้าถึงการคัดกรองโรคที่มีคุณภาพได้อย่างถ้วนหน้าเนื่องจากการคัดกรองโรคจะช่วยให้สามารถพบ โรคได้เร็วขึ้น ทำให้ลดความรุนแรงในการเกิดโรคและช่วยลดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยในรอบ ๑๒ เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการคัดกรองโรค ความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๘๐, โรคเบาหวาน ร้อยละ ๗๓, ซึมเศร้า ร้อยละ ๓๓ และข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ ๙ การสำรวจนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีผลการคัดกรองโรคเบาหวานผิดปกติถึงร้อยละ ๓๗ ไม่ทราบว่าตนเองอาจมีความเสี่ยง เป็นโรคเบาหวาน และผู้สูงอายุที่มีผลการคัดกรองโรคความดันโลหิตผิดปกติ ร้อยละ ๔๓ ไม่ทราบว่า ตนเองอาจมีความเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีผลการคัดกรองผิดปกติเหล่านั้น

จึงกลายเป็นผู้เสียโอกาสในการดูแลรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมอย่างทันที่ที่ทั้งที่ได้รับการคัดกรองโรคแล้ว และยังพบว่าผู้สูงอายุไทยร้อยละ ๒๖ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย (ดัชนีวัดที่ ๘ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒) ที่ตั้งไว้ร้อยละ ๓๐ ทั้งนี้ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่ผู้สูงอายุไทยปฏิบัติตัวได้น้อยที่สุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ ออกกำลังกายสัปดาห์ละ ๓ วัน วันละ ๑๕-๓๐ นาทีเป็นประจำ (ร้อยละ ๕๗), ดื่มน้ำสะอาดวันละ ๘ แก้วหรือมากกว่าเป็นประจำ (ร้อยละ ๖๕), รับประทานผักผลไม้เป็นประจำ (ร้อยละ ๖๖), ไม่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ ๘๓) และไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ ๘๔) ดังแสดงใน แผนภูมิที่ ๗ จากสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนอกจากส่งผลกระทบต่อทางด้าน สุขภาพแล้วยังส่งผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจสังคมโดยรวม



แผนภูมิที่ ๗ แสดงการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

ด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่าปัญหาหลักในผู้สูงอายุ คือ การสูญเสียฟันร้อยละ ๘๘.๓, มีการสูญเสียฟันบางส่วนและสูญเสียฟันทั้งปาก ร้อยละ ๗.๒, มีความต้องการใส่ฟันเทียมทั้งปากลดลงเป็น ร้อยละ ๒.๕ และร้อยละ ๕๗.๘ มีฟันแท้ใช้งานได้ อย่างน้อย ๒๐ ซี่เฉลี่ย ๑๘.๘ ซึ่งต่อคนผู้สูงอายุที่มีฟัน ร้อยละ ๑๑.๔ เป็นโรคปริทันต์อักเสบรุนแรงเสี่ยงต่อการสูญเสียฟัน ผู้สูงอายุมีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ ๔๘.๓ มีรากฟันผุ ร้อยละ ๑๗.๒ มีการทำความสะอาดช่องปากและแปรงฟันก่อนนอน ร้อยละ ๖๕.๕, ใช้ไหมขัดฟัน ร้อยละ ๒.๗ แปรงซอกฟัน ร้อยละ ๑.๑, ผู้สูงอายุไปรับบริการในปีที่ผ่านมาคิดเป็นร้อยละ ๓๔.๒ ส่วนใหญ่เพื่อถอนฟันหรือ

รับบริการเก็บรักษาฟันมีความยุ่งยากซับซ้อน หลายขั้นตอน ไม่สะดวกในการรับบริการต่อเนื่อง ต้องการบริการใกล้บ้านเพื่อลดการสูญเสียฟัน

ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ พบว่าโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ทั้งหมดมีโครงสร้าง ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ร้อยละ ๑๓ ไม่มีส่วนนั่งราบห้อยขา นอกจากนี้ ยังพบว่าร้อยละ ๑๓ ไม่ได้ปรับปรุงห้องส้วมให้มีราวจับเพื่อช่วยพยุงและไม่ปรับพื้นห้องน้ำเพื่อป้องกันการลื่นหกล้ม

การดำเนินงานองค์ประกอบเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ กรมอนามัย โดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุได้ดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ นำร่องในพื้นที่เทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี และเมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี มีการจัดทำแบบประเมินตนเอง แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาเมืองทั้งสองพื้นที่ตามองค์ประกอบ ดังนี้ ๑. อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก (Outdoor Spaces & Buildings), ๒. ระบบขนส่งและยานพาหนะ (Transportation), ๓. ที่อยู่อาศัย (Housing), ๔. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Social Participation), ๕. การให้ความเคารพและการยอมรับ (Respect and Social Inclusion), ๖. การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน (Civic Participation and Employment), ๗. การสื่อสารและข้อมูลสารสนเทศ (Communication & Information) และ ๘. การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ (Community Support and Health Services)

๒. บริบทด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

๑) มลพิษทางอากาศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรกระบบทางเดินหายใจ โรกระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งโรคความดันโลหิตสูงหรือทำให้ผู้ที่เป็นโรคเหล่านี้อยู่แล้วมีอาการกำเริบเฉียบพลันถึงเสียชีวิตได้ จากสถิติสุขภาพของประชากรไทย ปี ๒๕๔๑-๒๕๕๖ พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรกระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๕ ร้อยละ ๘ กลุ่มโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งความดันโลหิตสูงมีจำนวนผู้ป่วยที่มากกว่ากลุ่มโรคอื่น แม้ว่าในปี ๒๕๕๖ ปริมาณไม่เพิ่มจากปี ๒๕๕๕ มากนัก แต่แนวโน้ม ๕ ปีที่ผ่านมาเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๐ ต่อปี อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทุกชนิดในปี ๒๕๕๖ เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๕ ร้อยละ ๖ ทั้งนี้ สารมลพิษทางอากาศบางชนิด เช่น สารอินทรีย์ระเหยง่ายเป็นสารก่อมะเร็ง ปัจจัยหลักของการเกิดโรคในกลุ่มดังกล่าวมาจากสภาพแวดล้อมและการดำรงชีวิต ความเครียด การบริโภคอาหารที่เป็นอันตราย และพฤติกรรมส่วนตัว เช่น การสูบบุหรี่และการขาดการออกกำลังกาย การที่มลพิษทาง

อากาศของประเทศไทยยังคงเกินค่ามาตรฐานในหลายพื้นที่ทำให้ประชาชนได้รับสารมลพิษทางอากาศปริมาณมากเป็นประจำเป็นปัจจัยชนิดหนึ่งที่ทำให้ก่อโรคเรื้อรังดังกล่าว

๒) อาหารและน้ำบริโภค การเข้าถึงแหล่งน้ำสะอาด ตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals-MDGs) คือ เขตเมือง ร้อยละ ๙๐ และชนบท ร้อยละ ๘๐ ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายดังกล่าวแล้ว เมื่อปี ๒๕๔๘ และบรรลุตามเป้าหมาย MDG Plus (MDG+) คือ น้ำดื่มมีคุณภาพ เขตเมือง ร้อยละ ๕๐ ชนบท ร้อยละ ๓๐ เมื่อปี ๒๕๕๖ โดยอาจมีการขาดแคลนบ้างในบางพื้นที่หรือบางช่วงเวลาเนื่องจากภัยแล้ง อุทกภัย หรือภัยพิบัติอื่น ๆ ทั้งนี้ กรมอนามัยกำหนดให้น้ำดื่มมีคุณภาพไม่ด้อยกว่าเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้(พ.ศ. ๒๕๕๓) ครอบคลุมคุณภาพน้ำทางกายภาพ คุณภาพน้ำทางเคมี และคุณภาพน้ำทางแบคทีเรีย กลุ่มโคลิฟอร์มแบคทีเรียและกลุ่มฟีคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ประชาชนมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงการพึ่งพาแหล่งน้ำตามธรรมชาติ เช่น น้ำฝน น้ำบาดาล น้ำบ่อตื้น และน้ำผิวดิน สู่การซื้อน้ำบริโภคที่ผ่านขบวนการผลิตทางธุรกิจโดยมีสาเหตุจากความไม่มั่นใจในความปลอดภัยของน้ำจากการปนเปื้อนของสารเคมีเกษตร มุลนิก และมลภาวะอากาศเป็นสำคัญ ดังจะเห็นได้จากผลการสำรวจแหล่งน้ำบริโภคในครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓ ประชาชนบริโภคน้ำฝน ร้อยละ ๓๗.๔, น้ำบรรจุขวด ร้อยละ ๒๙ และน้ำจากการประปา ร้อยละ ๒๑.๗เปรียบเทียบกับผลการสำรวจแหล่งน้ำบริโภคในครัวเรือน โดยกรมอนามัย พบว่าปี ๒๕๕๗ สัดส่วนน้ำบรรจุขวด ร้อยละ ๓๐.๗๙, น้ำประปา ร้อยละ ๒๐.๗๕, น้ำฝน ร้อยละ ๑๕.๙๓, น้ำตู้หยอดเหรียญ ร้อยละ ๑๔.๗๓, น้ำบ่อตื้น ร้อยละ ๙.๓๗ และน้ำบ่อบาดาล ร้อยละ ๘.๔๓

ในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนไทยเปลี่ยนแปลงไปจากการปรุง-ประกอบอาหารเพื่อบริโภคเองที่บ้านมาเป็นการบริโภคอาหารนอกบ้านจากบริการของสถานประกอบการด้านอาหารทั่วไป ซึ่งอาจเสี่ยงต่อการได้รับอาหารและน้ำที่ไม่สะอาดปลอดภัย มีการปนเปื้อนของเชื้อโรค และสารเคมีที่เป็นพิษ อันอาจจะเกิดอันตรายต่อสุขภาพได้ทั้งโรคติดเชื้อ เช่น โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โรคอาหารเป็นพิษ และอหิวาตกโรค และโรคไม่ติดเชื้อ เช่น โรคมะเร็ง ข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานสุขภาพอาหารและน้ำของสำนักสุขภาพอาหารและน้ำ กรมอนามัย ปี ๒๕๕๘ (สิงหาคม ๒๕๕๘) มีสถานประกอบการด้านอาหารที่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานสุขภาพอาหาร ของกรมอนามัย ดังนี้ ร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอาหารสะอาด รสชาติอร่อย

(Clean Food Good Taste) ร้อยละ ๘๕.๘๖ โดยจำแนกเป็นร้านอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ ร้อยละ ๘๗.๐๙ แผงลอยจำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ ร้อยละ ๘๕.๙๒ และตลาดประเภทที่ ๑ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตลาดสด นำซื้อ ระดับดีและดีมาก ร้อยละ ๘๙.๗๐ และผลจากการดำเนินงานเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารตามโครงการเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารและน้ำ ปี ๒๕๕๘ โดยสุ่มตรวจตัวอย่างอาหารในร้านอาหาร แผงลอยจำหน่ายอาหาร และตลาดประเภทที่ ๒ (ตลาดนัด) โดยใช้ชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียขั้นต้น (SI-๒) ในพื้นที่ทั่วไปและพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อระบบทางเดินอาหารและน้ำในพื้นที่ ๘ จังหวัด พบว่าผักสด น้ำดื่ม น้ำแข็ง อาหารพร้อมบริโภค และเครื่องดื่ม พบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ร้อยละ ๘๖.๖๓, ๖๐.๗๑, ๔๕.๔๑, ๔๔.๓๔ และ ๔๐.๐๐ ตามลำดับ ภาชนะอุปกรณ์พบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ร้อยละ ๓๘.๖๙ และมีผู้สัมผัสอาหารพบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ร้อยละ ๔๕.๙๙ สำหรับผลการตรวจสอบสารปนเปื้อนสารเคมีในอาหารสดของแผงจำหน่ายอาหารตลาดนัด โดยใช้ชุดทดสอบสารเคมีปนเปื้อนในอาหารของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบว่าพบการปนเปื้อนฟอร์มาลีน ร้อยละ ๒๒.๖๔

การเจ็บป่วยของโรคระบบทางเดินอาหารและน้ำที่มีสาเหตุจากการรับสัมผัสสิ่งคุกคามทางสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะอย่างยิ่งการปนเปื้อนทางชีวภาพผ่านการกินอาหารและดื่มน้ำที่มีสิ่งปนเปื้อน อีกทั้งการจัดการสุขาภิบาล การจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่ส่งผลถึงการแพร่กระจายของสิ่งปนเปื้อน ประเทศไทยมีการประกาศการใช้ส้วมร้อยเปอร์เซ็นต์แล้วสำหรับการจัดการส้วมสาธารณะที่ให้บริการสำหรับประชาชน กรมอนามัยได้ดำเนินโครงการพัฒนาส้วมสาธารณะไทย โดยกำหนดเกณฑ์มาตรฐานส้วมสาธารณะเน้นพัฒนาให้ส้วมสาธารณะในประเทศไทยได้มาตรฐาน ๓ ด้าน ได้แก่ ความสะอาด (Healthiness) ความเพียงพอ (Accessibility) และความปลอดภัย (Safety) ให้ได้มาตรฐานในสถานที่สาธารณะเป้าหมาย ๑๒ ประเภท ซึ่งมีความก้าวหน้ามากขึ้นตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังประสบปัญหาด้านการจัดการสิ่งปฏิกูล โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่ามีเทศบาลให้บริการสุขสิ่งปฏิกูลคิดเป็นร้อยละ ๕๖.๖๒ ของเทศบาล ในขณะที่องค์การบริหารส่วนตำบลให้บริการ คิดเป็นร้อยละ ๔๐.๙๘ ขององค์การบริหารส่วนตำบล นอกจากนี้ การให้บริการกำจัดสิ่งปฏิกูลในระดับเทศบาลคิดเป็นร้อยละ ๓๖.๗๙ ในขณะที่องค์การบริหารส่วนตำบลให้บริการ คิดเป็นร้อยละ ๒๖.๙๒

ปัจจุบันยังพบการลักลอบทิ้งสิ่งปฏิกูลในหลายพื้นที่ซึ่งส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและก่อให้เกิดการปนเปื้อนของเชื้อโรคที่อาจมีผลต่อสุขภาพของประชาชนได้

๓) สถานการณ์มูลฝอย

มูลฝอยทั่วไป

ปีพ.ศ. ๒๕๕๗ ปริมาณมูลฝอยทั่วไปที่เกิดขึ้นทั่วประเทศประมาณ ๒๖.๑๗ ล้านตันต่อปี โดยจังหวัดที่มีปริมาณมูลฝอยทั่วไปมากที่สุด ๓ อันดับแรก คือ กรุงเทพมหานคร ชลบุรี และนครราชสีมา ตามลำดับ จากการสำรวจโดยกรมอนามัย เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่าการจัดการมูลฝอยทั่วไปขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๑,๙๕๓ แห่ง การให้บริการเก็บมูลฝอยทั่วไป ระดับเทศบาลมีการให้บริการมากกว่าโดยคิดเป็นร้อยละ ๘๕.๐๑ ในขณะที่องค์การบริหารส่วนตำบลให้บริการคิดเป็นร้อยละ ๔๗.๓๑ การให้บริการกำจัดมูลฝอยทั่วไประดับเทศบาลมีการให้บริการมากกว่าโดยคิดเป็นร้อยละ ๗๒.๔๑ องค์การบริหารส่วนตำบลให้บริการคิดเป็นร้อยละ ๓๘.๙๑ นอกจากนั้นไม่มีให้บริการกำจัดมูลฝอยทั่วไปแต่ประชาชนดำเนินการด้วยตนเอง เช่น เผาในที่โล่ง กองในที่โล่ง เป็นต้น จากข้อมูลสถานที่กำจัดมูลฝอยทั่วไป ๑,๙๕๔ แห่ง เป็นการกำจัดมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ คือ การฝังกลบอย่างถูกหลักสุขาภิบาลและการเผาในเตาเผา รวม ๖๙๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๕๒ ของสถานที่กำจัดมูลฝอยทั่วไปทั้งหมด

มูลฝอยติดเชื้อ

สถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ปี ๒๕๕๗ พบว่าโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวน ๘๙๕ แห่ง มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นทั้งหมด ๗๑,๐๙๐ กิโลกรัม/วัน คิดเป็นอัตราการเกิดมูลฝอยติดเชื้อ ๐.๘๑ กิโลกรัม/เตียง/วัน การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุข พบว่าส่วนใหญ่มีการกำจัดโดยใช้เตาเผา และมีการส่งมูลฝอยติดเชื้อออกไปกำจัดนอกโรงพยาบาลมากขึ้น โดยจำแนกเป็นส่งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้กำจัด คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๘๑ ส่งให้เอกชนเป็นผู้กำจัด คิดเป็นร้อยละ ๘๙.๑๙ และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยใช้เตาเผาของโรงพยาบาลเอง คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๔๑ ทั้งนี้โรงพยาบาลที่ส่งมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดภายนอกโรงพยาบาลต้องมีระบบการควบคุมกำกับการขนมูลฝอยติดเชื้อ เพื่อควบคุมป้องกันการลักลอบทิ้งมูลฝอยติดเชื้อปะปนกับมูลฝอยทั่วไปหรือในที่

สาธารณสุข เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคสู่สิ่งแวดล้อม แต่พบว่าโรงพยาบาลส่วนหนึ่งยังไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดจึงยังมีความเสี่ยงที่จะพบการลักลอบทิ้ง

ของเสียอันตราย

ในปี ๒๕๕๗ การประมาณการของเสียอันตรายที่เกิดขึ้นทั่วประเทศมีจำนวน ๒.๖๙๓ ล้านตัน ลดลงจากปี ๒๕๕๖ ประมาณ ๐.๖๑๐ ล้านตัน (ร้อยละ ๑๘.๕) ของเสียอันตรายที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นของเสียอันตรายจากอุตสาหกรรม ๒.๐๖๕ ล้านตัน หรือร้อยละ ๗๗ และเป็นของเสียอันตรายจากชุมชน (รวมซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์และมูลฝอยติดเชื้อ) ประมาณ ๐.๖๒๘ ล้านตัน (ร้อยละ ๒๓) ส่วนคาดการณ์ปริมาณของเสียอันตรายจากชุมชน ในปี ๒๕๕๗ เกิดขึ้นประมาณ ๕๗๖,๓๑๖ ตัน เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๖ จำนวน ๑๓,๔๘๒ ตัน หรือร้อยละ ๒.๔ ส่วนใหญ่เป็นซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ (Waste from Electrical and Electronic Equipment : WEEE) ประมาณ ๓๗๖,๘๐๑ ตัน หรือร้อยละ ๖๕ และของเสียอันตรายประเภทอื่น ๆ จากชุมชน เช่น แบตเตอรี่ หลอดไฟ ภาชนะบรรจุสารเคมี เป็นต้น ประมาณ ๑๙๙,๕๑๕ ตัน หรือร้อยละ ๓๕

สถานการณ์ด้านสุขภาพด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ นำโดยสัตว์และแมลง การเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่มีสาเหตุการรับสัมผัสสิ่งคุกคามทางชีวภาพในสิ่งแวดล้อมโดยมีสัตว์และแมลงนำโรคเป็นพาหะ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการจัดการโรค การจัดการแหล่งเพาะพาหะนำโรค ด้วยการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อมทั่วไป การจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่ส่งผลถึงการแพร่กระจายพาหะนำโรค จากข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคสำคัญในปี ๒๕๕๗ โรคเลปโตสไปโรซิสพบการระบาดสูงในพื้นที่ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โรคไข้เลือดออกมีอัตราป่วยที่สูงกว่าโรคอื่น ๆ และมีผู้ป่วยทุกจังหวัดของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีความรุนแรงในแถบจังหวัดทางตะวันตกและภาคใต้ของไทย

การร้องเรียนปัญหามลพิษ

การร้องเรียนมาจากปัญหาเหตุรำคาญมายังหน่วยงานภาครัฐถือเป็นสัญญาณว่าอาจเกิดปัญหาสิ่งแวดล้อมต่อประชาชน จึงเป็นวิธีการแก้ปัญหาที่ประชาชนนึกถึงเป็นอันดับแรก เนื่องจากประชาชนรู้สึกสิทธิของตนเอง ขณะเดียวกันประชาชนรับทราบช่องทางในการร้องเรียนมากขึ้นทำให้มีการร้องเรียนมายังหน่วยงานภาครัฐอย่างต่อเนื่องตลอดมา จากข้อมูลของหน่วยงานภาครัฐที่รับเรื่องร้องเรียนด้านมลพิษ ๖ แห่ง ได้แก่ กรุงเทพมหานคร, ศูนย์บริการประชาชน

สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, กรมโรงงานอุตสาหกรรม, กรมควบคุมมลพิษ, ศูนย์บริการร่วม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และศูนย์ดำรงธรรม กระทรวงมหาดไทย พบว่า ปัญหาเหตุเดือดร้อนรำคาญจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีการร้องเรียนนั้น ส่วนใหญ่เป็นปัญหามลพิษทางอากาศและเสียง โดยพื้นที่ที่มีการร้องเรียนมากที่สุด คือ กรุงเทพมหานครและปริมณฑล เนื่องจากเป็นศูนย์กลางเศรษฐกิจที่มีโรงงานอุตสาหกรรมและสถานประกอบการจำนวนมาก สะท้อนให้เห็นว่าสถานประกอบการจำนวนหนึ่งยังไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย

การจัดการสิ่งปฏิกูล

โดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่ามีเทศบาลให้บริการสุขสิ่งปฏิกูล คิดเป็นร้อยละ ๕๖.๖๒ ของเทศบาล ในขณะที่องค์การบริหารส่วนตำบลให้บริการคิดเป็นร้อยละ ๔๐.๙๘ ขององค์การบริหารส่วนตำบล นอกจากนี้ การให้บริการกำจัดสิ่งปฏิกูลในระดับเทศบาล คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๗๙ ของเทศบาลทั้งหมดที่มีข้อมูล ในขณะที่องค์การบริหารส่วนตำบลให้บริการคิดเป็นร้อยละ ๒๖.๙๒ ขององค์การบริหารส่วนตำบลทั้งหมดที่มีข้อมูล ปัจจุบันยังพบการลักลอบทิ้งสิ่งปฏิกูลในหลายพื้นที่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและก่อให้เกิดการปนเปื้อนของเชื้อโรคที่อาจมีผลต่อสุขภาพของประชาชน ดังที่พบว่าประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย มีอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงมากที่สุดในโลก ข้อมูลปี ๒๕๕๗ พบความชุกพยาธิใบไม้ตับร้อยละ ๙.๒ โดยในระดับหมู่บ้านอาจมีความชุกสูงถึง ร้อยละ ๙๐ รองลงมา คือ ภาคเหนือพบร้อยละ ๕.๒ ในระดับหมู่บ้านอาจมีความชุกสูงถึงร้อยละ ๔๕.๖ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง จากพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องการบริโภคอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืด เช่น ปลาแรดดิบ ส้มตำใส่ปลาแรดดิบ แจ่วบองใส่ปลาแรดดิบ และโรคนี้มีต้นทุนการรักษาสูงประมาณ ๕ แสนบาทต่อคน ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตต่ำมาก เนื่องจากพบผู้ป่วยเป็นมะเร็งในระยะท้าย ๆ ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ยอมรับและจัดให้โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นเชื้อก่อโรคมะเร็งท่อน้ำดี การส่งเสริมสุขภาพและการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมไม่ให้อุจจาระปนเปื้อนแหล่งน้ำ ให้ปลาปลอดพยาธิ รวมทั้งการส่งเสริมศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะ นับเป็นมาตรการสำคัญในการป้องกันสุขภาพจากปัญหาดังกล่าว

กล่าวโดยสรุปคือ ปัจจุบันสถานการณ์ปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในขณะที่ประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการทั้งระดับท้องถิ่น ประชาชน รวมทั้งภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ยังมีความจำเป็นต้องเร่งรัด พัฒนาระบบการดำเนินงาน โดยมุ่งเป้าหมาย

ที่การป้องกันและคุ้มครองสิทธิทางสุขภาพประชาชนและการสร้างความเข้มแข็งชุมชนและท้องถิ่นอย่างยั่งยืน เนื่องจากผลกระทบต่อสุขภาพจากปัญหาสิ่งแวดล้อมอาจเป็นผลกระทบที่ไม่เกิดขึ้นในทันทีทันใด และปัจจุบันแม้จะมีข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์จากการวิจัยและการวิเคราะห์ในระดับสากลเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากปัญหาสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ แต่สถานการณ์ด้านข้อมูลผลกระทบต่อสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมของประเทศไทยเอง ยังมีข้อจำกัดที่ชัดเจนในเรื่องการวิเคราะห์เชื่อมโยง คือ ปัญหาสุขภาพหรือความเจ็บป่วยดังกล่าวเกิดจากสาเหตุด้านสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ โดยตรงหรือไม่ การดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมจึงยึดหลักการสำคัญ ได้แก่ หลักการป้องกันไว้ก่อน (The Precautionary Principle), หลักการส่งเสริมอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health Promotion), หลักการมีส่วนร่วมของประชาชน (Public Participation) และหลักการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Intersectorality) มาเป็นกรอบในการกำหนดเป้าหมายและมาตรการดำเนินการของประเด็นยุทธศาสตร์ฯ

ส่วนที่ ๒

บริบทของกรมอนามัย

วิวัฒนาการการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย มีรูปแบบการดำเนินงานที่เกิดขึ้นตามช่วงเวลาต่าง ๆ ในประเทศไทย โดยแบ่งออกเป็น ๔ ยุค คือ

๑. ยุคการพึ่งตนเองด้านสุขภาพตามระบบการแพทย์พื้นบ้านไทย โดยหลักการและการปฏิบัติของการแพทย์พื้นบ้านไทยมีการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระบบการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกันและการดูแลสุขภาพของประชาชนทั่วไป ซึ่งอยู่ในรูปแบบต่าง ๆ แต่ไม่ได้มีการศึกษาและบันทึกไว้อย่างเป็นระบบจึงไม่ได้ถูกนำมาใช้อย่างเต็มที่ที่เหมาะสมกับคุณค่าที่มีอยู่ในฐานะเป็นวัฒนธรรมสุขภาพของคนไทยที่ได้หล่อหลอมและปรับให้เข้ากับบริบทของสังคมในทุกมิติแล้ว การสร้างเสริมและพัฒนาเรื่องนี้จากภาคประชาชนมีข้อจำกัดมาก ส่วนจากภาครัฐยังไม่เน้นที่การสร้างเสริมสุขภาพเป็นการเฉพาะ

๒. ยุคเริ่มต้นของการสาธารณสุขไทยตามระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน การสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยงานต่าง ๆ ได้ดำเนินการในความหมาย “การส่งเสริมสุขภาพ” คือ บุคลากรสาธารณสุขเป็นศูนย์กลางการปฏิบัติในฐานะผู้ให้ ส่วนประชาชนเป็นผู้รับ โดยเน้นที่ปัญหาเฉพาะในขณะนั้นด้วยการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคในเด็ก การให้สุขศึกษาผ่านสื่อชนิดต่าง ๆ และการรณรงค์ทางสังคมด้วย คาดหวังให้ประชาชนมีความรู้และตระหนักต่อปัญหาและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่ต้องการได้

๓. ยุคการใช้สาธารณสุขมูลฐานเป็นกลยุทธ์หลักในการพัฒนาสุขภาพ ประเทศไทยได้นำกลยุทธ์สาธารณสุขมูลฐานมาปรับใช้ในการดำเนินงานซึ่งเป็นเป้าหมายและทิศทางใหม่ของการพัฒนาสุขภาพตามเป้าหมายองค์การอนามัยโลกที่ต้องการให้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลยุทธ์เพื่อทำให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้าขึ้น โดยเป็นข้อตกลงร่วมกันจากการประชุมนานาชาติที่กรุงอัลมา-อะตา ประเทศสหภาพโซเวียต ในปีพ.ศ. ๒๕๒๑ และได้จัดทำเป็นคำประกาศอัลมา-อะตา (Declaration of Alma-Ata) มีเป้าหมายหลัก คือ “สุขภาพดีถ้วนหน้าในปีพ.ศ. ๒๕๔๓” (Health for All by The Year ๒๐๐๐) ซึ่งเป็นการตั้งเป้าหมายการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานไว้ประมาณ ๒๐ ปี เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า การสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพพื้นฐานที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ด้วยการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง (ร่วมในการกำหนดปัญหา การวางแผน การดำเนินงานแก้ไขปัญหา

และการควบคุมกำกับและการประเมินผล) และด้วยความร่วมมือและสนับสนุนจากภาครัฐที่ให้กับประชาชนทั้งในด้านนโยบาย การจัดหรือปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ และองค์ความรู้ที่เอื้อต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน จึงทำให้แนวคิดและแนวทางการพัฒนาสุขภาพมีความแตกต่างจากเดิมเป็นอย่างมาก เพราะเป็นการเปลี่ยนเป้าหมายและศูนย์กลางการพัฒนาจากบุคลากรสาธารณสุขเป็นประชาชนผ่านแกนนำหรือผู้นำด้านสุขภาพ (อสม.)

๔. ยุคการใช้การส่งเสริมสุขภาพเป็นกลยุทธ์หลักในการพัฒนาสุขภาพจุดเริ่มต้นของกลยุทธ์สาธารณสุขแนวใหม่เกิดขึ้นหลังจากการองค์การอนามัยโลกได้จัดประชุมนานาชาติเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา มีข้อสรุปที่ประกาศออกมาเป็น “กฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ”, การประชุมครั้งที่ ๒ : ข้อเสนอแนะแอดิเลตเรื่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ, การประชุมครั้งที่ ๓ : คำประกาศซันด์สวาลล์ เรื่องสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ, การประชุมครั้งที่ ๔ : คำประกาศจาการ์ตา เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพสู่ศตวรรษที่ ๒๑, การประชุมครั้งที่ ๕ : การสร้างเสริมสุขภาพด้วยการลดความไม่เป็นธรรม, การประชุมครั้งที่ ๖ : กฎบัตรกรุงเทพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์ จากหลักการที่กล่าวมาถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการขับเคลื่อนเรื่อง “การสาธารณสุขแนวใหม่ (New Public Health)” ซึ่งกรมอนามัยได้ยึดเป็นแนวทางการดำเนินงาน โดยจุดเริ่มต้นจากเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้า” ทำโครงการที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพเชิงประยุกต์ ที่สำคัญมี ๓ เรื่อง คือ ๑) โครงการเมืองน่าอยู่ (Healthy Cities) ๒) โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting School) และ ๓) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Hospital) จนพัฒนาต่อยอดผลงานอื่น ๆ ต่อมาอีกมากมาย ได้แก่ โครงการป้องกันการแพร่เชื้อเอช ไอ วี จากแม่สู่ลูก, โครงการศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่, โครงการวัยเรียนวัยใสอนามัยดีดี, โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันทันตกรรมสำหรับเด็ก, โครงการประกวดคู่มือโรงเรียนส่งเสริมทันตสุขภาพ, โครงการกินผักทุกวันเด็กไทยไม่อ้วน, โครงการพัฒนาบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น, โครงการคนไทยไร้พุง, โครงการก้าวเดินประเทศไทย ๙๙๙๙, โครงการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทำงานในสถานประกอบการ และโครงการอื่น ๆ เช่น โครงการเมนูสุขภาพและโภชนาการ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทยในอดีตเป็นกิจกรรมส่งเสริมอนามัยส่วนบุคคลและอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นหลัก โดยเกี่ยวข้องกับส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลโดยทั่วไปหรือเฉพาะกลุ่มบุคคลเพื่อป้องกันการเกิดโรค (การมองสุขภาพในเชิงภาวะ

สุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ : Negative Health) (ธีระวิวัฒน์, ๒๕๕๘) ซึ่งแตกต่างจากการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันที่เน้นพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อควบคุมภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ (Health Risk Conditions) เช่น ภาวะอ้วน ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ฯลฯ เพื่อการมีสุขภาพะที่พึงประสงค์ (การมองสุขภาพในเชิงภาวะสุขภาพที่พึงประสงค์ : Positive Health) และคาดหวังผลของการดำเนินงาน (Outcome) ในภาพรวมระดับประชากร (Population Level) เพื่อให้ส่งผลกระทบต่อในเชิงระดับมหภาค (Macro Level) มากกว่าภาวะสุขภาพของปัจเจกบุคคล (Individual Level) กรมอนามัยจึงก้าวเดินต่อไปอย่างไม่หยุดนิ่ง โดยพัฒนาและสร้างสรรค์สิ่งที่ดีสำหรับประชาชน เพื่อให้สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงและความท้าทาย จึงมีการบริหารการเปลี่ยนแปลง (Change Management) เพื่อการเป็นผู้นำในด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแนวคิดและแนวทางการบริหารจัดการของกรมอนามัยในปัจจุบัน เพื่อกำหนดจุดยืนของกรมอนามัย และจัดทำ Blueprint for Change สู่อการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรมอย่างยั่งยืน

๑) จุดยืน (Positioning) ของกรมอนามัย

กรมอนามัยวางจุดยืนที่มั่นคงโดยในส่วนกลางจะยกระดับเป็นองค์กรหลักของชาติ (National Lead) ด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือเป็น National Health Authority (NHA) สร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนในทุกพื้นที่ได้ประจักษ์ถึงความมุ่งมั่นของกรมอนามัยในการดูแลสุขภาพทั้ง ๕ กลุ่มวัย เริ่มตั้งแต่การตั้งครรภ์คุณภาพ พ่อแม่คุณภาพ เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยทุกมิติ วัยเรียน วัยรุ่น สูงสมส่วน มีทักษะชีวิตและทักษะสุขภาพที่ดี วัยทำงานหุ่นดี สุขภาพดี มีความสุข และผู้สูงอายุได้รับการดูแลภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพะที่ดีอย่างยั่งยืน ส่วนศูนย์อนามัยและหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในภูมิภาคจะเป็นหน่วยงานหลักระดับพื้นที่ (Regional Lead) ทำหน้าที่ชี้เป้า ฝ้าดู รู้การเปลี่ยนแปลงของการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในเขต โดยเน้นการดำเนินงานควบคุมภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ (Health Risk Conditions) เช่น ภาวะอ้วน เพื่อการมีสุขภาพะที่พึงประสงค์ (Positive Health) และคาดหวังผลของการดำเนินงานในภาพรวมระดับประชากร (Population Level) เพื่อให้ส่งผลกระทบต่อในเชิงระดับมหภาค (Macro Level) มากกว่าภาวะสุขภาพของปัจเจกบุคคล (Individual Level)

๒) วิสัยทัศน์

กระแสการปฏิรูปประเทศและการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ที่มุ่งเน้นการบูรณาการ (Integration) และสร้างความสอดคล้องเชื่อมโยงไปในทิศทางเดียวกันทุกภาคส่วน (Alignment) เพื่อให้ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน กรมอนามัยจึงกำหนดวิสัยทัศน์ด้วยกระบวนการคิด “ถอยไปข้างหน้า” อย่างยั่งยืน บนเข็มมุ่งการเป็นองค์กรคุณภาพคู่คุณธรรมนำไปสู่การประกาศวิสัยทัศน์

“กรมอนามัยเป็นองค์กรหลักของประเทศในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อประชาชนสุขภาพดี”

๓) พันธกิจ

“ทำหน้าที่ในการสังเคราะห์ ให้ความรู้ และดูภาพรวม เพื่อกำหนดนโยบายและออกแบบระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยการประสานงาน สร้างความร่วมมือ และกำกับดูแลเพื่อให้เกิดความรับผิดชอบต่อการทำงาน”

๔) วัฒนธรรมองค์กร

เพื่อสนับสนุนให้การดำเนินงานของกรมอนามัยบรรลุจุดยืน วิสัยทัศน์ และพันธกิจ ตลอดจนเกิดการพัฒนาย่างยั่งยืน กรมอนามัยจึงกำหนดวัฒนธรรมองค์กรให้ง่ายแก่การจดจำ สะดวกต่อการปฏิบัติ และเป็นทิศทางกำกับการทำงานสำหรับบุคลากรกรมอนามัย คือ “HEALTH” ประกอบด้วย

H = Health Model (เป็นต้นแบบสุขภาพ)

การที่เราจะเป็นผู้นำในการส่งเสริมสุขภาพที่ดี เราควรต้องปฏิบัติให้เป็นตัวอย่างและเพื่อการเรียนรู้รูปแบบวิธีการปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบด้วย

E = Ethics (มีจริยธรรม)

การปฏิบัติงานอย่างมีจริยธรรม ซึ่งหมายถึง ความซื่อสัตย์ โปร่งใส ไม่เลือกปฏิบัติ และไม่แสวงหาประโยชน์ในการปฏิบัติงาน จะเป็นเกราะคุ้มกันให้เราสามารถแสดงบทบาทของการตรวจพิสูจน์ทราบและให้ความเป็นธรรมแก่ประชาชนและ

ผู้ประกอบการที่เกี่ยวข้องกรณีมีปัญหาการก่อกมลภาวะที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ หรือกรณีผลกระทบจากการรับบริการส่งเสริมสุขภาพจากผู้ให้บริการของเรา

A = Achievement (มุ่งผลสัมฤทธิ์)

ซึ่งหมายถึงการมุ่งมั่นรับผิดชอบในการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เกิดผลสัมฤทธิ์ และตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้าและผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของบุคลากรที่จะนำพาให้องค์กรพัฒนาไปสู่ความเป็นเลิศและมีความสำเร็จสูงได้

L = Learning (เรียนรู้ร่วมกัน)

ในการที่จะพัฒนาบุคลากรให้เป็น “ผู้เชี่ยวชาญ” (Expert) ได้นั้น พวกเราจำเป็นต้องใช้กระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management) ที่มีการรวบรวม ค้นคว้าองค์ความรู้ จัดทำคลังความรู้ และสร้างกลไกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ด้วยรูปแบบต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเน้นการสกัดความรู้ในตัวบุคคล (Tacit Knowledge) ให้เป็นความรู้ชัดแจ้งที่จับต้องได้ (Explicit Knowledge) ที่องค์กรสามารถนำไปพัฒนางานและขยายสู่บุคลากรรุ่นหลังได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) ได้ในอนาคต

T = Trust (เคารพและเชื่อมั่น)

ซึ่งหมายถึง การมีความเคารพในสิทธิ หน้าที่ ของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีความเชื่อมั่นและไว้วางใจต่อเพื่อนร่วมงาน ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่จะทำให้บุคลากรมีความรับผิดชอบ ต่อหน้าที่ของตน เข้าใจ และมีการประสานงานระหว่างกันได้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งจะเปิดโอกาสให้บุคลากรได้แสดงศักยภาพของตนเองได้มากขึ้นด้วย

H = Harmony (เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน)

ซึ่งหมายถึง การมุ่งเน้นการทำงานเป็นทีม และยอมรับผลสำเร็จของทีมงานร่วมกัน ไม่ว่าจะสำเร็จหรือล้มเหลว ถือเป็นวัฒนธรรมของการทำงานเป็นทีมที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ซึ่งเรื่องนี้จะต้องอาศัยความเป็นผู้นำขององค์กรทุกระดับในการบริหารจัดการและการสื่อสารกับบุคลากรภายในองค์กรอย่างมาก

ซึ่งมีความหมายโดยรวมว่า “เราชาวกรมอนามัย จะเป็นต้นแบบสุขภาพ มีจริยธรรม ปฏิบัติงาน มุ่งผลสัมฤทธิ์ เรียนรู้ร่วมกัน เคารพและเชื่อมั่นกันและกัน พร้อมเป็นหนึ่งเดียว”

๕) โครงสร้างและระบบการกำกับดูแลของกรมอนามัย

โครงสร้างและระบบการกำกับดูแลของกรมอนามัย ประกอบด้วยการกำกับดูแลภายในตามกลไกของหน่วยงานในสังกัดที่ต้องปฏิบัติตามภารกิจหน้าที่ที่กรมอนามัยมอบอำนาจให้รองอธิบดีหรืออธิบดีกรม จำนวน ๔ ท่าน ทำหน้าที่กำกับดูแลหน่วยงานต่าง ๆ และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน เพื่อกำกับดูแลเรื่องต่าง ๆ เป็นการเฉพาะ ดังภาพที่ ๘ และการกำกับโดยองค์กรภายนอก ซึ่งมีทั้งหน่วยงานกลางที่ปรึกษาภาคประชาชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ดังภาพที่ ๙

๑.๑ นายณัฐพร วงศ์สุทธิการ CFO	๑.๒ นายธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ CCO/CIO	๑.๓ นายคณัย อีวันตา CLO	๑.๔ ในระหว่างที่รอคำสั่งแต่งตั้งรองอธิบดีกรมอนามัยคนที่ ๔ ให้หน่วยงานต่อไปนี้เสนอเรื่องขึ้นตรงต่ออธิบดี CHRO
<p><u>สายสนับสนุน</u></p> <p>๑. กลุ่มตรวจสอบภายใน เฉพาะงานบริหารการเงินและพัสดุ</p> <p>๒. กองคลัง</p> <p><u>สายวิชาการ</u></p> <p>๓. สำนักทันตสาธารณสุข</p> <p>๔. สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ</p> <p>๕. ศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ</p> <p>๖. ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ</p> <p><u>สายพื้นที่</u></p> <p>๗. ศูนย์อนามัยที่ ๑,๒,๓ และพื้นที่ภาคเหนือ</p> <p><u>งานอื่นๆ</u></p> <p>๘. งานที่เกี่ยวข้องกับ สปสช.</p> <p>Clusters : วิทยาลัย , FIN</p>	<p><u>สายสนับสนุน</u></p> <p>๑. กองแผนงาน</p> <p>๒. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร</p> <p>๓. ศูนย์ความร่วมมือระหว่างประเทศ</p> <p>๔. ศูนย์สื่อสารสาธารณะ</p> <p>๕. สำนักบริหารการเปลี่ยนแปลง</p> <p><u>สายวิชาการ</u></p> <p>๖. สำนักส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>๗. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์</p> <p>๘. สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ</p> <p><u>สายพื้นที่</u></p> <p>๙. ศูนย์อนามัยที่ ๗,๘,๙,๑๐ และพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ</p> <p><u>งานอื่นๆ</u></p> <p>๑๐. งานที่เกี่ยวข้องกับ สช.,ยูนิเซฟ และองค์การอนามัยโลก</p> <p>Clusters : แม่และเด็ก , วิทยาลัย , KISS</p>	<p><u>สายสนับสนุน</u></p> <p>๑. ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข</p> <p><u>สายวิชาการ</u></p> <p>๒. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม</p> <p>๓. กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ</p> <p>๔. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ</p> <p>๕. ศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย</p> <p><u>สายพื้นที่</u></p> <p>๖. ศูนย์อนามัยที่ ๑๑,๑๒,๑๓ และพื้นที่ภาคใต้ และ กทม.</p> <p><u>งานอื่นๆ</u></p> <p>๗. โครงการตามพระราชดำริ</p> <p>๘. งานที่เกี่ยวข้องกับ สสส., การประสานส่วนภูมิภาค</p> <p>Clusters : อนามัยสิ่งแวดล้อม , Law</p>	<p><u>สายสนับสนุน</u></p> <p>๑. สำนักงานเลขานุการกรม</p> <p>๒. กองการเจ้าหน้าที่ (ยกเว้น การแต่งตั้งข้าราชการประเภทอำนวยการ และประเภทวิชาการระดับเชี่ยวชาญขึ้นไป)</p> <p><u>สายวิชาการ</u></p> <p>๓. สำนักโภชนาการ</p> <p>๔. กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ</p> <p>๕. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ</p> <p><u>สายพื้นที่</u></p> <p>๖. ศูนย์อนามัยที่ ๔,๕,๖ และพื้นที่ภาคกลาง</p> <p><u>งานอื่นๆ</u></p> <p>๗. งานที่เกี่ยวข้องกับแพทยสภา</p> <p>Clusters : วิทยาลัย , สูงอายุ , HR</p>

ภาพที่ ๘ โครงสร้างและระบบการกำกับดูแลภายในกรมอนามัย



ภาพที่ ๙ การกำกับโดยองค์กรภายนอก

๖) บทบาทของภาคี

ปัจจุบันการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ใช่ภารกิจหน้าที่ที่ผูกขาดโดยกระทรวงสาธารณสุขเพียงองค์กรเดียว แต่บทบาทดังกล่าวมีหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กร และชุมชนต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมหลายลักษณะเป็นพลังขับเคลื่อนสังคมในวงกว้าง ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติในพื้นที่ให้เกิดการตระหนักรู้ถึงความหมายและความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม หน่วยงานที่สำคัญ ได้แก่

๖.๑ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดตั้งขึ้นภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ดำเนินการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพครอบคลุมคนไทยกว่าร้อยละ ๙๙ หรือ ๔๗ ล้านคน โดยรัฐบาลจัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัวจาก ๒,๑๐๐ บาทต่อประชากรในปี ๒๕๕๑ เพิ่มขึ้นเป็น ๓,๐๒๙ บาทต่อประชากรในปี ๒๕๕๙ ซึ่งเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ ๔๔ เพื่อการบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคล ครอบครัวรวมถึงชุมชน ในรูปของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล

๖.๒ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่ใช่ส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจ จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของนายกรัฐมนตรี มีรายได้จากภาษีสรรพสามิต ยาสูบและสุรา ทำหน้าที่สนับสนุน ประสานความร่วมมือเพื่อให้เกิดกิจกรรมหรือโครงการสร้างเสริมสุขภาพโดยไม่จำกัดกรอบวิธีการ เป็นปฏิบัติการใหม่ ๆ ที่สร้างสรรค์ สามารถนำไปสู่

การขยายค่านิยมและสร้างพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและกว้างขวาง เช่น โครงการเพิ่มขีดความสามารถสู่การเป็นมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล การสนับสนุนการประชุมนานาชาติ ASEAN Conference on Marketing of Food to Children ซึ่งมีผลทำให้เกิดการจัดทำคำประกาศกรุงเทพฯ (Bangkok Call to Action) ที่เน้นให้หน่วยงานของรัฐควบคุมการส่งเสริมการขายอาหารที่ให้พลังงานสูงแต่คุณค่าทางโภชนาการต่ำแก่เด็กที่มีอายุไม่เกิน ๑๘ ปี เพื่อป้องกันปัญหาโรคอ้วนในเด็ก เป็นต้น

๖.๓ สำนักงานประกันสังคม (สปส.) มีวัตถุประสงค์ที่จะให้ลูกจ้างได้รับความคุ้มครองทั้งในเรื่องการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ทุพพลภาพ และตาย ทั้งนี้เนื่องและไม่เนื่องจากการทำงาน รวมไปถึงการคลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และการว่างงาน ปัจจุบันสำนักงานประกันสังคมเริ่มมีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ประกันตนมากขึ้น ดังในปี ๒๕๕๑ สปส. ได้ลงนามข้อตกลงดำเนินโครงการประกันสังคมรวมพลัง ลดน้ำหนัก ป้องกันโรคในสถานประกอบการร่วมกับ สปสช. และสนับสนุนให้สถานพยาบาลประกันสังคมจัดบริการเชิงรุกเน้นการ “สร้างนำซ่อม”

๖.๔ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้รับการถ่ายโอนภารกิจในการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมการสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว การรักษาพยาบาลและการดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมให้สะอาดปลอดภัย ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ โดยมีงบประมาณเพื่อการบริหารจัดการจำนวนมาก ส่วนหนึ่งได้จากงบประมาณแผ่นดิน (งบอุดหนุน) และอีกส่วนจากรายได้ที่เป็นภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT) นอกจากนี้ อปท. ยังมีอำนาจตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ ในการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่นตน เช่น การดำเนินงานด้านความปลอดภัยของอาหารและน้ำ การจัดการของเสียชุมชน และการใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อคุ้มครองสุขภาพประชาชน ปัจจุบัน อปท. โดยเฉพาะองค์กรบริหารส่วนตำบลหรือ อบต. มีบทบาทการทำงานด้านสุขภาพด้วยหลักการ “สร้างนำซ่อม” ในพื้นที่รับผิดชอบของตนเองมากขึ้น

๖.๕ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพระดับชาติที่เชื่อมขึ้นมาจากระดับพื้นที่ทั่วประเทศ เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายในสังคมมาร่วมคิด ร่วมนำเสนอประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เช่น ความเสมอภาคและการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น วิถีชีวิตเศรษฐกิจและสุขภาวะของคนไทย ฯลฯ ซึ่งมติที่ผ่านการรับรองจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจะนำเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เพื่อส่งต่อคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบประกาศเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Health Public Policy) และผลักดันสู่การปฏิบัติต่อไป ทั้งนี้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

(สช.) รับผิดชอบที่จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

๖.๖ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) หรือ พอช. ตั้งขึ้นตามพระราชกฤษฎีกาการจัดตั้งสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) พ.ศ.๒๕๔๓ เป็นองค์กรของรัฐตามพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ.๒๕๔๒ ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีหน้าที่เสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรชุมชนในเมืองและชนบทในการแก้ไขปัญหาตนเองโดยใช้สภาองค์กรชุมชนเป็นแกนกลางทำให้เกิดการเชื่อมโยงเครือข่ายขององค์กรชุมชนทุกระดับและประเด็นพัฒนาพัฒนาต่างๆ เช่น พัฒนาศูนย์เรียนรู้ชุมชน รวมถึงสนับสนุนการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชนซึ่งเงินกองทุนมาจากการสมทบของ ๓ ฝ่าย : สมาชิกกองทุนในตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ พอช.

๖.๗ แนวคิดความรับผิดชอบต่อสังคมของบรรษัทต่อสังคม (CSR-Corporate Social Responsibility) รัฐวิสาหกิจและภาคเอกชนย้ำแนวคิดการทำประโยชน์หรือการคืนกำไรสู่สังคมมาปฏิบัติกันอย่างแพร่หลาย ซึ่งมีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ตัวอย่างเช่น การไฟฟ้านครหลวงสนับสนุนค่ากระแสไฟฟ้าสำหรับไฟฟ้าสาธารณะและไฟฟ้าลานกีฬาตามชุมชนในเขตจำหน่ายของการไฟฟ้านครหลวง ได้แก่ กทม. นนทบุรี สมุทรปราการ เพื่อให้เยาวชนและประชาชนทั่วไปมีไฟฟ้าส่องสว่างลานกีฬาในชุมชนสำหรับออกกำลังกายและเล่นกีฬาเพื่อสุขภาพแข็งแรงและห่างไกลยาเสพติด หรือเครือข่ายอาสาสมัครสนับสนุนโครงการ “ครัวคุณภาพเพื่อคุณภาพชีวิต” โดยพัฒนาครัวของโรงเรียนในพื้นที่ห่างไกลให้สะอาดถูกสุขลักษณะ พร้อมทั้งให้ความรู้ด้านโภชนาการ สุขอนามัยและความปลอดภัยเพื่อปลูกฝังจิตสำนึกด้านสุขอนามัยให้แก่เด็ก ๆ เป็นต้น

นับเป็นแนวโน้มที่ดีที่งานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมได้รับการตอบรับและส่งเสริมจากหลายภาคส่วนในสังคม ควบคู่ไปกับการสร้างโอกาสให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้มากขึ้น มีพลังความคิดที่จะกำหนดทิศทางการพัฒนาและแก้ไขปัญหาของตนเองและสามารถนำความคิดสู่การปฏิบัติอย่างเป็นผล

กรมอนามัยสามารถใช้ประโยชน์จากโอกาสเช่นนี้เชื่อมโยงขบวนการทำงานกับภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาคีภาครัฐ และหน่วยงานพัฒนาที่เกี่ยวข้องต่างๆ ให้เกิดความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างยั่งยืน ขณะเดียวกัน สภาพการณ์เช่นนี้ กรมอนามัยจึงต้องชัดเจนในบทบาทและสามารถสื่อสารให้บุคลากรและทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องรับรู้เข้าใจ และร่วมมือ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความทับซ้อนในบางมิติ ขณะที่บางมิติเกิดช่องว่าง ขาดหน่วยงานเข้าไปเสริมดำเนินการ

๗) พลังคิดใหม่เพื่อขับเคลื่อนกรมอนามัย (DOH Change ; Re-Thinking Power)

(วชิระ เพ็งจันทร์, ๒๕๕๙)

ปัจจุบัน กรมอนามัยกำลังก้าวเดินต่อไปอย่างไม่หยุดนิ่ง โดยพัฒนาและสร้างสรรค์สิ่งที่ดีสำหรับประชาชนเพื่อให้สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงและความท้าทาย จึงมีการบริหารการเปลี่ยนแปลง (Change Management) เพื่อการเป็นผู้นำในด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามแนวคิดและแนวทางการบริหารจัดการของกรมอนามัยในปัจจุบัน โดยเริ่ม Re-treat, Re-role, และ Re-structure ตามความเหมาะสมจำเป็น ปลูกพลังทางความคิดของบุคลากรกรมอนามัยให้ร่วมกันสร้างฝัน (Big Dream) ออกแบบระบบงาน (Design) แล้วขับเคลื่อน (Drive) ไปสู่จุดหมายปลายทางเดียวกันจนได้พิมพ์เขียว (Blueprint) และแผนปฏิบัติการ (Action plan) เพื่อการเปลี่ยนแปลงใน ๓ ระดับ คือ ระดับกรม (DoH) ระดับกลุ่มทั้งกลุ่มวิชาการและกลุ่มสนับสนุน* (๖ Clusters, ๓ Supporting Groups/Human Resoure : HR, Financing : FIN และ Knowledge Management Information and Surveillance System : KISS) และระดับหน่วยงาน (Function) ทั้ง ๓๕ หน่วยงาน ใน ๓ ประเภท คือ หน่วยวิชาการ, หน่วยสนับสนุน และหน่วยปฏิบัติงานในส่วนภูมิภาค พลังขับเคลื่อนใหม่เพื่อขับเคลื่อนกรมอนามัยจึงทำให้เกิดวิธีคิด (The way of thinking) ๓ ชุดความคิด ชุดละ ๓ ประเด็น (๓ Sets of thinking) รวม ๙ ประเด็น ดังนี้

ชุดความคิดที่ ๑ จากคิดเล็กเป็นคิดใหญ่ ฝันไกล (Big Dream)

- ประเด็นที่ ๑ คิดท้าทายตัวเอง โดยจะเป็นองค์กรหลักของประเทศ (NHA) ในการกำหนดนโยบายและออกแบบระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่พึงประสงค์ในทุกกระดับ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนสุขภาพดีตลอดช่วงชีวิต ตั้งแต่ครรภ์มารดา ถึงเชิงตะกอน (Vision)
- ประเด็นที่ ๒ คิดอาสาเป็นผู้พิทักษ์ ผู้ปกป้อง และผู้กำกับ หรืออีกนัยหนึ่ง คือ การธรรมาภิบาล (Governance) ระบบตามประเด็นที่ ๑ ให้บรรลุเป้าหมาย โดยการสังเคราะห์ ใช้ความรู้ คุณภาพรวม พัฒนานโยบาย ออกแบบระบบ แสวงหาความร่วมมือและกำกับติดตาม (Mission)
- ประเด็นที่ ๓ คิดเก่งจนได้ ๓ เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์คือ Lead Lean Learn จากผู้ทำ (Do-er) เป็นผู้นำ(๓L) โดย Lead มุ่งสู่การเป็นองค์กรนำระดับชาติและระดับเขต

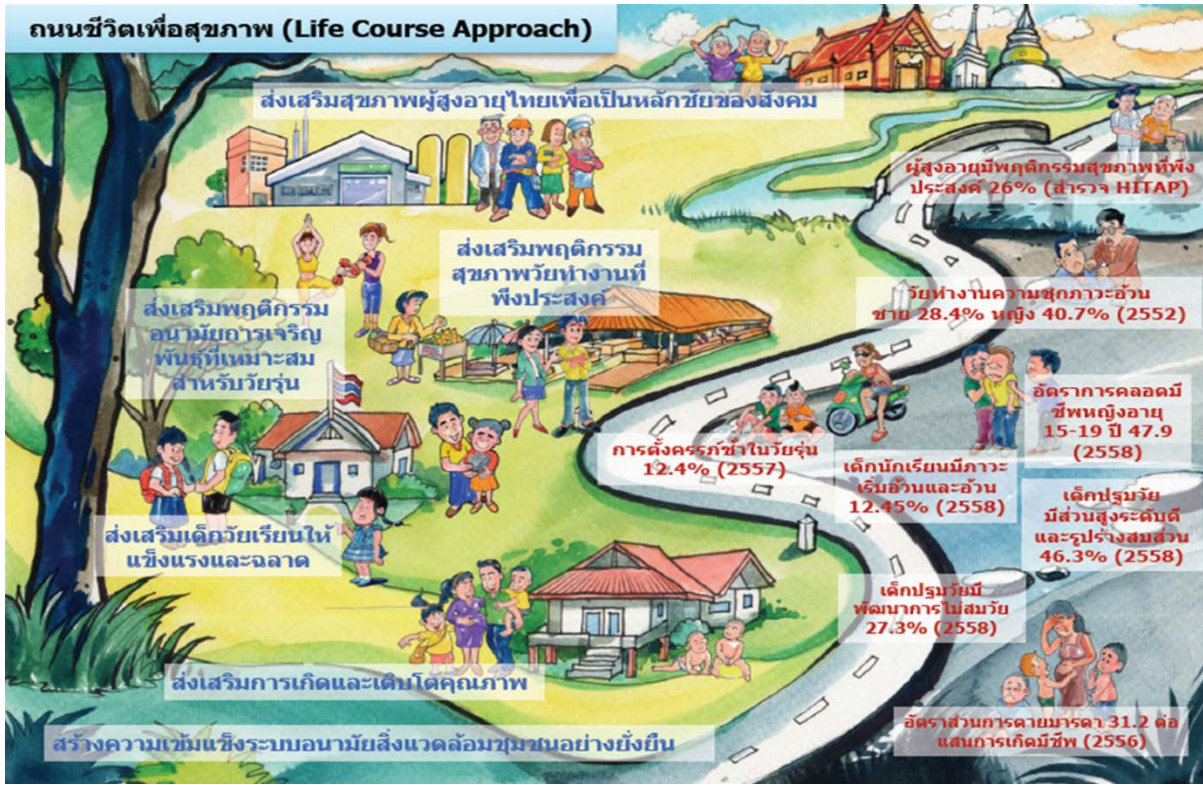
* กลุ่มวิชาการและกลุ่มสนับสนุน หมายถึง กลุ่มบริหารการเปลี่ยนแปลงด้านวิชาการและพัฒนาองค์ความรู้ ๖ กลุ่ม (กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย, กลุ่มวัยเรียน, กลุ่มวัยรุ่น, กลุ่มวัยทำงาน, กลุ่มวัยสูงอายุ, กลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อม และกลุ่มสนับสนุนการบริหารการเปลี่ยนแปลง ๓ กลุ่ม (กลุ่มยุทธศาสตร์กำลังคน/HR, กลุ่มจัดการความรู้ ข้อมูลและการเฝ้าระวัง/KISS, กลุ่มการคลังและงบประมาณ/FIN)

เป็นจุดขายที่จะสร้างภาพลักษณ์ใหม่ของกรม (Brand renovate) และ Learn ก้าวสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ มุ่งสู่ความเป็นเลิศ เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งทางวิชาการให้แก่กรม

ชุดความคิดที่ ๒ คิดหลุดจากมุมมองที่เห็นแต่ปัญหา (Problem Based)

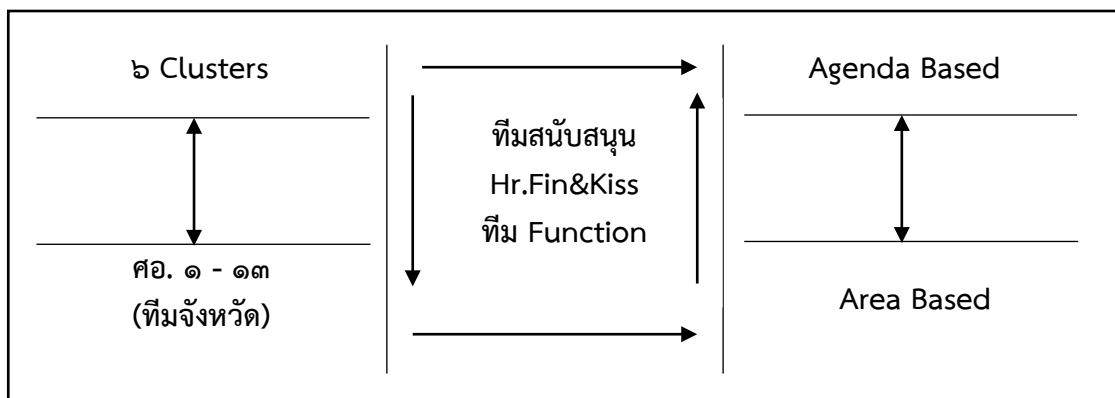
เป็นการสร้างฉากทัศน์ที่พึงประสงค์ (Scenario) ตามเส้นทางสายชีวิตและสุขภาพ ๕ กลุ่มวัย และสภาวะอนามัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ได้ออกแบบ (Design) กระบวนการใหม่ (Re-process) ๓ ประเด็นหลัก คือ

- ประเด็นที่ ๑ กระบวนการหลัก (Core Business Process) หรืออีกชื่อ คือ สายพานการผลิตหลัก (Production line) มีเป้าหมายที่สำคัญ คือ การผลิตและพัฒนาผลิตภัณฑ์ (Tools and Technologies) และนวัตกรรมใหม่ ๆ (Product Innovation, Model Development Innovation, Process and Management Innovation) การที่จะบรรลุผลสำเร็จดังกล่าว จำเป็นต้องเปลี่ยนบทบาท (Re-role) ๑) จากผู้บริหาร (อต. : อำนวยการต้น ,อส. : อำนวยการสูง) เป็นผู้นำทางวิชาการและบริหารอิงวิชาการ (Academic Leader) และ๒) จากนักวิชาการ/ผู้ปฏิบัติ เป็นนักค้นคว้าความจริง (Searcher & Researcher) และนักพัฒนานวัตกรรม (Innovator)
- ประเด็นที่ ๒ เปลี่ยนมุมมองต่อสุขภาพ, ส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ใหม่ มี ๓ ประเด็นสำคัญ คือ ๑) จากมูมลบ (Ill health) เป็นมูมบวก (Good Health) ๒) จากมองแยกส่วน (Fragment) เป็นรวมส่วน (Holistic) Bio-Psycho-Social-Economic & Environmental Health ๓) จากมองสั้น (Cross-section) เป็นมองยาว (Life Course Approach) จากกรรมมารดา ถึงเชิงตะกอนตามถนนชีวิตเพื่อสุขภาพ ดังแสดงในภาพที่ ๑๐ ซึ่งจากการเปลี่ยนมุมมองดังกล่าว ได้ก่อให้เกิด ๖ ทีมวิชาการ (Clusters) ๓ ทีมสนับสนุน (HR,FIN,KISS) เป็นทีมสหวิชาชีพที่เชี่ยวชาญความรู้หลายศาสตร์มาประกอบทีมกันที่จะเป็นผู้นำในการพัฒนาอย่างรู้เท่าทันโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วพร้อมกับพิจารณาคัดเลือกและเลือกรับ Product ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ อันดับแรกสุด ต้องกำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เหมาะสมของแต่ละกลุ่มวัย หรือ Milestone ต่อด้วย การปิด/Lean Gap แต่ละกลุ่มวัย เมื่อวิเคราะห์จากความเป็นจริงเทียบกับ Milestone จะเห็นช่องแห่งโอกาส (Gap) ที่สำคัญคือ ทำเฉพาะที่เป็น Gap (Do Gap) และ Lean ที่ไม่ใช่ Gap (No Do No Gap) เพื่อใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด



ภาพที่ ๑๐ ถนนชีวิตเพื่อสุขภาพ (Life Course Approach)

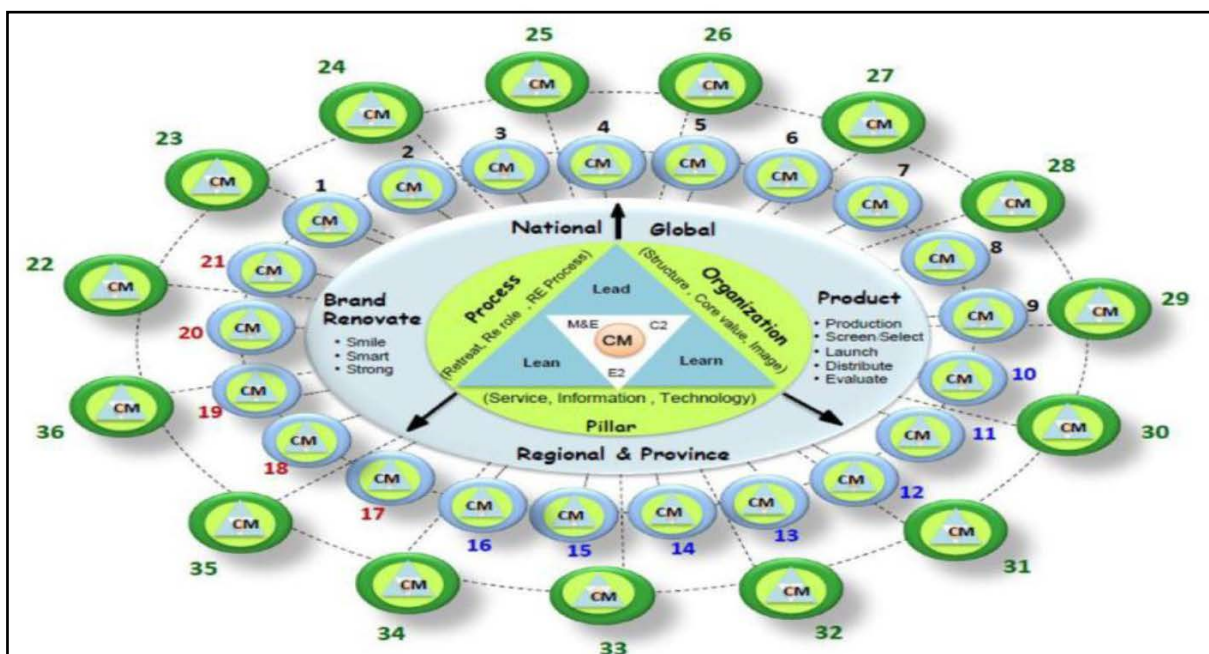
- ประเด็นที่ ๓ พลังแห่งการร่วมคิดได้กำเนิด Blueprint and Action Plan for change ใน ๓ ระดับ คือ ระดับกรม, ๙ กลุ่มวิชาการ/สนับสนุน และ ๓๕ หน่วย แผนการบริหาร การเปลี่ยนแปลงเชื่อมโยงสัมพันธ์กันระหว่างส่วนกลางกับพื้นที่อย่างเป็นระบบ ดังแผนภูมิอย่างง่าย ดังนี้



แผนภูมิที่ ๘ ความสัมพันธ์ระหว่างส่วนกลางกับพื้นที่

ชุดความคิดที่ ๓ คิดที่จะลงมือทำเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามที่คิดใหญ่และฝันไกล (Big Dream)

- ประเด็นที่ ๑ การบริหารการเปลี่ยนแปลง (Change Management) ภายใต้แนวคิด “เราจะไม่ทิ้งใครและหน่วยงานใดไว้ข้างหลัง เราจะไปด้วยกัน” ได้ก่อให้เกิดการออกแบบวงล้อเพื่อการเปลี่ยนแปลง ๑ ดาวฤกษ์ ๓๕ ดาวเคราะห์ หมุนอยู่รอบๆ กันและกัน อย่างสัมพันธ์กันและสนับสนุนเกื้อกูลกันเป็นครอบครัวใหญ่ วงล้อหมุนช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับ ๓ ปัจจัย คือ ๑) CC (Communication, Capacity Building), ๒) EE (Empowerment, Engagement) และ ๓) M/E (Monitoring & Evaluation)
- ประเด็นที่ ๒ การดำเนินโครงการ ๑๐๐ ตำบล ภายใต้ ๑,๐๐๐ ตำบล Long Term Care (LTC) ภายใต้แนวคิด “เราจะทดสอบและพิสูจน์ระบบของเราที่ผ่านการออกแบบใหม่ว่าดีจริงหรือไม่ ก็ต่อเมื่อพิสูจน์ได้ว่ามีประโยชน์ ต่อประชาชนในพื้นที่จริง”



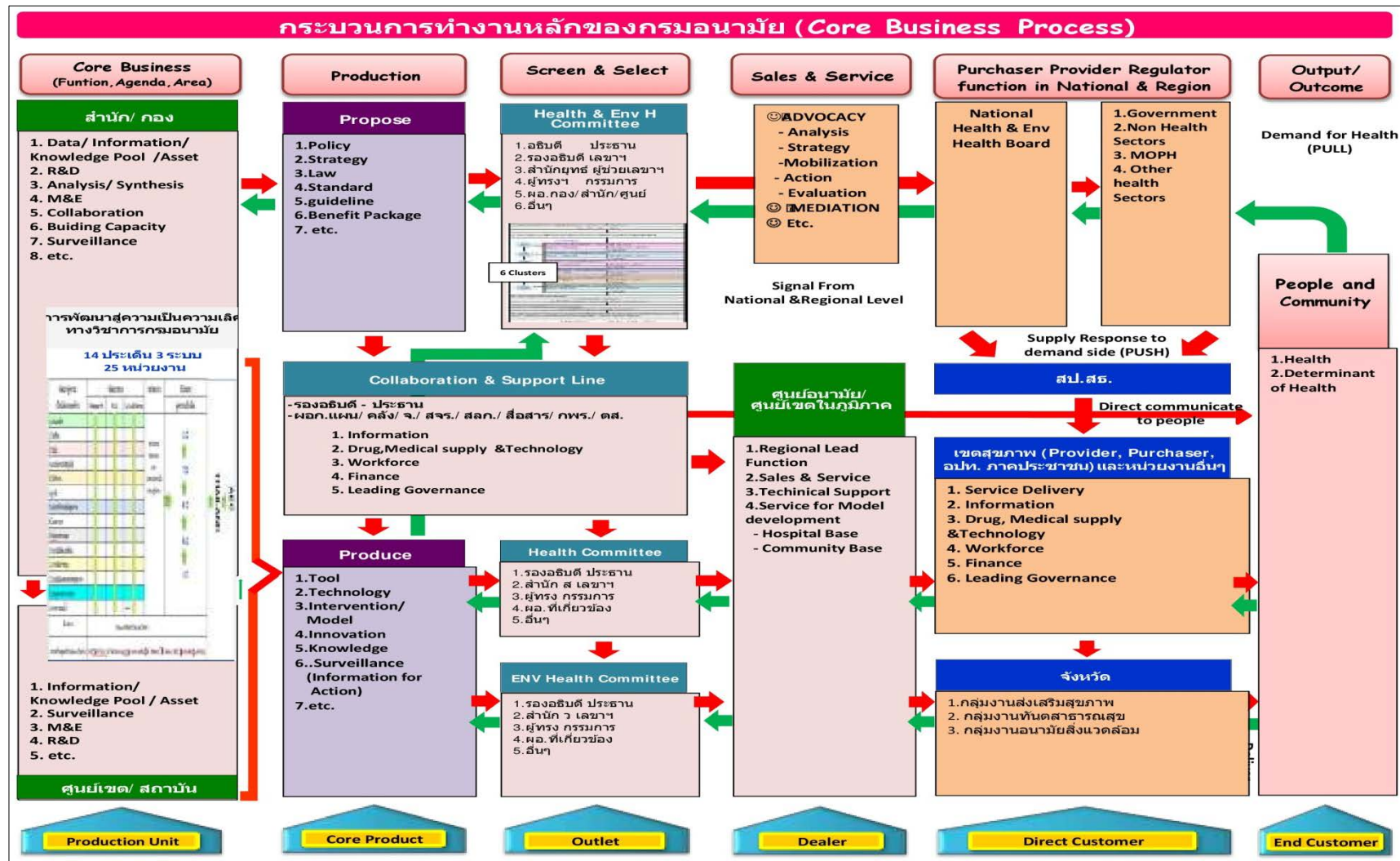
ภาพที่ ๑๑ วงล้อเพื่อการเปลี่ยนแปลงกรมอนามัย

- ประเด็นที่ ๓ สร้างภาพลักษณ์องค์กรใหม่ (Brand Renovation) ภายใต้แนวคิด “สื่อบุคคลสำคัญที่สุด คนคนนั้นคือคนของกรมอนามัยทุกคน” โดยมีความคิดสร้างสรรค์ให้ Miss/Mr.DoH (Miss/Mr.Healthy) เป็นตัวแทนคนกรมอนามัย ซึ่งมีบุคลิกสำคัญ ๓ ประการ คือ ๓S ; Smile, Smart และ Strong อย่างไรก็ตาม Miss/Mr.DoH (Miss/Mr.Healthy) แต่เป็นเพียง

ตัว Mascot ในโลกของความเป็นจริงการเปลี่ยนแปลงกรมอนามัยสู่การเปลี่ยนแปลงสังคมไทย อยู่ที่พลังความคิดใหม่ (Re-thinking Power) คิดใหญ่ ฝันไกล (Big Dream) คิดและลงมือทำ ด้วยวิธีการใหม่ (Re-Process) ความสำเร็จจะเกิดขึ้นได้ด้วย “หนึ่งสมองและสองมือ” ของคน กรมอนามัยร่วมกัน ดังภาพที่ ๑๑

๘) กระบวนการหลักของกรมอนามัย

กรมอนามัย ได้กำหนดกระบวนการทำงานหลัก (Core Business Process) เพื่อเป็น เครื่องมือสำคัญในการออกแบบ (design) ระบบและกระบวนการ ๕ กลุ่มวัยและภาวะอนามัย สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เป้าหมายสำคัญ คือ การผลิตและพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ สอดคล้องความต้องการของภาคีเครือข่ายและประชาชน ประกอบด้วย องค์ความรู้และชุดความรู้ ที่จะแก้ไขปัญหาสุขภาพ นโยบาย/ยุทธศาสตร์/กฎหมาย/แผนงานหลักของประเทศ รูปแบบการ ดำเนินการ (Intervention) รวมถึงนวัตกรรมใหม่ๆ (Product Innovation, Model Development Innovation, Process and Management Innovation) ซึ่งผลิตโดยหน่วยงานในสังกัดกรมอนามัย ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ผ่านกระบวนการวิจัยและพัฒนา วิเคราะห์/สังเคราะห์ เฝ้าระวัง ติดตามประเมินผล สร้างความร่วมมือ และพัฒนาศักยภาพบุคลากร นำเสนอต่อคณะกรรมการ ขับเคลื่อนการบริหารการเปลี่ยนแปลงด้านวิชาการและพัฒนาองค์ความรู้ ๖ กลุ่ม (กลุ่มสตรีและ เด็กปฐมวัย, กลุ่มวัยเรียน, กลุ่มวัยรุ่น, กลุ่มวัยทำงาน, กลุ่มวัยสูงอายุ, กลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อม) และคณะกรรมการสนับสนุนการบริหารการเปลี่ยนแปลง ๓ กลุ่ม (ยุทธศาสตร์กำลังคน, การจัดการความรู้ ข้อมูลและการเฝ้าระวัง, การคลังและงบประมาณ) พิจารณาคัดเลือกผลิตภัณฑ์ ที่เหมาะสม ก่อนส่งต่อให้คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (Health and Environmental Health Committee) โดยมีอธิบดีกรมอนามัยเป็นประธาน พิจารณารับหรือไม่รับ ผลิตภัณฑ์ดังกล่าว ผลิตภัณฑ์ที่ได้รับคัดเลือกจะถูกส่งให้ศูนย์อนามัยซึ่งเปรียบเสมือนผู้จำหน่าย ผลิตภัณฑ์ (Dealer) ไปดำเนินงานและเรียนรู้กับหน่วยปฏิบัติในระดับพื้นที่ ต่อยอดเป็น การดำเนินงานในระดับนโยบาย โดยมีการให้นโยบาย ชี้นำสนับสนุน กำกับ ติดตามผล และมีส่วนร่วม ในการดำเนินงาน ตลอดจนมอบอำนาจสร้างเสริมสุขภาพให้ประชาชนระดับบุคคล/ครอบครัว/ ชุมชน ดังภาพที่ ๑๒



ภาพที่ ๑๒ กระบวนการทำงานหลักของกรมอนามัย (Core Business Process)

๙) สมรรถนะหลักของกรมอนามัย

สมรรถนะหลักของกรมอนามัยหรือเรื่องที่กรมอนามัยมีความชำนาญที่สุด เป็นขีดความสามารถที่สำคัญซึ่งทำให้องค์กรบรรลุพันธกิจ ได้แก่ การมีองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health) ด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ซึ่งต่อมาเรียกว่า การส่งเสริมสุขภาพ “HEALTH PROMOTION” เพื่อ “Well-Being : สุขภาพดีตั้งแต่ก่อนเกิดจนตาย” รวมถึงด้านการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพที่มีบุคลากรสหวิชาชีพทำให้สามารถส่งเสริมสนับสนุนประชาชน/ชุมชนในการดูแลครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพดีทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และ Settings กำหนดและพัฒนานโยบาย (Policy Guidance) ยุทธศาสตร์ระดับประเทศ มาตรฐานเท่าทันสากล เพื่ออภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพะได้ทันการณ์สามารถทำนายนายการเปลี่ยนแปลงในอนาคตและเตรียมรับได้อย่างฉับไว และเป็นศูนย์กลางเชื่อมโยงภาคีเครือข่าย เพื่อคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพของประชาชน

๑๐) ระบบและการจัดการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ระบบและการจัดการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง ระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (A^๒ I M) ประกอบด้วย การประเมิน (Assessment), การเป็นปากเป็นเสียง (Advocacy), ปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (Intervention) และการบริหารจัดการด้วยการอภิบาลระบบ (Management/Governance) มีรายละเอียดดังนี้

A ตัวที่หนึ่ง คือ Assessment (การประเมิน) ประกอบด้วย การสืบค้น (Investigate) เพื่อหาข้อมูล หลักฐาน สาเหตุ, การวินิจฉัย (Diagnosis) สถานะหรือสภาวะของบุคคล ชุมชนหรือสิ่งแวดล้อมเพื่อการแบ่งกลุ่ม (Classify) และกำหนดหรือหามาตรการดูแลรักษาโดยแบ่งสถานะของบุคคล ชุมชน และสิ่งแวดล้อมออกเป็น ๓ ระดับ คือ

๑. กลุ่มปกติ (Normal) มีสถานะสุขภาพของบุคคลหรือสภาวะของชุมชนและสิ่งแวดล้อมที่ปกติยังไม่พบความเสี่ยงต่าง ๆ

๒. กลุ่มเสี่ยง (Risk) ตรวจพบความเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของประชาชนทั้งรายบุคคล (Individual) หรือเป็นกลุ่ม (Community, Population) หรือพบแนวโน้ม (Trend) ที่จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

๓. กลุ่มป่วย (II) เป็นบุคคลที่เจ็บป่วย, เกิดโรค หรือชุมชนและสิ่งแวดล้อมที่มีสภาพอันตรายชัดเจน

A ตัวที่สอง คือ Advocacy (การเป็นปากเป็นเสียง) คือ การที่จะต้องตั้งข้อร้องเรียน เป็นปากเป็นเสียงให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจให้ใครต่อใครเข้ามาให้ความร่วมมือ เพราะถึงแม้จะเป็นเรื่องสุขภาพแต่ให้กระทรวงสาธารณสุขทำงานเพียงกระทรวงเดียวคงไม่สำเร็จ จำเป็นต้องใช้ความร่วมมือจากหลาย ๆ ส่วน มาเป็นหุ้นส่วน ร่วมมือกัน ช่วยกัน สร้างกระแสโน้มน้าวให้เกิด การเปลี่ยนแปลงในสิ่งที่เป็นปัญหาทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตั้งแต่ การ Identify issue มาจากการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ประเด็นที่ต้องการ กำหนดเป้าหมายและ วัตถุประสงค์ กำหนดกลุ่มเป้าหมาย พัฒนาข้อความที่ต้องการสื่อ/ช่องทางการสื่อสาร พัฒนา แนวร่วม/กลุ่มสนับสนุน ระดมทุน จนถึงการค้าและการติดตามและประเมินผล

I คือ Intervention : ปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม) หมายถึง การนำ องค์ความรู้ เครื่องมือ และเทคโนโลยี ด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ขับเคลื่อนให้เกิด นโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (Healthy Public Policy) ทั้งในระดับท้องถิ่นและ ระดับชาติและนำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

โดยใช้ข้อมูลและความรู้เป็นปัจจัยนำเข้าในการกำหนดทิศทาง (Direction), นโยบาย (Policy), แผนยุทธศาสตร์ (Strategy) และการตัดสินใจด้านการเงิน (Finance) โดยคำนึงถึงปัจจัย กำหนดสุขภาพ (Health Determinants) มีการติดตามและประเมินผล (Monitor & Evaluate) และเฝ้าระวัง (Surveillance) ประกอบด้วย ๕ มิติ (Risk factor, Protective factor, Promoting intervention, Health Outcome and Impact) ๘ ประเด็น (๖ Cluster แบ่งตาม กลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม) ประเด็นที่ ๑) แม่ตาย, ๒) เด็กแรกเกิด – ๕ ปี พัฒนาการสมวัย, ๓) เด็กปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่นสูงตีสมส่วน, ๔) วัยเรียนเจริญเติบโตเต็มศักยภาพและมีทักษะ สุขภาพ, ๕) วัยรุ่นมีทักษะชีวิตและพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม, ๖) วัยทำงานหุ่นดี สุขภาพดี, ๗) ผู้สูงอายุสุขภาพดีดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี และ ๘) ชุมชนมีความเข้มแข็ง ในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน โดยมี ๓๖ ตัวชี้วัด ออกแบบระบบรายงาน ราย ๓ เดือน, ๖ เดือน, ๙ เดือน และ ๑ ปี ใน ๓ ระดับ (ระดับกระทรวง/เขต/จังหวัด) พร้อมระบบ ส่งข้อมูลสู่พื้นที่และชุมชน

Intervention หลัก แบ่งเป็น ๓ ระดับ คือ

๑. กลุ่มปกติ (Normal) ใช้มาตรการ Promote to Excellence ซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ใช้องค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ที่สอดคล้องกับพฤติกรรมกลุ่มวัย เพื่อให้ประชาชนกลุ่มปกติมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองและชุมชนให้อยู่ในระดับสูงสุด

๒. กลุ่มเสี่ยง (Risk) ใช้มาตรการ Elimination and Reduction Risk เป็นมาตรการที่ร่วมมือกันทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องดำเนินการกำจัดหรือลดความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ การเกิดโรคและสิ่งแวดล้อม

๓. กลุ่มป่วย (Ill) ใช้มาตรการ Maintain and Improve เพื่อดูแลระดับประคองให้สถานะและสถานการณ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อมไม่เลวลงหรือดีขึ้น

๔. มาตรการปกป้องคุ้มครอง (Protection) เน้นการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม (Equity) ตามข้อกำหนดทางกฎหมาย (Law and Regulation) ได้รับบริการตามมาตรฐาน (Accredited) และถูกต้องตามหลักวิชาการ (Approved) ช่วยเหลือ (Empower) ให้ประชาชน ชุมชนมีทักษะและความรู้ (Literacy) ที่เหมาะสมตามบริบท

M คือ Management and Governance หมายถึง การบริหารและการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในระดับต่าง ๆ คือ

- ระดับประเทศ กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาขึ้นนโยบายและออกกฎหมายโดยร่วมมือกับเครือข่ายและภาคส่วนอื่น ๆ เพื่อให้เกิดความรับผิดชอบ (Accountability)

- ระดับจังหวัด/อำเภอ ดำเนินการให้เกิดรูปแบบและมาตรฐานที่เหมาะสมด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ระดับจังหวัดและอำเภอ

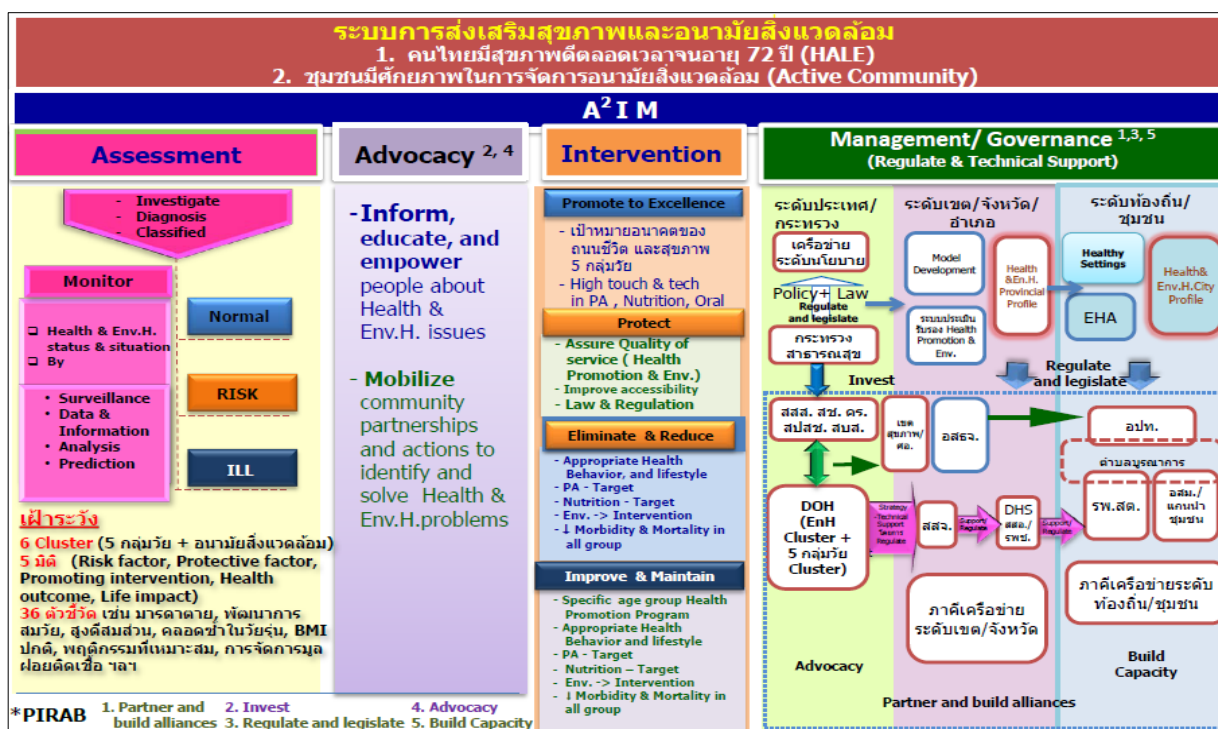
“Health and Environmental Health Model and Profile”

- ระดับท้องถิ่นและชุมชน กำหนดลักษณะมาตรฐาน (Profile) ด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมระดับพื้นที่หรือชุมชนและผลักดันให้เกิดการดำเนินงานและจัดการให้เกิดการประเมินรับรองคุณภาพและบริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environment Health Accreditation : EHA)

การดำเนินงานระดับประเทศ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และ Non Health sectors อื่น ๆ ร่วมกันขับเคลื่อนให้เกิดนโยบายและกฎหมาย (Health in All Policy) และส่งต่อให้

เขตสุขภาพดำเนินการในระดับจังหวัดผ่านการบริหารภาคีเครือข่ายระดับจังหวัดและอำเภอผ่านกลไกต่าง ๆ เช่น คณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสรจ.) ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS เป็นต้น เพื่อสนับสนุนให้ท้องถิ่นและเครือข่ายขับเคลื่อนการพัฒนาสู่การเป็นชุมชนที่มีการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดีมีมาตรฐาน

กรมอนามัยยึดหลัก Ottawa Charter ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมมาโดยตลอด ซึ่ง Ottawa Charter เกิดขึ้นในการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ ๑ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๒๙ ต่อมาประเทศไทยเป็นเจ้าภาพในการจัดประชุมงานส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ ๖ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ ที่กรุงเทพฯ จึงเกิด Bangkok Charter และได้ข้อสรุปว่า Ottawa Charter ยังต้องใช้อยู่ แต่ Bangkok Charter มาเสริมให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น และได้กำหนดยุทธศาสตร์ PIRAB มี ๕ ประการ คือ ๑) Partner and Build alliances (สร้างภาคี เครือข่าย), ๒) Invest (ลงทุนเพื่อพัฒนาโครงสร้างและระบบงาน), ๓) Regulate and legislate (พัฒนากระบวนการกำหนดนโยบายและกฎหมายด้านสุขภาพ), ๔) Advocacy (สร้างความตระหนักรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ) และ ๕) Build Capacity (พัฒนาสมรรถนะบุคลากร) ทั้งนี้ จะเห็นว่า PIRAB แทรกอยู่ในระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (A^๒ I M) ในส่วนของ Advocacy และ Management ดังภาพที่ ๑๓



ภาพที่ ๑๓ ระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย

๑๑) การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัย สิ่งแวดล้อมของกรมอนามัย

กรมอนามัยได้ทบทวนและประเมินสถานะขององค์กรทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของกรมอนามัย เพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ โดยพบว่าปัจจัยภายในที่เป็นจุดแข็ง (Strength) ของกรมอนามัยด้านยุทธศาสตร์/กฎหมาย/กฎระเบียบ (Strategy/Law/Regulation) คือ การเป็นผู้ดูแลพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ ซึ่งเป็นกฎหมายที่เอื้อต่อการสนับสนุนบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินงานสาธารณสุขตามที่กฎหมายกำหนดและดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่ายประชารัฐในทุกกระดับ ซึ่งในปัจจุบันมีการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติ ๓ ฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙, ร่างพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ., และร่างพระราชบัญญัติการสาธารณสุข (ฉบับที่...) พ.ศ.... รวมทั้งแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ คือ แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ในระยะ ๕ ปี และมีคณะกรรมการระดับชาติ ระดับเขต และจังหวัดเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน นอกจากนี้ โครงสร้างของกรมอนามัย (Structure) ประกอบด้วยหน่วยงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคครอบคลุมทั้งเชิงประเด็นและพื้นที่ ทำให้เอื้อต่อการเป็นผู้นำด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมทั้งในระดับนานาชาติ ระดับชาติ และระดับเขต ส่วนมุมมองในเชิงระบบ (System) กรมอนามัยได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ดูแล ปกป้อง และคุ้มครองระบบงาน ๒ ระบบ ได้แก่ ๑) ระบบส่งเสริมสุขภาพ และ ๒) ระบบอนามัยสิ่งแวดล้อม ทำให้เอื้อต่อการทำงานส่งเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) และกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) โดยบุคลากรกรมอนามัย (Staff) คือ กำลังสำคัญที่ช่วยให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากกรมอนามัยมีบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะ และความสามารถที่หลากหลาย มีสหวิชาชีพที่เอื้อต่อการทำงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างครบวงจร กระจายอยู่ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ได้แก่ แพทย์, ทันตแพทย์, นักวิทยาศาสตร์, พยาบาล และนักวิชาการ (โภชนาการ, นักวิทยาศาสตร์สุขภาพ, สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และสาธารณสุข ฯลฯ) และสิ่งสำคัญ คือ กรมอนามัยได้ยึดถือวัฒนธรรมองค์กรร่วมกัน (Shared Value) ที่เรียกว่า “HEALTH” เพื่อเป็นต้นแบบสุขภาพ

(Health Model), มีคุณธรรมจริยธรรม (Ethics), มีการวางแผนงานที่ดีและมุ่งกระทำการด้วยความตั้งใจเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ (Achievement), มีกึ่งจัดการความรู้ที่จะนำไปสู่การพัฒนาเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning), มีความเคารพและเชื่อมั่นในสิทธิหน้าที่ของตนเองและผู้อื่น (Trust) และมีความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Harmony)

อย่างไรก็ตาม พบว่า กรมอนามัยยังมีจุดอ่อน (Weaknesses) ที่อาจทำให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด เนื่องมาจากการพัฒนา นโยบายสาธารณะ (Strategy) ทั้งสายส่งเสริมสุขภาพและสายอนามัยสิ่งแวดล้อมยังมีน้อย รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมายผ่านภาคีเครือข่ายและพันธมิตรยังต้องพัฒนาและผลักดันให้ครอบคลุมอย่างต่อเนื่อง ขาดการวิเคราะห์ภาระงานและการพัฒนากำลังคน (Staff) อย่างเป็นระบบ และไม่สอดคล้องกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงและการปฏิรูประบบสุขภาพ ระบบกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน (System) ยังไม่เข้มแข็งสำหรับระบบการสื่อสารและการส่งต่อ ข้อมูลยังต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น มีประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมถึงการบูรณาการการทำงานร่วมกันจากหลายภาคส่วนไม่เต็มที่ และยังมี การทำงานแบบแยกส่วน (silo) นอกจากนี้ ยังพบว่า ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ และนวัตกรรมที่ จะช่วยสนับสนุนการดำเนินงานยังมีน้อย

นอกจากปัจจัยภายในดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีปัจจัยภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินงานของกรมอนามัยด้วยเช่นกัน โดยสิ่งที่เป็นโอกาส (Opportunities) ของกรมอนามัย มีทั้งส่วนที่เป็นผลกระทบทางการเมือง (Political) การปกครอง และกฎหมายต่าง ๆ คือ แนวทาง การบริหารราชการของรัฐบาล พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา เน้นประชารัฐและการบูรณาการที่ เอื้อต่อการทำงาน มีข้อตกลง พันธะสัญญาบัตร ความร่วมมือระหว่างประเทศด้านส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs), เป้าหมายโลก ด้านโภชนาการ (Global Nutrition Target) เป็นต้น การก้าวสู่ประชาคมอาเซียนทำให้มีนโยบาย ในการร่วมพัฒนาการสาธารณสุขระหว่างกัน ซึ่งเปิดโอกาสให้ประเทศไทยได้แสดงศักยภาพและ มีบทบาทนำในระดับภูมิภาค ตลอดจนมีแหล่งความรู้และองค์กรทั้งในและต่างประเทศตลอดจน มีภาคี เครือข่ายหลากหลายระดับ ทั้งระดับนโยบาย และพื้นที่ระดับเขต จังหวัด และตำบลที่มีการ สนับสนุนงานด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ ยังมีสารสนเทศ

(Technology/Information) ที่ทันสมัยเอื้อต่อการทำงาน ทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลและช่องทางในการส่งเสริมสุขภาพง่ายขึ้น กระแสสังคมและประชาชน (Social) ที่มีความตื่นตัวเรื่องสุขภาพทำให้ประชาชนเปิดรับข้อมูลและความรู้หรือแนวทางการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพดี และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีมากกว่าในอดีตมาก

สิ่งที่เป็นอุปสรรค (Threats) ที่เป็นผลกระทบทางการเมือง การปกครอง และกฎหมายต่าง ๆ (Political) คือ การทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับประเทศ ยังขาดเอกภาพ การแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติเรื่อง Health In All Policies ยังไม่บรรลุผลสำเร็จ ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ (Economic) คือ ระบบงบประมาณ การเงิน และการคลังของประเทศที่สนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมยังน้อยและไม่พอเพียงต่อการขับเคลื่อนงานสังคมไทย (Social) มีลักษณะโน้มแนวโน้มได้ง่ายประกอบกับการได้รับข่าวสารจากหลากหลายช่องทางการสื่อสารสาธารณะ และขาดการวิเคราะห์ข้อมูลที่ถูกต้องสำหรับการตัดสินใจ รวมทั้งความรวดเร็วของ Social Media ทำให้ประชาชนหลงเชื่อข้อมูลที่ไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการจึงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสังคมโลก โครงสร้างประชากร ปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหาเรื่องสิทธิมนุษยชน และปัญหาแรงงานต่างด้าว ล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ กรมอนามัยได้คำนึงถึงปัจจัยทั้งภายในและภายนอกดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้ทิศทางการดำเนินงานตอบสนองต่อสภาวะแวดล้อมต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปและใช้คาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และส่งผลกระทบต่อการทำงานของกรมอนามัย

ส่วนที่ ๓

ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔

จากกรอบแนวคิดและบริบทต่างๆ ที่กล่าวมาในส่วนที่ ๑ และ ๒ กรมอนามัยจึงกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) เพื่อให้วิสัยทัศน์ของกรมอนามัยบรรลุผลสำเร็จ โดยมีจุดยืน (Positioning) คือส่วนกลางยกระดับเป็นองค์กรหลักของชาติ (National Lead) ด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือเป็น National Health Authority (NHA) และส่วนภูมิภาคเป็นหน่วยงานหลักระดับพื้นที่ (Regional Lead) ทำหน้าที่ชี้เป้า ฝ้าดู รู้การเปลี่ยนแปลงของการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในเขต โดยกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ และกลยุทธ์/มาตรการ ที่จะขับเคลื่อนในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ ดังนี้

๑) ประเด็นยุทธศาสตร์กรมอนามัย

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมสุขภาพ ๕ กลุ่มวัย

- ๑.๑ ส่งเสริมการเกิดและเติบโตคุณภาพ
- ๑.๒ ส่งเสริมเด็กวัยเรียนให้แข็งแรงและฉลาด
- ๑.๓ ส่งเสริมพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น
- ๑.๔ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานที่พึงประสงค์
- ๑.๕ ส่งเสริมผู้สูงอายุไทยเพื่อเป็นหลักชัยของสังคม

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างความเข้มแข็งระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชนอย่างยั่งยืน

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ อภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ ปฏิรูประบบงานสู่องค์กรที่มีสมรรถนะสูงและมีธรรมาภิบาล

๒) เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ และกลยุทธ์/มาตรการแสดงดังตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ และกลยุทธ์/มาตรการ ของกรมอนามัย

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔		
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมสุขภาพ ๕ กลุ่มวัย								
๑.๑ ส่งเสริมการเกิดและเติบโตคุณภาพ								
๑. ตั้งครรภ์ คุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย	๑) อัตราส่วนการ ตายมารดาไทย ต่อการเกิดมีชีพ แสนคน	ไม่เกิน ๒๐	ไม่เกิน ๒๐	ไม่เกิน ๑๗	ไม่เกิน ๑๗	ไม่เกิน ๑๕	พัฒนาการบริการและ การจัดการเพื่อการ ตั้งครรรภ์คุณภาพ และ มารดา	๑. พัฒนาคความรู้ ทักษะ การเฝ้าระวังสุขภาพ และความเสี่ยงด้วยตนเองของหญิง ตั้งครรรภ์และครอบครัว รวมทั้งสร้างการมี ส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่น ๒. พัฒนาห้องคลอด ระบบเฝ้าระวังและ จัดการความเสี่ยงขณะตั้งครรรภ์และคลอด อย่างมีคุณภาพ ๓. พัฒนาระบบส่งต่อหญิงตั้งครรรภ์ในภาวะ ฉุกเฉินและเตรียมความพร้อมด้านความรู้ ทักษะบุคลากร และวัสดุ/เวชภัณฑ์ทาง การแพทย์
๒. เด็กอายุ ๐-๕ ปี มี พัฒนาการ สมวัย	๒) ร้อยละของ เด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการ สมวัย	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๕	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๕	๑. ส่งเสริมบทบาทพ่อ แม่หรือผู้ปกครอง ในการเลี้ยงดูเด็กที่ ถูกต้องเหมาะสม	๑.๑ สร้างการรับรู้และความเข้าใจให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง เลี้ยงดูเด็กด้วยสมุดบันทึก สุขภาพเส้นทางเดินของชีวิต (Passport Health of Life) ๑.๒ พัฒนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เป็นชุดความรู้ที่นำอ่าน นำใช้ เข้าใจง่าย เข้าถึงง่าย สะดวกด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Application)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔		
							<p>๑. การพัฒนาระบบบริการและกลไกในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก</p> <p>๒. การพัฒนาระบบบริการและกลไกในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก</p> <p>๓. บูรณาการและสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเด็กองค์รวม</p>	<p>๑.๓ ปกป้อง ส่งเสริม สนับสนุนให้เด็กไทยได้กินนมแม่ และส่งเสริมพฤติกรรมการเล่นดูเด็กด้วยกระบวนการที่เหมาะสม เช่น กิน กอด เล่า เล่น นอน</p> <p>๒.๑ ขับเคลื่อนกลไกการบริหารจัดการผ่านคณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ และคณะกรรมการส่งเสริมเด็กและเยาวชนแห่งชาติ</p> <p>๒.๒ พัฒนาระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง และการเข้าถึงระบบบริการอย่างครอบคลุมเท่าเทียมด้วยเครื่องมือที่เหมาะสม เช่น DSPM/DAIM รวมทั้งติดตามเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้า/ล่าช้า</p> <p>๒.๓ สนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้รูปแบบ เทคโนโลยีการพัฒนาเด็กอย่างองค์รวม</p> <p>๓.๑ สนับสนุนชุมชนและท้องถิ่นจัดทำแผนระดับตำบล รวมทั้งสร้างพื้นที่ต้นแบบ เช่น “ลานเล่นตามรอยพระยุคลบาท” เพื่อการพัฒนาเด็กองค์รวมอย่างมีส่วนร่วมทั้งจากภาครัฐ เอกชน และประชาสังคม</p> <p>๓.๒ พัฒนาศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ</p>

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔		
								๓.๓ สร้างระบบพี่เลี้ยง (Coaching) ในการกำกับ ติดตาม ช่วยเหลือการดำเนินงานของชุมชนและท้องถิ่น
๓. เด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน	๓) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี	ร้อยละ ๕๑	ร้อยละ ๕๔	ร้อยละ ๕๗	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๓ (ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี ชาย ๑๑๓ ซม. และหญิง ๑๑๒ ซม.)	๑. พัฒนาระบบและกลไกการส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วนและปราศจากฟันผุ	๑.๑ ผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายโภชนาการ ๑,๐๐๐ วันแรก และนโยบายดีมีนมแห่งชาติ ๑.๒ พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับในการจัดบริการด้านโภชนาการและส่งเสริมสุขภาพช่องปากอย่างมีคุณภาพ ๑.๓ พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย รวมทั้งสร้างระบบพี่เลี้ยง (Coaching) และการมีส่วนร่วม (Participation) ในการกำกับ ติดตาม ช่วยเหลือการดำเนินงานของชุมชนและท้องถิ่น

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔		
	๔) ร้อยละของเด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๒	ร้อยละ ๕๔	ร้อยละ ๕๖	ร้อยละ ๕๘	๒ . ส ร ้าง ค ว า ม ตระหนักและการมีส่วนร่วมในการ ส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วนและ ปราศจากฟันผุ	๒.๑ ส่งเสริมการสื่อสารสาธารณะและสร้าง กระแสสังคมเพื่อส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน (โฆษณาการ กิจกรรมทางกาย การนอน สุขภาพฟัน) โดยผ่าน social marketing, social media และ national champion ๒.๒ สร้างบทบาทครอบครัว ชุมชน อปท.และ อสม.ส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน (โฆษณาการ กิจกรรมทางกาย การนอน) และการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ๒.๓ ส่งเสริมการศึกษาวิจัยและพัฒนานวัตกรรม เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย การส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน และระบบและกลไกให้เกิดการทำงานวิจัย และสร้างนวัตกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริม สุขภาพช่องปากแม่และเด็กปฐมวัย

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔		
๑.๒ ส่งเสริมเด็กวัยเรียนให้แข็งแรงและฉลาด								
๔. เด็กวัยเรียน เจริญเติบโต เต็มศักยภาพ และมีทักษะ สุขภาพ	๕) ร้อยละของ เด็กวัยเรียน (๖-๑๔ ปี) สูงดี สมส่วน ฟันไม่ผุ (caries free) และเด็กอายุ ๑๒ ปี มีส่วนสูง เฉลี่ยตามเกณฑ์	ร้อยละ ๖๖	ร้อยละ ๖๘	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๒	ร้อยละ ๗๔ (ส่วนสูงเฉลี่ย เด็กอายุ ๑๒ ปี ชาย ๑๕๔ ซม. และหญิง ๑๕๕ ซม.)	๑. พัฒนาและขับเคลื่อน นโยบายการส่งเสริม สุขภาพเด็กวัยเรียน	๑.๑ ผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติ ๑.๒ ผลักดันให้ภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่มี แผนพัฒนาสุขภาพเด็กวัยเรียนอย่างเป็น รูปธรรม ๑.๓ สร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายและ พัฒนาต่อยอดให้เป็นการทำงานในลักษณะ ของ Partnership มากขึ้น ในการดูแล สุขภาพเด็กวัยเรียนอย่างเป็นระบบ
	๖) ร้อยละของ เด็กวัยเรียนมี พฤติกรรม สุขภาพที่พึง ประสงค์ด้าน การบริโภค อาหาร กิจกรรม ทางกาย และ ทันตสุขภาพ	ร้อยละ ๔๕	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๕	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๕		

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔		
	<ul style="list-style-type: none"> - เด็กวัยเรียนกินผักต่อมื้อตามเกณฑ์ - เด็กวัยเรียนสามารถแปรงฟันด้วยตนเองอย่างมีคุณภาพ - เด็กวัยเรียนมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ 						<p>๓. ส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของเด็กวัยเรียน</p> <p>๔. พัฒนาระบบข้อมูลและติดตามประเมินผล</p>	<p>๓.๑ พัฒนากลไกการขับเคลื่อนกระบวนการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>๓.๒ เร่งรัดขับเคลื่อนนโยบายลดเวลาเรียนเพิ่มเวลารู้ ด้านสุขภาพ</p> <p>๓.๓ ผลักดันการจัดบริการสุขภาพนักเรียนตามประเภทและขอบเขตบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙</p> <p>๔.๑ พัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพเด็กวัยเรียนอย่างเป็นระบบ มีความเชื่อมโยงกับ service plan และเป็นปัจจุบัน</p> <p>๔.๒ ส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อนำมาพัฒนาฐานข้อมูลสุขภาพเด็กวัยเรียนแบบองค์รวม</p> <p>๔.๓ สร้างแรงจูงใจผู้ปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนอย่างต่อเนื่อง กำกับ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง และประเมินผลการดำเนินงานแบบบูรณาการ</p>

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔		
๑.๓ ส่งเสริมพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น								
๕. วัยรุ่นมีทักษะชีวิตและพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม	๗) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี พันคน	ไม่เกิน ๔๒	ไม่เกิน ๔๐	ไม่เกิน ๓๘	ไม่เกิน ๓๖	ไม่เกิน ๓๔	๑. เร่งรัดการบริหารและขับเคลื่อนกฎหมาย	๑.๑ เร่งรัดให้กระทรวงที่เกี่ยวข้องออกกฎหมายหรืออนุบัญญัติอื่นภายใต้ พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙
	๘) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๐-๑๔ ปี ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๐-๑๔ ปี พันคน	ไม่เกิน ๑.๔	ไม่เกิน ๑.๓	ไม่เกิน ๑.๒	ไม่เกิน ๑.๑	ไม่เกิน ๑.๐		๑.๒ ผลักดันให้ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๙ ผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี และขับเคลื่อนยุทธศาสตร์
							๒. สร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและพัฒนาต่อยอดให้กลายเป็นการทำงานในลักษณะของ Partnership มากขึ้น	๒.๑ แสวงหาและสร้างพันธมิตรร่วมดำเนินงาน ๒.๒ ส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพให้ภาคีเครือข่าย ๒.๓ กำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกัน

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔		
เป้าประสงค์	๙) ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี	ร้อยละ ๑๐	ร้อยละ ๙.๕	ร้อยละ ๙.๐	ร้อยละ ๘.๕	ร้อยละ ๘.๐	๓. ส่งเสริมการตลาดเพื่อสังคม (Social Marketing) ให้มากขึ้น	๓.๑ผลิตสื่อที่ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ๓.๒เพิ่มช่องทางในการสื่อสารให้มีความหลากหลายและเหมาะสม
	๑๐) ร้อยละของวัยรุ่น ๑๕-๑๘ ปี สูงดีสมส่วนและอายุ ๑๙ ปี มีส่วนสูงเฉลี่ยตามเกณฑ์	-	-	- สูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๐ - ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๑๙ ปี ชาย ๑๗๓ ซม. และหญิง ๑๖๐ ซม.	-	- สูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๕ - ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๑๙ ปี ชาย ๑๗๕ ซม. และหญิง ๑๖๒ ซม.	๔. สนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ฯ ภายใต้ พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙	๔.๑เร่งรัดการดำเนินงานโรงพยาบาลตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services : YFHS) เพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรทั้งเชิงรับและเชิงรุก ๔.๒สนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ตลอดจนเร่งรัดการจัดบริการคุมกำเนิดด้วยเวชภัณฑ์คุมกำเนิดกึ่งถาวร ๔.๓พัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้ พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.๒๕๕๙

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔		
๑.๔ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานที่พึงประสงค์								
๖. ประชากรวัยทำงานหุ่นดีสุขภาพดี	๑๑) ร้อยละของวัยทำงานอายุ ๓๐-๔๔ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ	ร้อยละ ๕๔	ร้อยละ ๕๕	ร้อยละ ๕๖	ร้อยละ ๕๗	ร้อยละ ๕๘	๑. พัฒนานโยบายระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของวัยทำงาน (National Health Policy)	๑.๑ จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายระดับชาติ เรื่อง Active living, Healthy Eating and Environmental Health ใน สถานที่ทำงานและชุมชน โดยบูรณาการให้เกิดความร่วมมือระหว่างกระทรวงและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ๑.๒ ผลักดันให้เกิดข้อตกลง มาตรการทางสังคม หรือนโยบายระดับท้องถิ่น และระดับประเทศ ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานที่พึงประสงค์ ๑.๓ สื่อสารนโยบาย ถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ ติดตามและประเมินผลนโยบาย

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔		
	๑๒) ร้อยละของ วิทยากรที่มี พฤติกรรม สุขภาพที่พึง ประสงค์ - พฤติกรรมการ บริโภคอาหารที่ เหมาะสม - กิจกรรมทาง กายเพียงพอต่อ สุขภาพ - นอนหลับ พักผ่อนอย่าง เพียงพอต่อ สุขภาพ - ดูแลสุขภาพ ช่องปากที่ เหมาะสม	-	-	ร้อยละ ๓๐	-	ร้อยละ ๔๐	๒. เสริมสร้างศักยภาพ ภาคิเครือข่ายทุก ระดับใน การ ดำเนินงานส่งเสริม พฤติกรรมสุขภาพวัย ทำงานที่พึงประสงค์ (Health Leader) ๓. พัฒนาระบบข้อมูล สารสนเทศ และ ช่องทางสื่อสารกับ ประชาชน เพื่อ ส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพวัยทำงานที่ พึงประสงค์ (Health Information & Social Media)	๒.๑ พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขใน การดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ วิทยากรที่พึงประสงค์ ๒.๒ พัฒนาความร่วมมือภาคิเครือข่ายการ ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัย สิ่งแวดล้อมสำหรับวัยทำงาน ๒.๓ สร้างและสนับสนุนแกนนำด้านสุขภาพ (Health Leader) ในสถานที่ทำงานและ ชุมชนให้มีศักยภาพเพื่อดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม สำหรับวัยทำงาน ๓.๑ พัฒนาองค์ความรู้ ชุดข้อมูล ด้านส่งเสริม สุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับ วิทยากร และการเตรียมความพร้อม ก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุ ๓.๒ พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการจัดเก็บ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพวัยทำงาน ๓.๓ พัฒนาเทคโนโลยีและช่องทางการสื่อสาร ข้อมูล ความรู้สู่ประชาชน ที่เหมาะสมและ ทันสมัย

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔		
๑.๕ ส่งเสริมผู้สูงอายุไทยเพื่อเป็นหลักชัยของสังคม								
๗. ผู้สูงอายุ สุขภาพดี ดูแลตนเอง ได้ และมี คุณภาพ ชีวิตที่ดี	๑๓) อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-Adjusted Life Expectancy : HALE)	-	-	ไม่น้อยกว่า ๖๗.๕ ปี	-	ไม่น้อยกว่า ๖๙ ปี	๑. เตรียมความพร้อมระบบสนับสนุนและคนในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Social มีส่วนร่วมในสังคม)	๑.๑ ส่งเสริมสนับสนุนการรวมกลุ่มเพื่อสร้างความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุ ๑.๒ ส่งเสริมสนับสนุน Brain Bank ในทุกองค์กร ๑.๓ ส่งเสริมสนับสนุนการมี/สร้างสิ่งอำนวยความสะดวกและการสื่อสารสาธารณะที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ และเข้าถึงได้ง่าย
	๑๔) ร้อยละของผู้สูงอายุ (๖๐-๗๔ ปี) มีพินแท้ใช้งาน อย่างน้อย ๒๐ ซี และ ๔ คู่สับ	๔๓	๔๔	๔๕	๔๖	๔๗	๒. พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Strong : Healthy มีสุขภาพดี) ๓. พัฒนาระบบบริหารจัดการ ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อผู้สูงอายุสู่ความยั่งยืน (Secure)	๒.๑ สร้างความรู้ ตระหนัก และทักษะในการเฝ้าระวัง และดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ครอบครัว ชุมชน ๒.๒ พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและบริการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ๒.๓ พัฒนาระบบ Intermediate Care ในชุมชน เพื่อสนับสนุน Age-friendly Community ๓.๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพและสังคมรวมทั้งระบบ Long Term Care ๓.๒ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีที่อยู่อาศัยที่มีสภาพแวดล้อมเหมาะสม ๓.๓ พัฒนาระบบสวัสดิการแบบประชารัฐ “ชุดสิทธิประโยชน์ธรรมณูญชุมชน”

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔		
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างความเข้มแข็งระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชนอย่างยั่งยืน								
๘. ชุมชนมีความเข้มแข็งในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities)	๑๕) ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน อย่างน้อยตำบลละ ๑ ชุมชน	-	-	ร้อยละ ๑๐๐ ของตำบล มีชุมชนที่มีศักยภาพตามเกณฑ์ฯ (๗,๒๕๕ ตำบล)	-	ร้อยละ ๑๐๐ ของตำบลที่มีชุมชนที่มีศักยภาพ ตามเกณฑ์ฯ แล้วเมื่อปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒	๑. เสริมสร้างการมีส่วนร่วมประชาชน และภาคีเครือข่ายในการจัดการ อนามัยสิ่งแวดล้อม	๑.๑ สร้างความตระหนักรู้ เท่าทันข้อมูล ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ๑.๒ สนับสนุนบทบาทและศักยภาพชุมชนในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมระดับชุมชน ๑.๓ พัฒนาคือความร่วมมือเครือข่ายการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมทุกระดับ
	คำนิยามปฏิบัติการ (Operational Definition)					มีนวัตกรรมชุมชน*การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน (๗,๒๕๕ ตำบล)	๒. เสริมสร้างศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ให้ได้มาตรฐานและตามที่กำหนด	๑.๔ ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมของ อปท. ๑.๕ พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อปท. ในการแก้ไขปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ (เช่น ขยะ และปฏิภูล พื้นที่เสี่ยงมลพิษ)
<p>๑. “ชุมชน” หมายถึง กลุ่มคนที่อยู่ร่วมกันเป็นสังคมขนาดเล็ก อาศัยอยู่ในบริเวณเดียวกัน และมีผลประโยชน์ร่วมกันในท้องที่ใดท้องที่หนึ่งโดยเฉพาะ อาทิ พื้นที่หรือ ท้องที่ภายในเขตการปกครองของราชการบริหารส่วนท้องถิ่น หรือ ณ เวลาหนึ่งใดในท้องถิ่น หรือรวมตัวกันทำประเพณีท้องถิ่น เป็นต้น (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, ๒๕๔๒) ไม่เฉพาะขอบเขตของหมู่บ้าน แต่รวมถึงลักษณะเครือข่ายของความสัมพันธ์</p> <p>๒. ชุมชนที่มีศักยภาพ หมายถึง ชุมชนที่มีคุณลักษณะ ตามข้อ ๑ และ ๒ และ ๓.๑ หรือ ๓.๒ ดังนี้</p> <p>๑) มีแกนนำชุมชน และ/หรือ อสม. ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม อย่างน้อย ๑ คนต่อชุมชน</p>								

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔		
	<p>๒) ชุมชนมีข้อมูลที่สามารถระบุความเสี่ยง/สิ่งคุกคามของชุมชนได้</p> <p>๓) ชุมชนมีการดำเนินการ อย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อไปนี้ มากกว่า ๑ ปี ขึ้นไป</p> <p>๓.๑) ชุมชนมีแผน/โครงการ/ กิจกรรมดำเนินการ/หรือข้อตกลงร่วมกันเพื่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน</p> <p>๓.๒) ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ตอบสนองต่อปัญหาของท้องถิ่นนั้นๆ และ/หรือส่งเสริมอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชนให้เอื้อต่อสุขภาพ อาทิ การจัดการปฏิภุมลฝอย/น้ำ/หรือประเด็นเฉพาะพื้นที่ ทั้งพื้นที่ทั่วไป พื้นที่เสี่ยง และพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ ให้ความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การรณรงค์ ฯลฯ โดยกิจกรรมดังกล่าวมีความสอดคล้องกับค่ากลางระดับชุมชน</p> <p>๓. * นวัตกรรมชุมชน หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของชุมชน ที่มีการนำสิ่งที่มีอยู่ มาปรับปรุงให้ให้เกิดประโยชน์ ต่อการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หรือมีการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เป็นเครื่องมือในการพัฒนาจนเกิดผลสำเร็จ และสามารถถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์การพัฒนาให้ชุมชนอื่นๆ ได้เรียนรู้ และนำไปขยายผลต่อได้</p>							
๑๖) จังหวัดในพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษมีฐานข้อมูลและการเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	จังหวัดในพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ ๑๐ จังหวัด มีฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และมีแผนปฏิบัติการรองรับการดำเนินงาน	จังหวัดในพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ ๑๐ จังหวัดมีระบบเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	จังหวัดมีการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานเฝ้าระวังเพื่อลดผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	จังหวัดมีการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานเฝ้าระวังเพื่อลดผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	จังหวัดมีการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานเฝ้าระวังเพื่อลดผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	๓. ขับเคลื่อนกลไกการบังคับใช้กฎหมายสาธารณสุข	๓.๑ สร้างความเข้มแข็งของกลไกระดับจังหวัดและอำเภอ ๓.๒ พัฒนากฎหมายระดับอนุบัญญัติ ส่งเสริมกำกับ และติดตามการบังคับใช้กฎหมาย ๓.๓ พัฒนาศักยภาพเจ้าพนักงานสาธารณสุขทุกระดับทั้งระดับภูมิภาคและท้องถิ่น	

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔		
							๔. พัฒนาระบบการบริหาร	๔.๑ พัฒนาข้อเสนอเพื่อผลักดันเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติเพื่อการขับเคลื่อนงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ๔.๒ พัฒนาวิชาการ องค์ความรู้ รวมถึงชุดข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมและระบบเฝ้าระวัง ๔.๓ พัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมร่วมกับสถาบันการศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ อภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม								
๙. ภาคีเครือข่ายภาครัฐร่วมดำเนินการสามารถนำสินค้าและบริการ (Product Champion) ของกรมอนามัยไปดำเนินการและพัฒนาเพื่อใช้ประโยชน์อย่างเหมาะสม	๑๗) ร้อยละของภาคีเครือข่ายภาครัฐที่นำสินค้าและบริการ (Product Champion) ของกรมอนามัยไปใช้	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๕	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๗๐	๑. เร่งรัดการสร้างภาคีเครือข่ายระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืน ๒. พัฒนาคุณภาพสินค้าและบริการของกรมอนามัย	๑.๑ พัฒนากลไกการทำงานกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder Analysis) ในงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ๑.๒ พัฒนาและวางแผนสร้างการมีส่วนร่วม (Participation) และความร่วมมือ (Collaboration) กับภาคีเครือข่าย ๑.๓ เร่งรัดการสร้างพันธมิตรสัญญา/ข้อตกลงในการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพ ๒.๑ ส่งเสริมการนำสินค้าและบริการไปใช้ผ่านกระบวนการตลาดทางสังคม (Social Marketing) ๒.๑ พัฒนาระบบบริหารและกลไกการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบ

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔		
							<p>๓. เร่งรัดการสร้างกลไกการเรียนรู้ร่วมกันของภาคีเครือข่ายด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม</p>	<p>๒.๓ เร่งรัดให้เกิดการผลิตสินค้าและบริการตามกระบวนการหลักกรรมอนามัย (Core Business Process)</p> <p>๓.๑ เสริมสร้างขีดความสามารถคนและระบบโดยใช้กลไกการเรียนรู้แลกเปลี่ยนแบ่งปันความรู้และประสบการณ์ เพื่อพัฒนาระดับมาตรฐาน ใช้การเทียบเคียงมาตรฐานการทำงาน (Benchmarking)</p> <p>๓.๒ สร้างแนวคิดและมุมมองเชิงยุทธศาสตร์สุขภาพ/สาธารณสุขให้กับภาคีเครือข่ายในการมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคมด้านสุขภาพในทุกมิติ (Health in All Policies)</p>
	๑๘) ร้อยละความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายภาครัฐที่นำสินค้าและบริการ (Product Champion) ของกรรมอนามัยไปใช้	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๕		

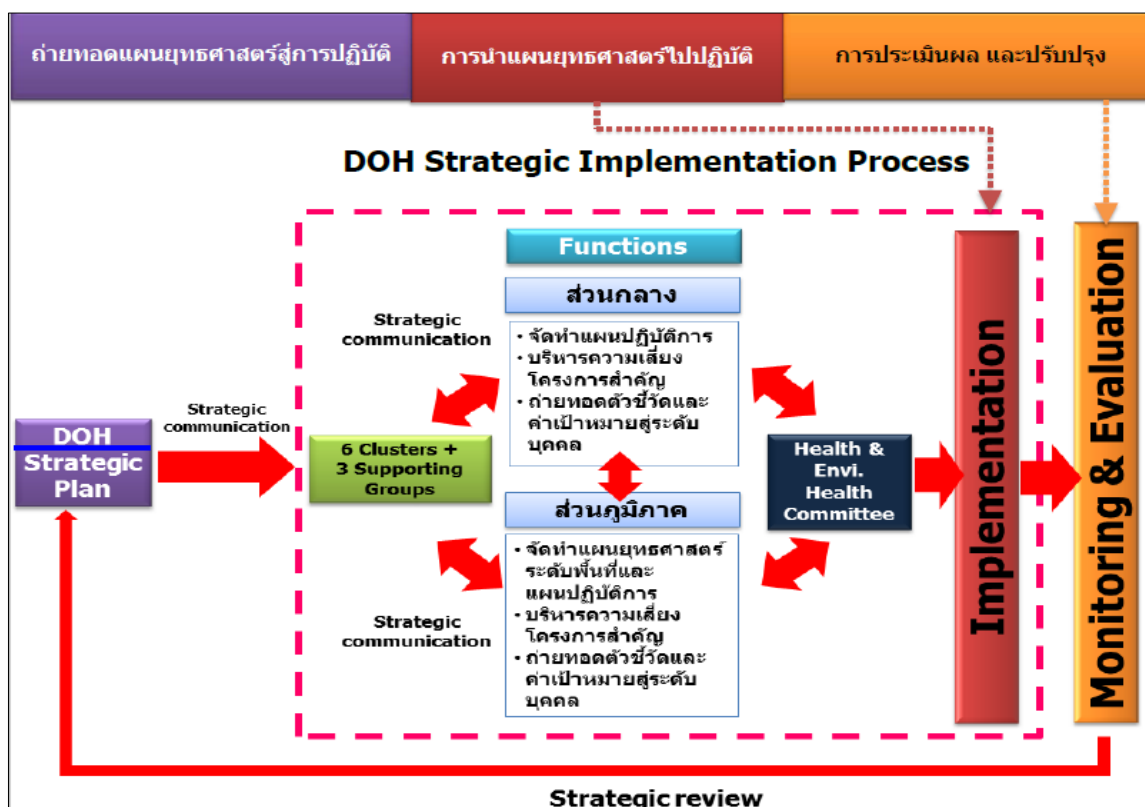
เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔		
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ ปฏิรูประบบงานสู่องค์กรที่มีสมรรถนะสูงและมีธรรมาภิบาล								
๑๐.เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (LO)	๑๙) จำนวนงานวิจัย ผลงานวิชาการ และนวัตกรรม ที่ถูกนำไปใช้ประโยชน์	อย่างน้อย ๔ เรื่อง	อย่างน้อย ๘ เรื่อง	อย่างน้อย ๑๒ เรื่อง	อย่างน้อย ๑๖ เรื่อง	อย่างน้อย ๒๐ เรื่อง	ส่งเสริมและสนับสนุน การขับเคลื่อนองค์กรสู่ การเป็นองค์กรแห่ง การเรียนรู้	<p>๑. สร้างและพัฒนา นักจัดการความรู้ นักสื่อสารสุขภาพและนักวิจัย (Researcher) นวัตกรรม (Innovator) ผู้นำทางวิชาการ (Academic Leader) รวมทั้งสร้างบรรยากาศ และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้</p> <p>๒. เร่งรัดกลไกการสื่อสาร เผยแพร่ กำกับ ติดตาม และประเมินผล งานวิจัยและ นวัตกรรม</p> <p>๓. ส่งเสริมการแสวงหาแหล่งเรียนรู้และแหล่ง งบประมาณ เพื่อเร่งรัดและผลักดันการ พัฒนางานงานวิจัยและนวัตกรรม</p>
๑๑.เป็น องค์กรที่มี สมรรถนะ สูง (HPO)	๒๐) การผ่าน เกณฑ์คุณภาพ การบริหาร จัดการภาครัฐ (PMQA)	๓ หมวด (สะสม)	๔ หมวด (สะสม)	๕ หมวด (สะสม)	๖ หมวด (สะสม)	ได้รับ การรับรอง ตามระบบ PMQA ครบ ทุกหมวดจาก สำนักงาน ก.พ.ร.	ส่งเสริมและสนับสนุน การขับเคลื่อนองค์กรสู่ การเป็นองค์กร คุณภาพ	<p>๑. ยกระดับการขับเคลื่อน พัฒนานโยบาย และยุทธศาสตร์ กำกับ ติดตามและ ประเมินผลอย่างเข้มข้น โดยเทียบเคียงกับ องค์กรที่มีสมรรถนะสูงทั้งในระดับชาติ และระดับนานาชาติ</p> <p>๒. ส่งเสริมการบริหารและพัฒนากำลังคนของ กรมอนามัย (วางแผน พัฒนา รักษา กำลังคน) ให้ทำงานบนฐานความรู้</p>

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔		
								๓ เร่งรัดการปรับเปลี่ยน (Lean) กระบวนการหลัก (Re-process) เพื่อส่งมอบคุณค่าตามภารกิจหลัก (Core Business)
๑๒. เป็นองค์กรที่มีธรรมาภิบาล	๒๑) คะแนนการประเมินระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานตามระบบ ITA โดย ปปท.	ร้อยละ ๘๑	ร้อยละ ๘๒	ร้อยละ ๘๓	ร้อยละ ๘๔	ร้อยละ ๘๕	ส่งเสริมและสนับสนุนการทำงานตามหลักธรรมาภิบาล	๑ เร่งรัดและขับเคลื่อนสู่การเป็นองค์กรคุณธรรม โดยถ่ายระดับการประเมินระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานเฉพาะหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ลงสู่ทุกหน่วยงาน ๑.๒ พัฒนามาตรฐานการบริหารงานตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของกรมอนามัย ๑.๓ เร่งรัดและปรับปรุงกระบวนการบริหารการเงินการคลังและงบประมาณให้มีความถูกต้อง โปร่งใส ตรวจสอบได้

ส่วนที่ ๔

แนวทางการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ

การแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นกระบวนการที่จะผลักดันหรือขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้แผนยุทธศาสตร์ให้สามารถบรรลุผลสำเร็จและผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้น กรมอนามัยจึงกำหนดกระบวนการแปลงแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) สู่การปฏิบัติ (DoH Strategy Implementation Process) ดังภาพที่ ๑๔



ภาพที่ ๑๔ DoH Strategy Implemngt Process

แนวคิดของกระบวนการนำแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ มีดังนี้

๑) กระบวนการนำแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ เริ่มจากการสื่อสารสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและสาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ กลยุทธ์ และมาตรการสำคัญ ผ่านคณะกรรมการขับเคลื่อนการบริหารการเปลี่ยนแปลงด้านวิชาการและพัฒนา

องค์ความรู้ ๖ กลุ่ม (กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย, กลุ่มวัยเรียน, กลุ่มวัยรุ่น, กลุ่มวัยทำงาน, กลุ่มวัยสูงอายุ, กลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อม) และคณะกรรมการสนับสนุนการบริหารการเปลี่ยนแปลง ๓ กลุ่ม (ยุทธศาสตร์กำลังคน, การจัดการความรู้ ข้อมูลและการเฝ้าระวัง, การคลังและงบประมาณ) ซึ่งจะสื่อสารต่อไปยังบุคลากรอนามัยทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เพื่อให้ทราบถึงบทบาทความรับผิดชอบของตนที่จะสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนและมีส่วนร่วมในกระบวนการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ โดยมีระบบสนับสนุนต่าง ๆ เช่น ระบบ e-distribution เป็นช่องทางในการสื่อสารและเผยแพร่แผนยุทธศาสตร์ ระบบการจัดการความรู้ ข้อมูลและการเฝ้าระวังที่สนับสนุนการจัดการข้อมูลในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้ภาคี เครือข่าย และประชาชนเข้าถึงข้อมูลได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว รวมทั้งระบบงบประมาณและบุคลากรที่สนับสนุนการดำเนินงาน

๒) หน่วยงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ของหน่วยงานที่สอดคล้องเชื่อมโยงกันและเป็นไปในทิศทางเดียวกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ โดยส่วนภูมิภาคจะจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับพื้นที่สำหรับใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานแบบบูรณาการในพื้นที่ที่รับผิดชอบด้วย และนำเสนอต่อคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (Health and Environmental Health Committee) ซึ่งอธิบดีกรมอนามัยเป็นประธาน พิจารณาให้ความเห็นชอบและอนุมัติใช้แผนปฏิบัติการ โดยทุกหน่วยงานจะต้องบันทึกรายละเอียดแผนปฏิบัติการในระบบศูนย์ติดตามผลการปฏิบัติงาน กรมอนามัย หรือระบบศูนย์การติดตามผลการปฏิบัติงาน กรมอนามัย (Department Operation Center : DOC) ต่อไป

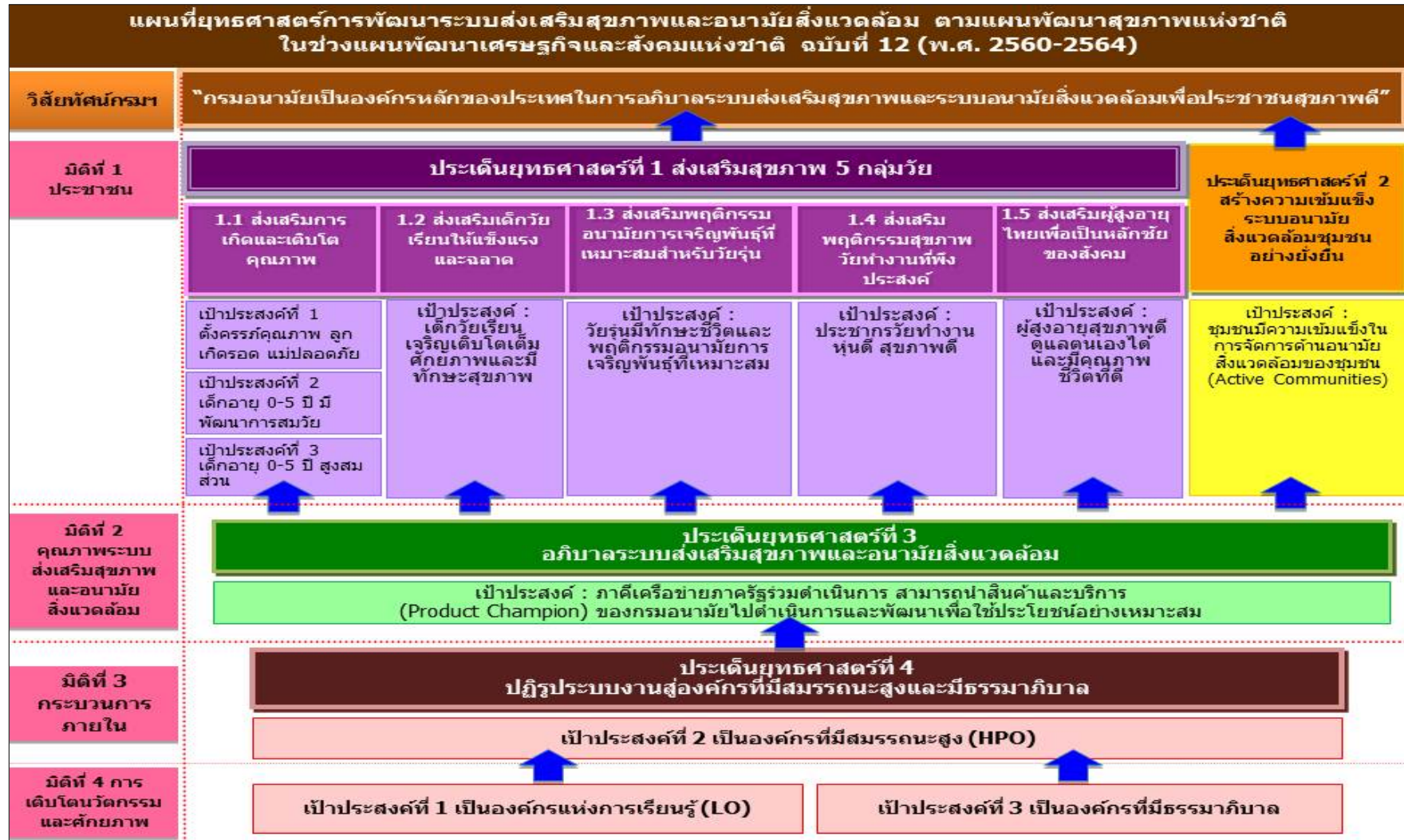
๓) ทุกหน่วยงานดำเนินการบริหารความเสี่ยงของแผนงาน/โครงการสำคัญในแผนปฏิบัติการตามแนวทางมาตรฐานที่กรมอนามัยกำหนด เพื่อป้องกันและควบคุมความเสี่ยงในด้านต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนและมีผลกระทบต่อความสำเร็จของกรมอนามัย

๔) มีการถ่ายทอดหรือการมอบหมายงานแก่บุคลากร เพื่อให้บุคลากรรับรู้และเข้าใจบทบาทของตนเองในการทำให้งานบรรลุผลสำเร็จ โดยกำหนดกรอบแนวทางการถ่ายทอดตัวชี้วัดและเป้าหมายกรมอนามัยสู่ระดับ Cluster ระดับหน่วยงานและระดับบุคคล ดังภาพที่ ๑๕



ภาพที่ ๑๕ กรอบแนวทางการถ่ายทอดตัวชี้วัดและเป้าหมายกรมอนามัยสู่ระดับ Cluster ระดับหน่วยงานและระดับบุคคล กรมอนามัย

ทั้งนี้ กรมอนามัยได้จัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategy Map) ขึ้น เพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการแผนยุทธศาสตร์ และสื่อสารให้ภาคี เครือข่าย ผู้ที่มีส่วนได้เสีย และบุคลากรได้ทราบเพื่อปรับการทำงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีรายละเอียดของแผนยุทธศาสตร์ในมิติต่าง ๆ ดังภาพที่ ๑๖



ภาพที่ ๑๖ แผนที่ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ภายใต้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔)

ส่วนที่ ๕

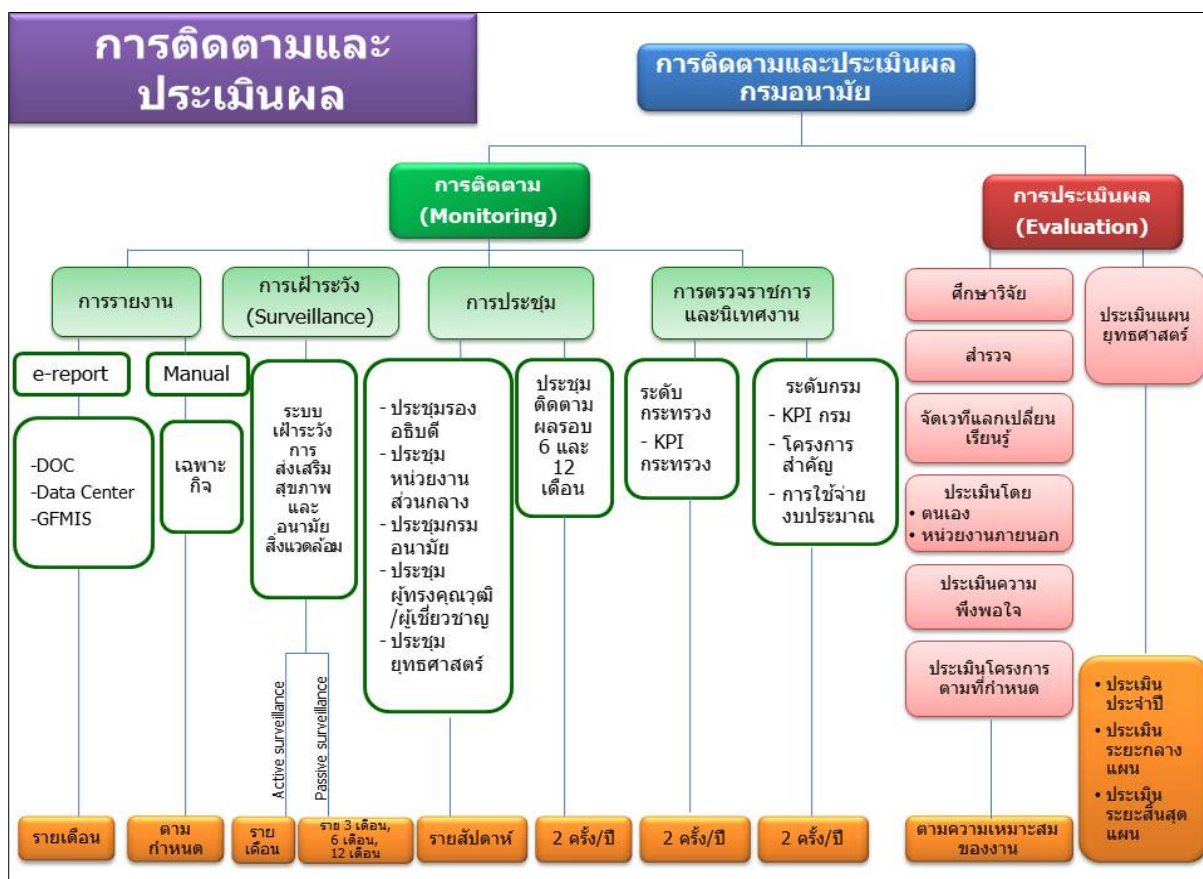
แนวทางการติดตามและประเมินผล

กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ คือ ๑) การวิเคราะห์เชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Analysis) โดยวิเคราะห์สถานะแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกเพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการกำหนดทิศทางและกลยุทธ์, ๒) การกำหนดทิศทางของกรมอนามัย (Strategic Direction Setting) ที่ต้องการมุ่งไปสู่ผลลัพธ์สูงสุดที่กรมอนามัยต้องการให้บรรลุ ได้แก่ การกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ วัฒนธรรมองค์กร และเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์, ๓) การวางยุทธศาสตร์ (Strategy Development) เพื่อกำหนดกลยุทธ์หรือแนวทาง วิธีการ และเป็นสิ่งที่กรมอนามัยจะมุ่งเน้น ให้ความสำคัญ วางแผนเพื่อให้กรมอนามัยสามารถบรรลุในทิศทางหรือผลลัพธ์ที่ต้องการ และ ๔) การสื่อสารและถ่ายทอดยุทธศาสตร์ (Strategy Communication and Translation) ในรูปแบบที่สามารถทำความเข้าใจได้ง่ายสำหรับบุคลากรทุกระดับในองค์กร เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติต่อไป โดยถ่ายทอดเป้าประสงค์ ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ และเป้าหมายไปยังหน่วยงานเพื่อให้หน่วยงานนำเสนอโครงการที่มีความสำคัญสามารถนำเสนอตัวชี้วัดเป้าประสงค์ของกรมอนามัยนับว่าเป็นกระบวนการแปลงจากแผนยุทธศาสตร์ที่เป็นนามธรรมให้เป็นรูปธรรมทำให้สามารถนำไปปฏิบัติจริงได้โดยมีการจัดทำโครงการต่าง ๆ จากทุกหน่วยงานในสังกัดกรมอนามัยเพื่อส่งผลทำให้เกิดผลสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด

การติดตามและประเมินผลจึงมีความสำคัญในการควบคุมกำกับการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ให้บรรลุวิสัยทัศน์เพื่อให้แน่ใจว่าโครงการต่าง ๆ ภายใต้ยุทธศาสตร์นั้นจะก่อให้เกิดผลการปฏิบัติงานที่นำเสนอตัวชี้วัดเป้าประสงค์ได้ตรงตามที่กำหนดไว้เนื่องจากความสำเร็จของแผนยุทธศาสตร์ขึ้นกับความสำเร็จของโครงการที่ประกอบอยู่ในแต่ละประเด็นยุทธศาสตร์ นอกจากนี้ยังเป็นข้อมูลแสดงให้เห็นว่าโครงการนั้น ๆ บรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดมากน้อยเพียงใดหรือไม่ มีปัจจัยอะไรบ้างที่กระทบต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานซึ่งจะสะท้อนภาพความสำเร็จของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ ในภาพรวม ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จะนำมาเป็นข้อมูลในการจัดทำโครงการของหน่วยงานและเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งของทบทวนแผนยุทธศาสตร์ฯ ในปีต่อไป

๕.๑ การติดตามและประเมินผล

ในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด กรมอนามัยกำหนดกรอบแนวทางในการติดตามและประเมินผล ดังภาพที่ ๑๗



ภาพที่ ๑๗ การติดตามและประเมินผลกรมอนามัย

๑. การติดตามผลการดำเนินงาน (Monitoring) วัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูล

การปฏิบัติงานตามแผนงาน/โครงการให้มีความครบถ้วน ถูกต้อง ทันสมัย เพื่อประโยชน์ในการควบคุมกำกับ ติดตาม และประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน รวมทั้งใช้เป็นฐานข้อมูลประกอบการวางแผนในระยะต่อไป จำแนกเป็น ๓ ระบบใหญ่ คือ การรายงาน การประชุม และการตรวจราชการและนิเทศงาน ดังนี้

๑) การรายงานผลการดำเนินงาน

๑.๑) การรายงานผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-report) และออกรายงาน

ที่สนับสนุนการตัดสินใจและการวางแผนของผู้บริหาร ตลอดจนติดตามงานตามภารกิจกรมอนามัยได้แก่

- การรายงานผ่านระบบศูนย์ติดตามผลการปฏิบัติงาน กรมอนามัย (DOC) เป็นการรายงานข้อมูลแผน/ผลการดำเนินงานงานโครงการ และการใช้จ่ายงบประมาณ ตามแผนปฏิบัติการ ให้รายงานข้อมูลภายในวันที่ ๑๕ ของเดือนถัดไป ณ สิ้นไตรมาส

- การรายงานผ่านระบบฐานข้อมูลกลาง กรมอนามัย (Data Center) ซึ่งเป็นระบบบริหารข้อมูลของกรมอนามัย ที่รวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกกรมอนามัย มาใช้งานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพและออกรายงานที่สนับสนุน การตัดสินใจและการวางแผนของผู้บริหาร ตลอดจนถึงติดตามงานตามภารกิจกรมอนามัย

- การรายงานผ่านระบบการบริหารงานการเงินการคลังภาครัฐ แบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMS) ใช้สำหรับรายงานการใช้จ่ายงบประมาณ

๑.๒) การรายงานด้วยการกรอกข้อมูล (Manual) ได้แก่ การรายงาน ความก้าวหน้าโครงการสำคัญกรมอนามัยตามแบบฟอร์มที่กองแผนงานกำหนดให้รายงานข้อมูล ภายในวันที่ ๑๕ ของเดือนถัดไป ณ สิ้นไตรมาส

๒) การเฝ้าระวัง (Surveillance) ประกอบด้วย ๕ มิติ (Risk factor, Protective factor, Promoting intervention, Health Outcome and Impact) ๘ ประเด็น (๖ Cluster แบ่งตามกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม) ได้แก่ ประเด็นที่ ๑) แม่ตาย, ๒) เด็กแรกเกิด-๕ปี พัฒนาการสมวัย, ๓) เด็กปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่นสูติสมส่วน, ๔) วัยเรียนเจริญเติบโตเต็มศักยภาพ และมีทักษะสุขภาพ, ๕) วัยรุ่นมีทักษะชีวิตและพฤติกรรมอนามัย การเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม, ๖) วัยทำงานหุ่นดี สุขภาพดี, ๗) ผู้สูงอายุสุขภาพดีดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี, ๘) ชุมชน มีความเข้มแข็งในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน โดยมี ๓๕ ตัวชี้วัด (กำลังพัฒนา ๕ ตัวชี้วัด) ออกรายงาน ราย ๑ เดือน, ๓ เดือน, ๖ เดือน และ ๑ ปี ใน ๓ ระดับ ระดับกระทรวง/เขต/จังหวัด พร้อมระบบส่งข้อมูลสู่พื้นที่และชุมชน

โดยแบ่ง Intervention หลักเป็น ๓ ระดับ คือ

๑. กลุ่มปกติ (Normal) ใช้มาตรการ Promote to Excellence ซึ่งเป็น การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ใช้องค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ที่สอดคล้อง กับพฤติกรรมกลุ่มวัย เพื่อให้ประชาชนกลุ่มปกติมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองและชุมชน ให้อยู่ในระดับสูงสุด

๒. กลุ่มเสี่ยง (Risk) ใช้มาตรการ Elimination and Risk Reduction เป็นมาตรการที่ร่วมมือกันทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องดำเนินการกำจัดหรือลดความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ การเกิดโรคและสิ่งแวดล้อม รวมถึงการคัดกรองโรค เพื่อที่จะให้การวินิจฉัยได้ตั้งแต่ระยะแรก (Early Diagnosis) เพื่อให้การรักษาหรือส่งต่อได้อย่างรวดเร็ว (Prompt Treatment)

๓. กลุ่มป่วย (Ill) ใช้มาตรการ Maintain and Improve เพื่อดูแล ควบคุมและป้องกันสถานะและสถานการณ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อมไม่เลวลงหรือดีขึ้น

ทั้งนี้ แบ่งการเฝ้าระวังออกเป็น ๒ ประเภท คือ การเฝ้าระวังเชิงรุก (Active surveillance) เป็นการเก็บข้อมูลด้วยการสำรวจข้อมูลเอง และการเฝ้าระวังเชิงรับ (Passive surveillance) เป็นการจัดเก็บและใช้ข้อมูลจากการรายงานที่มีผู้จัดทำไว้แล้ว เช่น ข้อมูลจากระบบรายงานที่มีอยู่ใน Health Data Center เป็นต้น

๓) การประชุม

๒.๑) การประชุมกรมอนามัย ซึ่งอธิบดีกรมอนามัยเป็นประธาน

- การประชุมรองอธิบดีกรมอนามัย ทุกสัปดาห์
- การประชุมหน่วยงานส่วนกลาง สัปดาห์ที่ ๑ ของเดือน
- การประชุมกรมอนามัย สัปดาห์ที่ ๒ ของเดือน
- การประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญ สัปดาห์ที่ ๓ ของเดือน
- การประชุมยุทธศาสตร์ สัปดาห์ที่ ๔ ของเดือน

๒.๒) การประชุมติดตามผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน และ ๑๒ เดือน

๔) การตรวจราชการและนิเทศงาน ทั้งในระดับกระทรวงและระดับกรม จำนวน ๔ ครั้ง โดยจัดไตรมาสละ ๑ ครั้ง

ทั้งนี้ ให้มีการติดตาม ควบคุม กำกับการดำเนินงานให้เป็นไปตามระยะเวลาและเป้าหมายการดำเนินงาน ตลอดจนประเมินปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนด มาตรการและแนวทางการแก้ไขปัญหา เพื่อให้งานมีความก้าวหน้าและบรรลุผลสำเร็จตาม แผนยุทธศาสตร์ฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. การประเมินผลการดำเนินงาน (Evaluation)

๑) เปรียบเทียบผลที่ได้จากการดำเนินงานตามเกณฑ์หรือมาตรฐานที่ตั้งไว้ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากระบบรายงาน และเชิงคุณภาพจากการศึกษาวิจัย การสำรวจ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประเมินตนเอง การประเมินโดยหน่วยงานภายนอก การประเมินความพึงพอใจต่าง ๆ และการประเมินโครงการสำคัญของกรมอนามัย

๒) ประเมินผลสำเร็จและผลกระทบของการพัฒนางาน ตามกรอบทิศทาง แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ เป็นระยะ ดังนี้

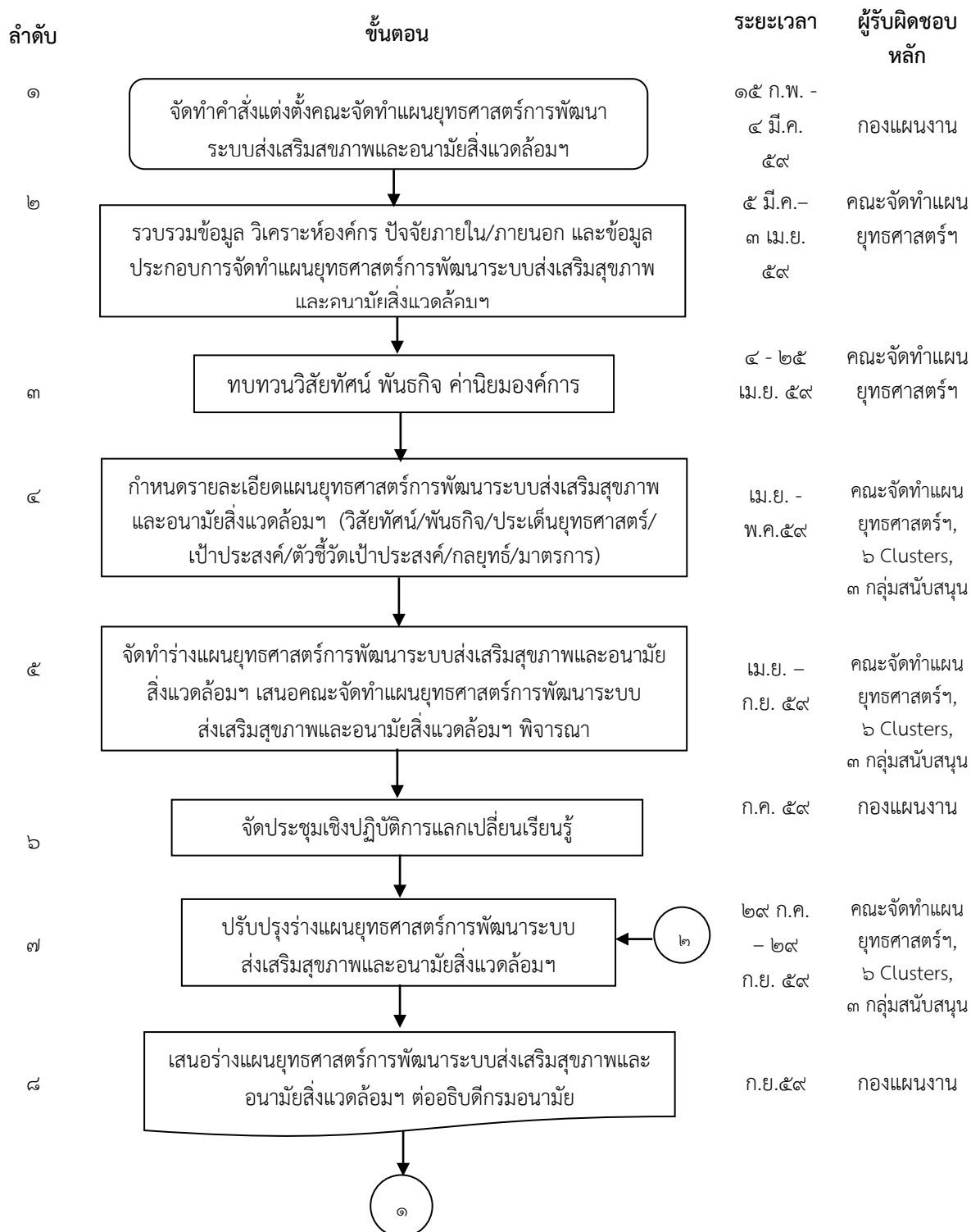
๒.๑) ประเมินผลประจำปี โดยจัดทำเป็นรายงานความก้าวหน้าและ รายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ และเผยแพร่รายงานผ่านเวทีการสัมมนาประเมินผลการดำเนินงานระยะ ๖ เดือน และระยะ ๑ ปี

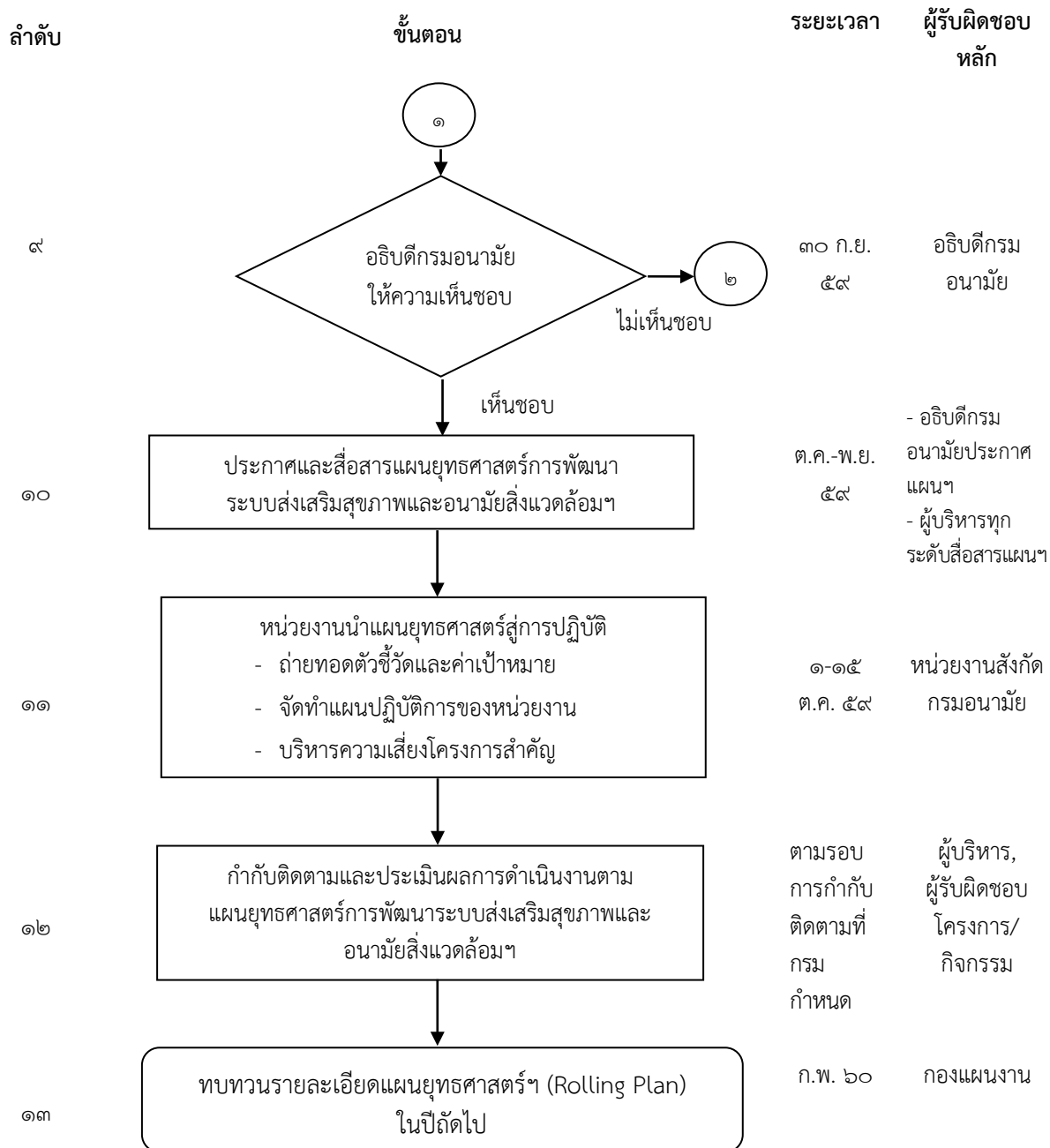
๒.๒) ประเมินผลระยะกลางแผนฯ โดยประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญ/นักวิชาการจากหน่วยงานภายนอก เพื่อประเมินผลภาพรวมของการพัฒนางานตามกรอบทิศทาง การพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ ทั้งในเชิงปริมาณและในเชิงคุณภาพ เพื่อนำผลการประเมินมาใช้ในการทบทวนกรอบทิศทางฯ และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ พร้อมทั้งปรับปรุงการดำเนินงานในช่วงแผนฯ ต่อไป

๒.๓) ประเมินผลระยะสิ้นสุดแผนฯ โดยผู้เชี่ยวชาญ/นักวิชาการจากหน่วยงานภายนอก เพื่อประเมินผลสำเร็จ ผลลัพธ์ และผลกระทบของแผนยุทธศาสตร์ระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ สำหรับใช้เป็นปัจจัยนำเข้าในการกำหนดทิศทางนโยบาย และยุทธศาสตร์ในอนาคต

ภาคผนวก ๑

ขั้นตอนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒
(พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔)





ภาคผนวก ๒

คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัย
สิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔)



คำสั่งกรมอนามัย
ที่ ๓๔๕/๒๕๕๔

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔

อนุสนธิคำสั่งกรมอนามัยที่ ๒๐๕/๒๕๕๔ ลงวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๕๔ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔ นั้น

เพื่อให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔ จึงยกเลิกคำสั่งกรมอนามัยที่ ๒๐๕/๒๕๕๔ และแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔ โดยมีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑. คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔

๑.๑ องค์ประกอบ

๑.๑.๑	อธิบดีกรมอนามัย (นายวชิระ เพ็งจันทร์)	ประธาน
๑.๑.๒	รองอธิบดีกรมอนามัย (นายธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์)	รองประธาน
๑.๑.๓	รองอธิบดีกรมอนามัย (นายณัฐพร วงศ์ศุทธิภากร)	รองประธาน
๑.๑.๔	รองอธิบดีกรมอนามัย (นายสุธา เจียรณณ์โชติชัย)	รองประธาน
๑.๑.๕	รองอธิบดีกรมอนามัย (นายคณัย อีวันดา)	รองประธาน
๑.๑.๖	ประธานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย	กรรมการ
๑.๑.๗	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านส่งเสริมสุขภาพ)	กรรมการ
๑.๑.๘	นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ (ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม)	กรรมการ
๑.๑.๙	นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ (ด้านโภชนาการ)	กรรมการ
๑.๑.๑๐	ทันตแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านทันตสาธารณสุข)	กรรมการ
๑.๑.๑๑	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ	กรรมการ
๑.๑.๑๒	ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๑.๑๓	ผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ	กรรมการ
๑.๑.๑๔	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์	กรรมการ
๑.๑.๑๕	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ	กรรมการ
๑.๑.๑๖	ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ	กรรมการ
๑.๑.๑๗	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
๑.๑.๑๘	ผู้อำนวยการสำนักสุขภาพอาหารและน้ำ	กรรมการ
๑.๑.๑๙	ผู้อำนวยการกองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	กรรมการ
๑.๑.๒๐	ผู้อำนวยการกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ	กรรมการ
๑.๑.๒๑	ผู้อำนวยการศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๑.๒๒	ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารการเปลี่ยนแปลง	กรรมการ
๑.๑.๒๓	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๒ พิษณุโลก	กรรมการ

- ๒ -

๑.๑.๒๔	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น	กรรมการ
๑.๑.๒๕	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑๑ นครศรีธรรมราช	กรรมการ
๑.๑.๒๖	ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	กรรมการ
๑.๑.๒๗	ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่	กรรมการ
๑.๑.๒๘	ผู้อำนวยการสำนักความร่วมมือระหว่างประเทศ	กรรมการ
๑.๑.๒๙	ผู้อำนวยการกองแผนงาน	กรรมการและเลขานุการ
๑.๑.๓๐	นายธวัชชัย บุญเกิด กองแผนงาน	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ ๑
๑.๑.๓๑	นางสาวพิริยา วัฒนารุ่งกานต์ สำนักส่งเสริมสุขภาพ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ ๒
๑.๑.๓๒	นางณิรนุช อภาจาริส สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ ๓

๑.๒ อำนาจหน้าที่

๑.๒.๑ กำหนดนโยบายและกรอบแนวทางการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔

๑.๒.๒ กำกับ ดูแล เสนอแนะและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ

๑.๒.๓ สนับสนุนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ

๑.๒.๔ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงานตามความเหมาะสม

๒. คณะทำงานจัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔

๒.๑ องค์ประกอบ

๒.๑.๑	รองอธิบดีกรมอนามัย (นายธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์)	ประธาน
๒.๑.๒	ผู้อำนวยการกองแผนงาน	รองประธาน
๒.๑.๓	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่	คณะทำงาน
๒.๑.๔	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๔ สระบุรี	คณะทำงาน
๒.๑.๕	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๖ ชลบุรี	คณะทำงาน
๒.๑.๖	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี	คณะทำงาน
๒.๑.๗	นายแพทย์ธีรชัย บุญยะสิทธิ์พรณ สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ	คณะทำงาน
๒.๑.๘	นางสาวพิริยา วัฒนารุ่งกานต์ สำนักส่งเสริมสุขภาพ	คณะทำงาน
๒.๑.๙	นางสาวรวงคณา เวชวิธี สำนักทันตสาธารณสุข	คณะทำงาน
๒.๑.๑๐	นางณัฐวรรณ เขาวนัลลิตกุล สำนักโภชนาการ	คณะทำงาน
๒.๑.๑๑	นางวิมล บ้านพวน สำนักอนามัยผู้สูงอายุ	คณะทำงาน
๒.๑.๑๒	นางณิรนุช อภาจาริส สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	คณะทำงาน
๒.๑.๑๓	นางจิรพรณ พรหมลิขิตชัย สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ	คณะทำงาน
๒.๑.๑๔	นายฐิติกร โตโพธิ์ไทย กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	คณะทำงาน
๒.๑.๑๕	นางสุกานดา พัดพาดิ กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ	คณะทำงาน

- ๓ -

๒.๑.๑๖	นางสุวรรณา	จิระโกศล	ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข	คณะทำงาน
๒.๑.๑๗	นางวิมล	โรมา	สำนักงานบริหารการเปลี่ยนแปลง	คณะทำงาน
๒.๑.๑๘	นางนัทธุทัย	ไตรฐิน	กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	คณะทำงาน
๒.๑.๑๙	นางสาวครุณี	อันขวัญเมือง	กองการเจ้าหน้าที่	คณะทำงาน
๒.๑.๒๐	นางจารุมน	บุญสิงห์	สำนักความร่วมมือระหว่างประเทศ	คณะทำงาน
๒.๑.๒๑	นายรัชชัย	บุญเกิด	กองแผนงาน	คณะทำงานและ เลขานุการ
๒.๑.๒๒	นางกุลนันท์	เสนคำ	กองแผนงาน	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ ๑
๒.๑.๒๓	นางปภาวี	ไชยรักษ์	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ ๒

๒.๒ อำนาจหน้าที่

๒.๒.๑ ศึกษา รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อการจัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔

๒.๒.๒ จัดประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

๒.๒.๓ นำเสนอร่างแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ ต่อคณะอำนาจการฯ

๒.๒.๔ ดำเนินการอื่นใดที่เกี่ยวข้องตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ.๒๕๕๙



(นายวชิระ เท็งจันทร์)
อธิบดีกรมอนามัย

ภาคผนวก ๓

คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการบริหารการเปลี่ยนแปลงด้านวิชาการและพัฒนาองค์ความรู้ ๖ กลุ่ม และคณะกรรมการสนับสนุนการบริหารการเปลี่ยนแปลง ๓ กลุ่ม (เพิ่มเติม)

(สำเนา)

คำสั่งกรมอนามัย

ที่ ๓๔๑/๒๕๕๙

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการบริหารการเปลี่ยนแปลงด้านวิชาการและพัฒนาองค์ความรู้ ๖ กลุ่ม และคณะกรรมการสนับสนุนการบริหารการเปลี่ยนแปลง ๓ กลุ่ม (เพิ่มเติม)

เพื่อให้การบริหารจัดการภายในของกรมอนามัยเกิดการขับเคลื่อนปรับเปลี่ยนภายในองค์กร บรรลุตามวัตถุประสงค์ และตอบสนองภารกิจการปฏิรูประบบการสาธารณสุขของประเทศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ และมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม พระราชกฤษฎีกาบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕ จึงเห็นควรแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการบริหารการเปลี่ยนแปลงด้านวิชาการและพัฒนาองค์ความรู้ ๖ กลุ่ม และคณะกรรมการสนับสนุนการบริหารการเปลี่ยนแปลง ๓ กลุ่ม (เพิ่มเติม) โดยมีองค์ประกอบ และอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. คณะกรรมการขับเคลื่อนการบริหารการเปลี่ยนแปลงด้านวิชาการและพัฒนาองค์ความรู้ ๖ กลุ่ม

กลุ่มที่ ๑ กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

๑. รองอธิบดีกรมอนามัย (นายธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์)		ประธาน
๒. ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ		รองประธาน
๓. ผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ		รองประธาน
๔. รก.นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ (ด้านโภชนาการ) (นายสมพงษ์ ชัยโอภาสนนท์)		กรรมการ
๕. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๓ (จังหวัดนครสวรรค์)		กรรมการ
๖. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑๒ (จังหวัดยะลา)		กรรมการ
๗. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑๓ (กรุงเทพมหานคร)		กรรมการ
๘. นางจินตนา พัฒนพงศ์ธร	สำนักส่งเสริมสุขภาพ	กรรมการ
๙. นายธีรชัย บุญยะสิทธิ์พรณ	สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ	กรรมการ
๑๐. นางศรีสุดา ลีละศิธร	สำนักทันตสาธารณสุข	กรรมการ
๑๑. นายปิยะ ปุริโส	สำนักโภชนาการ	กรรมการ
๑๒. นางฐาประณี คงรุ่งเรือง	กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	กรรมการ
๑๓. นางกุลนันท์ เสนคำ	กองแผนงาน	กรรมการ
๑๔. นายสราวุฒิ บุญสุข	ปฏิบัติราชการที่สำนักส่งเสริมสุขภาพ	กรรมการและเลขานุการ
๑๕. นายบุญฤทธิ์ สุขรัตน์	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์	กรรมการและเลขานุการ
๑๖. นางณัฐวรรณ เขาวนัลลิตกุล	สำนักโภชนาการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๗. นางฉวีวรรณ ต้นพุดชา	สำนักส่งเสริมสุขภาพ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

กลุ่มที่ ๒...

๒		
กลุ่มที่ ๒ กลุ่มวัยเรียน		
๑. รองอธิบดีกรมอนามัย (นายณัฐพร วงษ์ศุทธิภากร)		ประธาน
๒. ผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ		รองประธาน
๓. ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ		รองประธาน
๔. รก.ทันตแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านทันตสาธารณสุข) (นางสุปราณี ตาโลดม)		กรรมการ
๕. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๗ (จังหวัดขอนแก่น)		กรรมการ
๖. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๘ (จังหวัดขอนแก่น) (ชั่วคราว)		กรรมการ
๗. นายกิตติ ลาภสมบัติศิริ	สำนักส่งเสริมสุขภาพ	กรรมการ
๘. นางศศิวิมล ปุจฉาการ	สำนักส่งเสริมสุขภาพ	กรรมการ
๙. นายสุพจน์ รื่นเรืองกลิ่น	สำนักโภชนาการ	กรรมการ
๑๐. นางปิยะดา ประเสริฐสม	สำนักทันตสาธารณสุข	กรรมการ
๑๑. นางนภัสภงกช ศุภะพิชน	กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	กรรมการ
๑๒. นางสาวละมัย มั่นคง	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์	กรรมการ
๑๓. นางสาวชนัญญา เลิศสุโภชนวิชัย	สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ	กรรมการ
๑๔. นางปริยานุช บุรณะภักดี	สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
๑๕. นายบุญกลกิจ พุกอาร	กองแผนงาน	กรรมการ
๑๖. นางสาวพรวิภา ดาวดวง	สำนักโภชนาการ	กรรมการและเลขานุการ
๑๗. นางบัณฑิตา จันผ่อง	สำนักส่งเสริมสุขภาพ	กรรมการและเลขานุการ
กลุ่มที่ ๓ กลุ่มวัยรุ่น		
๑. รองอธิบดีกรมอนามัย (นายธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์)		ประธาน
๒. ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์		รองประธาน
๓. ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ		รองประธาน
๔. รก.นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ(ด้านสุขาภิบาล) (นางวิระวรรณ ถิ่นยืนยง)		กรรมการ
๕. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๔ (จังหวัดสระบุรี)		กรรมการ
๖. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๕ (จังหวัดราชบุรี)		กรรมการ
๗. นางประกายดาว พรหมประพัฒน์	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์	กรรมการ
๘. ว่าที่ร้อยตรีภัทรพงศ์ ชูเศษ	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์	กรรมการ
๙. นางสาวจิราพร ชิดดี	สำนักทันตสาธารณสุข	กรรมการ
๑๐. นายฐิติกร โตโพธิ์ไทย	กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	กรรมการ
๑๑. นางสาวรัตนวดี พึ่งคำ	สำนักโภชนาการ	กรรมการ
๑๒. นางสาวใจรัก ลอยสงเคราะห์	สำนักโภชนาการ	กรรมการ
๑๓. นางสาวปิยะวรรณ กลิ่นสุคนธ์	สำนักส่งเสริมสุขภาพ	กรรมการ
๑๔. นางสาวชุลีวรรณ นพวิสุทธิสกุล	กองแผนงาน	กรรมการ
๑๕. นายบุญฤทธิ์ สุขรัตน์	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์	กรรมการและเลขานุการ
๑๖. นายกิตติ ลาภสมบัติศิริ	สำนักส่งเสริมสุขภาพ	กรรมการและเลขานุการ
๑๗. นางสาวบุษกร แสงแก้ว	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๘. นางสาวฟารีดา เม้าะสนิ	สำนักส่งเสริมสุขภาพ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
		กลุ่มที่ ๔...

๓		
กลุ่มที่ ๔ กลุ่มวัยทำงาน		
๑. รองอธิบดีกรมอนามัย (นายสุธา เจียรมนิโชติชัย)		ประธาน
๒. ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ		รองประธาน
๓. ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข		รองประธาน
๔. นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ(ด้านส่งเสริมสุขภาพ)(นายเจริญ จักรวาลชัยศรี)		กรรมการ
๕. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑๐ (จังหวัดอุบลราชธานี)		กรรมการ
๖. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑๑ (จังหวัดนครศรีธรรมราช)		กรรมการ
๗. หัวหน้ากลุ่มอนามัยวัยทำงาน		กรรมการ
๘. นางสาวภาวินี หงษ์สุวรรณ	สำนักส่งเสริมสุขภาพ	กรรมการ
๙. นางสาวนพวรรณ โพชนุกูล	สำนักทันตสาธารณสุข	กรรมการ
๑๐. นางกุลพร สุขุมลตระกูล	สำนักโภชนาการ	กรรมการ
๑๑. นางสาวณัฐนิช อินทร์ขำ	สำนักโภชนาการ	กรรมการ
๑๒. นางนงพะงา ศิวานูวัฒน์	กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	กรรมการ
๑๓. นางศรีอรุณ สุขเจริญ	สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
๑๔. นายดุยวัฒน์ มาป้อง	กองแผนงาน	กรรมการ
๑๕. นางสาวศศิพร ตัชชนานุสรณ์	สำนักส่งเสริมสุขภาพ	กรรมการและเลขานุการ
๑๖. นางบังอร สุภาเกตุ	สำนักส่งเสริมสุขภาพ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๗. นางพัชรินทร์ กสิบุตร	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
กลุ่มที่ ๕ กลุ่มวัยสูงอายุ		
๑. รองอธิบดีกรมอนามัย (นายณัฐพร วงษ์ศุทธิภากร)		ประธาน
๒. ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ		รองประธาน
๓. ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข		รองประธาน
๔. รก.นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ(ด้านส่งเสริมสุขภาพ) (นายชัยพร พรหมสิงห์)		กรรมการ
๕. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๒ (จังหวัดพิษณุโลก)		กรรมการ
๖. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๙ (จังหวัดนครราชสีมา)		กรรมการ
๗. นางรัชณี บุญเรืองศรี	สำนักอนามัยผู้สูงอายุ	กรรมการ
๘. นางสาวพิรญา จันทรคง	สำนักอนามัยผู้สูงอายุ	กรรมการ
๙. นางสาววีระวัลย์ กรมงคลลักษณ์	สำนักโภชนาการ	กรรมการ
๑๐. นางสาวทิพรดี คงสุวรรณ	สำนักโภชนาการ	กรรมการ
๑๑. นายพงศธร จินตกานนท์	สำนักทันตสาธารณสุข	กรรมการ
๑๒. ร้อยโทหญิงณิชาศรีม ปัญจจิตรพัฒน์	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์	กรรมการ
๑๓. นางสาวสุพิชชา วงศ์จันทร์	กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	กรรมการ
๑๔. นางสาวปริญญ์นิศัย ไหมเจริญศรี	สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
๑๕. นางนุชนารถ รักประเสริฐ	กองแผนงาน	กรรมการ
๑๖. นางวิมล บ้านพวน	สำนักอนามัยผู้สูงอายุ	กรรมการและเลขานุการ
๑๗. นางสาววรางคณา เวชวิธี	สำนักทันตสาธารณสุข	กรรมการและเลขานุการ
กลุ่มที่ ๖...		

๔		
กลุ่มที่ ๖ กลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อม		
๑. รองอธิบดีกรมอนามัย(นายคณัย ชีวันดา)		ประธาน
๒. ผู้อำนวยการสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม		รองประธาน
๓. ผู้อำนวยการกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ		รองประธาน
๔. รก.นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ(ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม) (นางสาวลีลาบุษ สุเทพารักษ์)		กรรมการ
๕. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑ (จังหวัดเชียงใหม่)		กรรมการ
๖. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๖ (จังหวัดชลบุรี)		กรรมการ
๗. นางนภพรรณ นันตพงษ์	สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ	กรรมการ
๘. นายวิโรจน์ วัชรเกียรติศักดิ์	สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ	กรรมการ
๙. นางสาวรณณา จีโรคกุล	ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข	กรรมการ
๑๐. นางสาววิภา รุจินากุล	ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข	กรรมการ
๑๑. นางวิกุล วิสาลเสสดี	สำนักทันตสาธารณสุข	กรรมการ
๑๒. นางสาวดรรชนี มหาชานิกะ	สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
๑๓. นางปรียานุช บุรณะภักดี	สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
๑๔. นางสาวพนิดา เจริญสุข	กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ	กรรมการ
๑๕. นางสาววิชุดา สมัยนิยม	กองแผนงาน	กรรมการ
๑๖. นางสุกานดา หัตถพาดิ	กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ	กรรมการและเลขานุการ
๑๗. นางณิรบุษ อภาจรัส	สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	กรรมการและเลขานุการ
๑๘. นางสาวเบญจวรรณ ธวัชสุภา	กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๒. คณะกรรมการสนับสนุนการบริหารการเปลี่ยนแปลง ๓ กลุ่ม (เพิ่มเติม)		
กลุ่ม ๑ คณะกรรมการยุทธศาสตร์กำลังคน (HR Strategy)		
๑. อธิบดีกรมอนามัย		ประธาน
๒. รองอธิบดีกรมอนามัย (นายธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์)		รองประธาน
๓. นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ(ด้านส่งเสริมสุขภาพ)(นายเจริญ จักรวาลชัยศรี)		กรรมการ
๔. รก.นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ(ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม) (นางสาวลีลาบุษ สุเทพารักษ์)		กรรมการ
๕. ผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ		กรรมการ
๖. ผู้อำนวยการสำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ		กรรมการ
๗. ผู้อำนวยการกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ		กรรมการ
๘. ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร		กรรมการ
๙. ผู้อำนวยการสำนักความร่วมมือระหว่างประเทศ		กรรมการ
๑๐. ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่		กรรมการเลขา ๑
๑๑. ผู้อำนวยการกองแผนงาน		กรรมการเลขา ๒
๑๒. นางสาวดรุณี อ้นขวัญเมือง	กองการเจ้าหน้าที่	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๓. นางปฎิญา สิทธิพร	กองการเจ้าหน้าที่	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๔. นางธีราภรณ์ ไชยศิริวัฒนกุล	กองแผนงาน	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๕. นางนุชนารถ รักประเสริฐ	กองแผนงาน	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
		กลุ่ม ๒...

๕		
กลุ่ม ๒ คณะกรรมการบูรณาการจัดการความรู้ ข้อมูลและการเฝ้าระวัง (KM & IT Surveillance)		
๑. รองอธิบดีกรมอนามัย (นายธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์)		ประธาน
๒. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๕ (จังหวัดราชบุรี)		รองประธาน
๓. รก.นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ(ด้านส่งเสริมสุขภาพ) (นายชัยพร พรหมสิงห์)		กรรมการ
๔. รก.ทันตแพทย์ทรงคุณวุฒิ(ด้านทันตสาธารณสุข) (นางสุปราณี ดาโลดม)		กรรมการ
๕. รก.นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ(ด้านสุขาภิบาล) (นางวิระวรรณ ถิ่นยืนยง)		กรรมการ
๖. ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์		กรรมการ
๗. ผู้อำนวยการกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ		กรรมการ
๘. ผู้อำนวยการสำนักสร้างและจัดการความรู้		กรรมการ
๙. ผู้อำนวยการกองแผนงาน		กรรมการ
๑๐. นางปิยะดา ประเสริฐสม	สำนักทันตสาธารณสุข	กรรมการ
๑๑. ผู้อำนวยการสำนักบริหารการเปลี่ยนแปลง		กรรมการและเลขานุการ
๑๒. นายธวัชชัย บุญเกิด	กองแผนงาน	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๓. นางสาวสมพร อธิติเดชพงศ์	สำนักสร้างและจัดการความรู้	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๔. นายอนุกุลกิจ พุกาธร	กองแผนงาน	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
กลุ่ม ๓ คณะกรรมการการคลังและงบประมาณ		
๑. รองอธิบดีกรมอนามัย (นายณัฐพร วงษ์ศุทธิภากร)		ประธาน
๒. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๕ (จังหวัดราชบุรี)		รองประธาน
๓. ผู้อำนวยการกองคลัง		รองประธาน
๔. ผู้อำนวยการกองแผน		รองประธาน
๕. รก.นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ(ด้านโภชนาการ) (นายสมพงษ์ ชัยโอภาณนท์)		กรรมการ
๖. รก.ทันตแพทย์ทรงคุณวุฒิ(ด้านทันตสาธารณสุข) (นางสุปราณี ดาโลดม)		กรรมการ
๗. ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ		กรรมการ
๘. ผู้อำนวยการกลุ่มตรวจสอบภายใน		กรรมการ
๙. นางสาวเทัญแข ลากยั้ง	สำนักทันตสาธารณสุข	กรรมการ
๑๐. นางเกษร ศุภกุลธาดาศิริ	กองคลัง	กรรมการและเลขานุการ
๑๑. นางจารุทัศน์ ตั้งเกียรติชัย	กองแผนงาน	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๒. นางณิรุษ อภาจรรัส	สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
โดยมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้		
๑. กำหนดแนวทางให้บริหารจัดการคร่อมและข้ามสายงานเพื่อสนับสนุนให้เกิดกลไกพัฒนาระบบการทำงานในส่วนกลางที่มุ่งเน้นบูรณาการด้านส่งเสริมสุขภาพ ๕ กลุ่มวัยและด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และ ๓ กลุ่ม (HR , Finance , KM & IT & Surveillance) อย่างมีบูรธรรม		
๒. ดำเนินการตามแผนบริหารการเปลี่ยนแปลง(Blueprint for Change & Action Plan for Change) Cluster ๓ กลุ่ม และรายหน่วยงานที่เสนอต่อกรมอนามัยให้บรรลุผลอย่างมีประสิทธิภาพ		
๓. กำกับ...		

๖

๓. กำกับ ดูแล ติดตามและรายงานผลการดำเนินงาน
๔. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงานเพื่อช่วยปฏิบัติงานตามที่เห็นสมควร
๕. ดำเนินการอื่นๆตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

(ลงชื่อ) วชิระ เพ็งจันทร์
(นายวชิระ เพ็งจันทร์)
อธิบดีกรมอนามัย

สำเนาถูกต้อง
สัทศรี
(นางภัทรีศรี สิริประภากรณ์)
นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ
กรมอนามัย
๔ เมษายน ๒๕๕๙

ภาคผนวก ๔

คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์และคณะจัดทำแผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย

- สำเนาฉบับ -

คำสั่งกรมอนามัย
ที่ ๑๐๖๕/๒๕๕๘

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์และคณะทำงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย

ตามที่คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้มีการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศสู่เป้าหมาย “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” และกระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ๒๐ ปี ที่สอดคล้องเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ โดยจะเริ่ม Retreat กระทรวงเพื่อนำไปสู่ Rerole และ Restructure กรมอนามัยจึงต้องปรับตัวและพัฒนางานให้สอดคล้องกับทิศทางดังกล่าว ด้วยการพัฒนายุทธศาสตร์สำหรับใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด ดังนั้น เพื่อให้พัฒนายุทธศาสตร์กรมอนามัยบรรลุผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม จึงเห็นสมควรแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารแผนยุทธศาสตร์และคณะทำงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย โดยให้มีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑. คณะกรรมการบริหารแผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย

๑.๑ องค์ประกอบ

๑.๑.๑	อธิบดีกรมอนามัย	ประธาน
๑.๑.๒-๑.๑.๕	รองอธิบดีกรมอนามัย ๔ ท่าน	รองประธาน
๑.๑.๖	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านส่งเสริมสุขภาพ)	กรรมการ
๑.๑.๗	นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ (ด้านส่งเสริมสุขภาพ)	กรรมการ
๑.๑.๘	นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ (ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม)	กรรมการ
๑.๑.๙	นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ (ด้านสุขาภิบาล)	กรรมการ
๑.๑.๑๐	นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ (ด้านโภชนาการ)	กรรมการ
๑.๑.๑๑	ทันตแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านทันตสาธารณสุข)	กรรมการ
๑.๑.๑๒	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
๑.๑.๑๓	ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๑.๑๔	ผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ	กรรมการ
๑.๑.๑๕	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์	กรรมการ
๑.๑.๑๖	ผู้อำนวยการสำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ	กรรมการ
๑.๑.๑๗	ผู้อำนวยการกองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	กรรมการ
๑.๑.๑๘	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ	กรรมการ
๑.๑.๑๙	ผู้อำนวยการศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๑.๒๐	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๔ จังหวัดราชบุรี	กรรมการ
๑.๑.๒๑	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๖ จังหวัดขอนแก่น	กรรมการ
๑.๑.๒๒	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๙ จังหวัดพิษณุโลก	กรรมการ
๑.๑.๒๓	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช	กรรมการ

-๒-

๑.๑.๒๔	ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	กรรมการ
๑.๑.๒๕	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ	กรรมการและเลขานุการ ๑
๑.๑.๒๖	ผู้อำนวยการกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ	กรรมการและเลขานุการ ๒
๑.๑.๒๗	ผู้อำนวยการกองแผนงาน	กรรมการและเลขานุการ ๓
๑.๑.๒๘	นางวิมล โรมา กองแผนงาน	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ ๑
๑.๑.๒๙	แพทย์หญิงชมพูนุท โตโพธิ์ไทย สำนักส่งเสริมสุขภาพ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ ๒
๑.๑.๓๐	นางณิรมุข อภาจารัส สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ ๓

๑.๒ อำนาจหน้าที่

๑.๒.๑ กำหนดนโยบายและกรอบแนวทางการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑.๒.๒ กำกับดูแล เสนอแนะ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การบูรณาการ การกำหนดเป้าหมาย และการจัดลำดับความสำคัญของการพัฒนาด้านต่างๆ รวมทั้งกำหนดตัวชี้วัดและระยะเวลาของการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย

๑.๒.๓ สนับสนุนการติดตาม ประเมินความสอดคล้อง และประเมินผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย

๑.๒.๔ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงานตามความเหมาะสม

๒. คณะทำงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย

๒.๑.๑	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๘ จังหวัดนครสวรรค์	ประธาน
๒.๑.๒	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ	รองประธาน
๒.๑.๓	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๔ จังหวัดราชบุรี	คณะทำงาน
๒.๑.๔	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๕ จังหวัดนครราชสีมา	คณะทำงาน
๒.๑.๕	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๗ จังหวัดอุบลราชธานี	คณะทำงาน
๒.๑.๖	ผู้อำนวยการสำนักสร้างและจัดการความรู้	คณะทำงาน
๒.๑.๗	นางสาวจันทนา วรรณเพิ่มสุข กองการเจ้าหน้าที่	คณะทำงาน
๒.๑.๘	นางกอบกาญจน์ มัทธโน สำนักโภชนาการ	คณะทำงาน
๒.๑.๙	นางสาวพิริยา วัฒนารุ่งกานต์ สำนักส่งเสริมสุขภาพ	คณะทำงาน
๒.๑.๑๐	นางสาวปิยะวรรณ กลิ่นสุคนธ์ สำนักส่งเสริมสุขภาพ	คณะทำงาน
๒.๑.๑๑	นางสาวสุพรรณิ สุกันวานิล สำนักทันตสาธารณสุข	คณะทำงาน
๒.๑.๑๒	นางสาวรัตนภรณ์ มั่นคง สำนักทันตสาธารณสุข	คณะทำงาน
๒.๑.๑๓	ดร.แพทย์หญิงสายพิณ โชติวิเชียร สำนักโภชนาการ	คณะทำงาน
๒.๑.๑๔	นางปภาวี ไชยรักษ์ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์	คณะทำงาน
๒.๑.๑๕	นางวิมล บ้านพวน สำนักอนามัยผู้สูงอายุ	คณะทำงาน
๒.๑.๑๖	นายแพทย์ฐิติกร โตโพธิ์ไทย กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	คณะทำงาน
๒.๑.๑๗	นางจิรพรรณ พรหมลิขิตชัย สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ	คณะทำงาน
๒.๑.๑๘	นางสุกานดา พัดพาดี กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ	คณะทำงาน

๒.๑.๒๐	นางสุวรรณา จีระโกศล ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข	คณะทำงาน
๒.๑.๒๑	นางกุลนันท์ เสนคำ กองแผนงาน	คณะทำงาน
๒.๑.๒๒	ผู้อำนวยการกองแผนงาน	คณะทำงานและเลขานุการ ๑
๒.๑.๒๓	ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	คณะทำงานและเลขานุการ ๒
๒.๑.๒๔	นางวิมล โรมา กองแผนงาน	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ ๑
๒.๑.๒๕	แพทย์หญิงชมพูนุท โตโพธิ์ไทย สำนักส่งเสริมสุขภาพ	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ ๒
๒.๑.๒๖	นางณิรนุช อากาศรัส สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ ๓

๒.๒ อำนาจหน้าที่

- ๒.๒.๑ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลประกอบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย
- ๒.๒.๒ ทบทวน ปรับปรุงและจัดทำ (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย เสนอต่อคณะกรรมการฯ
- ๒.๒.๓ ติดตาม ประเมินผลความสอดคล้อง และประเมินผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์กรมอนามัยให้เป็นไปตามกรอบระยะเวลาที่กำหนด
- ๒.๒.๔ พัฒนากลไกและวิธีปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมในการส่งเสริม สนับสนุน ติดตาม ตรวจสอบ และการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย
- ๒.๒.๕ ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่คณะกรรมการฯ มอบหมาย

ทั้งนี้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๓ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๕๘


(นายชिरะ เท่งจันทร์)
อธิบดีกรมอนามัย

บรรณานุกรม

- UNICEF Office for Thailand. (๒๐๐๗). *Thailand Multiple Indicator Cluster Survey ๒๐๐๖ Summary Report*.
- United Nations in Thailand. (๒๐๑๕). *เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในประเทศไทย*. เรียกใช้เมื่อ กรกฎาคม ๒๕๕๙ จาก <http://www.un.or.th/globalgoals/th/the-goals/>
- World Health Organization. (๒๐๑๖). *WHO Prevention of Noncommunicable Diseases (PND)*. เรียกใช้เมื่อ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๙ จาก <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>
- World Health Organization. (๒๕๕๙). *Global Targets ๒๐๒๕*. เรียกใช้เมื่อ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๕๙ จาก <http://www.who.int/nutrition/global-target-๒๐๒๕/en/>
- กรมอนามัย. (๒๕๕๓). *แผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย พ.ศ.๒๕๕๓-๒๕๕๖*. นนทบุรี.
- กรมอาเซียน กระทรวงการต่างประเทศ. (ม.ป.ป.). *เอกสารสำคัญอาเซียน*. เรียกใช้เมื่อ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๕๙ จาก <http://www.mfa.go.th/asean/th/other/๒๓๙๗>
- โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. (๒๕๕๗). *รายงานวิจัย: การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี ๒๕๕๖ ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ*. เรียกใช้เมื่อ กรกฎาคม ๒๕๕๙ จาก <http://www.hitap.net/documents/๒๔๐๖๗>
- จินตนา พัฒนพงศ์ธร, ชัยชนะ บุญสุวรรณ, และนฤมล ธนเจริญวัชร. (๒๕๕๘). *รายงานการศึกษาพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี ๒๕๕๗*.
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์. (๒๕๕๘). *สุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ : ความแตกต่างที่ไม่แตกแยก. การประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๗ เรื่อง “บทบาทของประชาชนกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ” วันที่ ๑๔ - ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๕๘ ณ โรงแรมจอมเทียน ปาล์มบีช โฮเต็ล แอนด์ รีสอร์ท เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี*.
- วชิระ เพ็งจันทร์. (๑๘ เมษายน ๒๕๕๙). *พลังคิดใหม่เพื่อขับเคลื่อนกรมอนามัย (DOH Change ; Re-Thinking Power)*.
- สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ. (๒๕๕๙). *ผู้นำ ๑๔ ประเทศ ร่วมประกาศปฏิญญากรุงเทพฯ ด้านอนามัยและสิ่งแวดล้อม*. เรียกใช้เมื่อ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๕๙ จาก www.parliament.go.th/news/news_detail.php?prid=๙๑๗๘๘

- สรารุทธิ บุญสุข และนางลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน. (๒๕๕๘). *การศึกษาการตายของมารดาไทย ปี ๒๕๕๖*.
- สำนักงานคณะกรรมการการเลือกตั้ง. (๒๕ มีนาคม ๒๕๕๙). *ร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย*. เรียกใช้เมื่อ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๙ จาก <http://www.ect.go.th/th/wp-content/uploads/๒๐๑๖/๐๔/cons๒๐๑๖.pdf>
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (๒๕๕๐). *ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง*. เรียกใช้เมื่อ ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๕๙ จาก http://www.nesdb.go.th/download/article/article_๒๐๑๕๐๗๒๗๑๗๒๗๕๘.pdf
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (๑๒ กันยายน ๒๕๕๗). *คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา*. เรียกใช้เมื่อ ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๕๙ จาก http://www.opdc.go.th/Law/File_download/law๑๙๙๕๗.pdf
- สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (ม.ป.ป.). *ปมปัญหาการตั้งครรภ์ในแม่วัยรุ่น*. เรียกใช้เมื่อ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๙ จาก http://www.hiso.or.th/hiso/tonkit/tonkits_๒๒.php
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (๒๕๕๓). *สำมะโนประชากรและเคหะ*. เรียกใช้เมื่อ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๙ จาก <http://popcensus.nso.go.th/>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (๒๕๕๙). *ระบบรายงาน HDC ข้อมูล ณ วันที่ ๒๖ พ.ค. ๒๕๕๙*.
- สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (๒๕๕๖). *Major Findings of Multiple Indicator Cluster Survey ๒๐๑๒*. บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- สุวิทย์ เมษินทรีย์. (๒๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙). *Thailand ๔.๐ : สร้างความเข้มแข็งจากภายใน เชื่อมโยงเศรษฐกิจไทยสู่โลก*. เรียกใช้เมื่อ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๙ จาก <https://th-th.facebook.com/drsuvitpage/posts/๑๓๙๖๓๐๖๗๒๔๐๐๙๓๘๗>
- องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน). (๒๕๕๙). *ความตกลงปารีส*. เรียกใช้เมื่อ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๕๙ จาก <http://www.tgo.or.th/๒๐๑๕/thai/content.php?s๑=๙&s๒=๓๐>

แผนยุทธศาสตร์

การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔)



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH