



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

แผนยุทธศาสตร์

การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพ
และอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนา
สุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ
และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12
(พ.ศ. 2560-2564)

ISBN 978-616-11-3274-3

กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

แผนยุทธศาสตร์

การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพ
และอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนา
สุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ
และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12
(พ.ศ. 2560-2564)

กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข

ISBN 978-616-11-3274-3

บทนำ

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

แต่การพึ่งพิงทรัพยากรและบุคลากรของรัฐฝ่ายเดียวเช่นนี้ไม่สามารถขยายผลและความครอบคลุมไปได้ในอัตราที่เท่าเทียมกับจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น ประเทศไทยจึงนำแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน คือ “ประชาชนบริการประชาชน” มาใช้ในปี พ.ศ. ๒๕๒๓ เป็นต้นมา ซึ่งได้รับความสนใจและยอมรับจากหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุขในฐานะองค์ประกอบสำคัญของการแก้ไขปัญหาความยากจน นับเป็นจุดเริ่มต้นของการขยายมุมมองเรื่อง “สุขภาพ” เป็นความจำเป็นพื้นฐานและเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนที่หน่วยงานมีส่วนร่วมรับผิดชอบ

กรมอนามัยได้ปรับตัวเข้ากับสภาพการณ์การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพตลอดมา นับตั้งแต่การดำรงอยู่ในสถานะ “เจ้าภาพ” และ “เจ้ามือ” ในงานส่งเสริมสุขภาพและสุขาภิบาลที่ต่อมาขยายขอบเขตเป็นงานอนามัยสิ่งแวดล้อมมาถึงการ “ร่วมคิด ร่วมทำ และสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน” ความรับผิดชอบในฐานะกรมวิชาการภายหลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ตลอดจนการปฏิรูประบบราชการและการปฏิรูประบบสุขภาพใน พ.ศ. ๒๕๔๕ กรมอนามัยได้นำประสบการณ์เหล่านี้มาปรับใช้และต่อยอดในบทบาทกรมวิชาการพร้อมไปกับการใช้กลยุทธ์ส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรกรุงเทพที่เรียกร้องความร่วมมือจากทุกภาคส่วนของสังคม

ถึงแม้ว่าผลงานพิสูจน์คุณภาพของการกระทำ ณ เวลานี้ กรมอนามัยยังคงได้รับการยอมรับในฐานะองค์กรหลักของประเทศในการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อคนไทยทุกคนมีสุขภาพดี แต่เนื่องจากสภาพแวดล้อมรอบตัวที่กำลังเปลี่ยนแปลงในอัตราเร่งที่เพิ่มขึ้นไม่ว่าจะเป็น การขยายตัวและความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจ เทคโนโลยี และอุตสาหกรรมต่าง ๆ ส่งผลให้สังคมโลก รวมถึงประเทศไทยต้องปรับตัวเพื่อการดำรงคงอยู่ในกระแสของการเปลี่ยนแปลงทำให้วิถีชีวิตของผู้คนเปลี่ยนไป สภาพปัญหาสุขภาพและปัจจัยต่าง ๆ ที่กระทบกับสุขภาพเป็นไปอย่างซับซ้อนกว่า

ในอดีตมาก พฤติกรรมการบริโภคของมนุษย์เปลี่ยนไปทำให้คุณภาพชีวิตและสุขภาพประชาชนต้องเผชิญหน้ากับความเสื่อมถอยของสุขภาพกายและใจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุถือเป็นความท้าทายที่สำคัญของการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่จำเป็นต้องมีการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ในขณะที่โรคอุบัติใหม่ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญได้แพร่กระจายอย่างไร้พรมแดนประกอบกับปัญหามลพิษจากสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศโลก และมีการขยายตัวของสังคมเมืองเพิ่มขึ้น ประชาชนไทยจึงต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพและมีปัญหาสุขภาพอันอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงในขอบเขตหน้าที่ความสามารถ และทรัพยากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศักยภาพในการพัฒนาตนเองของชุมชนระบบและกลไกการพัฒนาระบบราชการไทยที่มุ่งประโยชน์สุขของประชาชน บทบัญญัติในธรรมนูญสุขภาพ บทบาทของ สปสช. สสส. สรรส. และ สช. รวมถึงการรวมตัวของผู้คน องค์กร หรือเครือข่ายประชาคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เป็น “สมัชชาสุขภาพ” เพื่อพูดคุย แลกเปลี่ยน เรียนรู้ ถกแถลงหาทางออกของปัญหาสุขภาพในมิติต่าง ๆ เหล่านี้เป็นเรื่องท้าทายความสามารถและความรวดเร็วของกรมอนามัยในการบริหารจัดการความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

นอกจากนี้ กระแสการปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้การปฏิรูปประเทศไทยมุ่งหวังให้ประชาชนตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองหรือระบบสุขภาพ “สร้างนำซ่อม” และมีการเปลี่ยนแปลงเคลื่อนไหวหลายประการ ตั้งแต่การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้คนไทยเข้าถึงสิทธิในการรับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน เกิดการทดลองกระจายอำนาจด้านสุขภาพโดยการถ่ายโอนสถานีนอนามัยไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เปลี่ยนสถานีนอนามัยทั่วประเทศเป็น “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)” เกิดการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่กลายเป็นแหล่งสนับสนุนการเคลื่อนไหวด้านการสร้างเสริมสุขภาพของทุกภาคส่วน รวมถึงการเปิดพื้นที่ให้ทุกภาคส่วนในสังคมในการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy : PHPP) ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ดังนั้น ทิศทางของระบบสุขภาพจึงมีความความหลากหลายเน้นให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยตระหนักในสุขภาพของตนเอง ลดปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยง ให้ความสำคัญกับสุขภาพในมิติที่กว้างกว่าการบริการทางการแพทย์ สร้างเสริมระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นบูรณาการการทำงานของภาคส่วนต่าง ๆ ในระบบสุขภาพเพื่อให้เกิดเอกภาพ พัฒนาศักยภาพบุคลากรและหน่วยบริการในการรองรับสภาพปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไป 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 เพ็งจันทร์)

อธิบดีกรมอนามัย

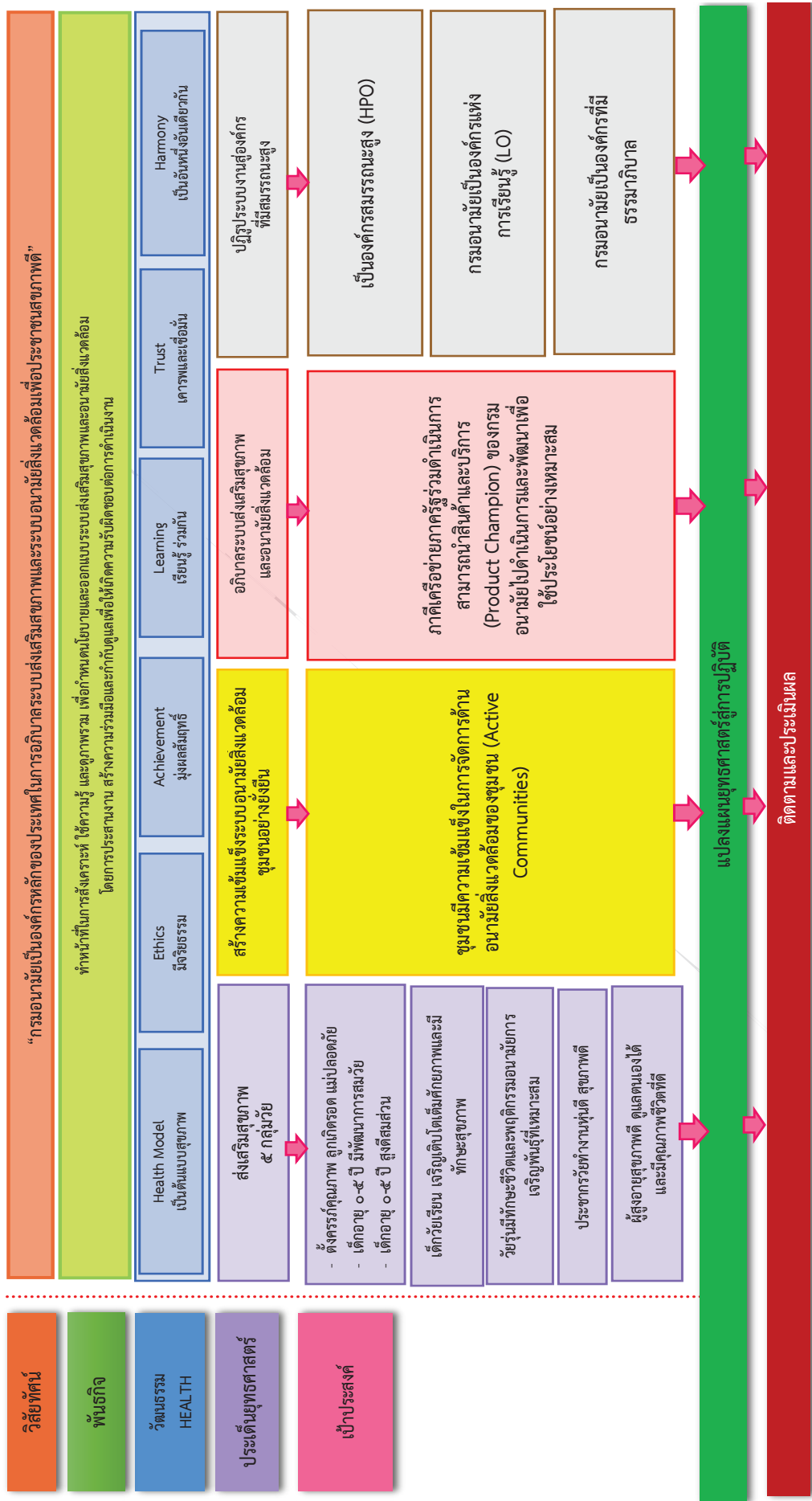
๓๐ กันยายน ๒๕๕๙

บทสรุปผู้บริหาร

กรมอนามัยได้มีการทบทวน ปรับปรุงวิธีการ และกลไกการดำเนินงานที่ผ่านมาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปและความท้าทายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน โดยจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐–๒๕๖๔) ผ่านกระบวนการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ของกรมอนามัยโดยการมีส่วนร่วมของผู้บริหาร นักวิชาการ บุคลากรกรมอนามัย และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการยอมรับของทุกฝ่าย วัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรกรมอนามัยและผู้เกี่ยวข้องพัฒนาและดำเนินการระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ ไปในทิศทางเดียวกัน สามารถจัดทำแผนงาน/โครงการให้สอดคล้องกับเป้าประสงค์และตัวชี้วัดที่กำหนด เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตามวิสัยทัศน์ของกรมอนามัย คือ “กรมอนามัยเป็นองค์กรหลักของประเทศในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อประชาชนสุขภาพดี” และบรรลุพันธกิจ คือ “ทำหน้าที่ในการสังเคราะห์ ใช้ความรู้ และดูภาพรวม เพื่อกำหนดนโยบายและออกแบบระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยการประสานงาน สร้างความร่วมมือ และกำกับดูแลเพื่อให้เกิดความรับผิดชอบต่อการดำเนินงาน”

กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ เริ่มจากการวิเคราะห์ปัจจัยภายในและภายนอกกรมอนามัยเชื่อมโยงกับกรอบความร่วมมือหรือพันธสัญญาระดับโลก ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณ 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 วัฒนธรรมองค์กร และเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ ๓) การพัฒนายุทธศาสตร์ (Strategy Development) เพื่อกำหนดกลยุทธ์หรือแนวทาง วิธีการ และสิ่งที่กรมอนามัยจะมุ่งเน้น/ให้ความสำคัญ เพื่อให้กรมอนามัยสามารถบรรลุในทิศทางหรือผลลัพธ์ที่ต้องการ ๔) การสื่อสารและถ่ายทอดยุทธศาสตร์ (Strategy Communication and Translation) ในรูปแบบที่สามารถทำความเข้าใจได้ง่ายสำหรับบุคลากรทุกระดับในองค์กร เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติต่อไป

กรอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาแบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔



ภาพที่ ๑ กรอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาแบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔

สารบัญ

หน้า

บทนำ	III
บทสรุปผู้บริหาร	VI
สารบัญ	VIII
สารบัญภาพ	X
สารบัญตาราง	XI
สารบัญแผนภูมิ	XII
ส่วนที่ ๑ กรอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔)	๑
❖ กรอบแนวคิดการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและ อนามัยสิ่งแวดล้อมตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔)	๑
❖ นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง	๔
❖ บริบทการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม	๒๐
๑. บริบทการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย	๒๐
๑.๑	กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี) ๒๒
๑.๒ กลุ่มเด็กวัยเรียน (๕-๑๔ ปี)	๒๔
๑.๓ กลุ่มวัยรุ่น (๑๕-๒๑ ปี)	๒๕
๑.๔ กลุ่มวัยทำงาน (๑๕-๕๙ ปี)	๒๖
๑.๕ กลุ่มผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป)	๒๗
๒. บริบทด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	๓๐
ส่วนที่ ๒ บริบทของกรมอนามัย	๓๗
ส่วนที่ ๓ ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔๕๙	
ส่วนที่ ๔ แนวทางการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ	๗๕
ส่วนที่ ๕ แนวทางการติดตามและประเมินผล	๘๑

	หน้า
ภาคผนวก ๑ ขั้นตอนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและ อนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔)	๘๖
ภาคผนวก ๒ คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและ อนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔)	๘๘
ภาคผนวก ๓ คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการบริหารการเปลี่ยนแปลงด้านวิชาการ และพัฒนาองค์ความรู้ ๖ กลุ่ม และคณะกรรมการสนับสนุนการบริหาร การเปลี่ยนแปลง ๓ กลุ่ม (เพิ่มเติม)	๙๑
ภาคผนวก ๔ คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์และคณะจัดทำแผนยุทธศาสตร์ กรมอนามัย	๙๗
บรรณานุกรม	๑๐๐

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ ๑	กรอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	VII
ภาพที่ ๒	กรอบแนวคิดการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ	๓
ภาพที่ ๓	ยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ของกระทรวงสาธารณสุข	๑๔
ภาพที่ ๔	นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง	๑๖
ภาพที่ ๕	สรุปประเด็นสำคัญจากนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับโลกที่มีผลต่อ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของกรมอนามัย	๑๗
ภาพที่ ๖	สรุปประเด็นสำคัญจากนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับประเทศที่มีผลต่อ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของกรมอนามัย	๑๘
ภาพที่ ๗	สรุปประเด็นสำคัญจากนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับกระทรวงที่มีผลต่อ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของกรมอนามัย	๑๙
ภาพที่ ๘	โครงสร้างและระบบการกำกับดูแลภายในกรมอนามัย	๔๑
ภาพที่ ๙	การกำกับโดยองค์กรภายนอก	๔๒
ภาพที่ ๑๐	ถนนชีวิตเพื่อสุขภาพ (Life Course Approach)	๔๗
ภาพที่ ๑๑	ความสัมพันธ์ระหว่างส่วนกลางกับพื้นที่	๔๘
ภาพที่ ๑๒	วงล้อเพื่อการเปลี่ยนแปลงกรมอนามัย	๔๙
ภาพที่ ๑๓	กระบวนการทำงานหลักของกรมอนามัย (Core Business Process)	๕๑
ภาพที่ ๑๔	ระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย	๕๕
ภาพที่ ๑๕	DoH Strategy Implementation Process	๗๗
ภาพที่ ๑๖	กรอบแนวทางการถ่ายทอดตัวชี้วัดและเป้าหมายกรมอนามัยสู่ระดับ Cluster ระดับหน่วยงานและระดับบุคคล กรมอนามัย	๗๘
ภาพที่ ๑๗	แผนที่ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ภายใต้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ	๗๙
ภาพที่ ๑๘	การติดตามและประเมินผลกรมอนามัย	๘๒



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ ๑ สรุปการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก	๕
ตารางที่ ๒ ยุทธศาสตร์หลัก ๔ ยุทธศาสตร์ ๑๖ แผนงาน ของกระทรวงสาธารณสุข	๑๕
ตารางที่ ๓ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ และกลยุทธ์/มาตรการ ของกรมอนามัย	๖๐

สารบัญแนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่ ๑ อัตราการตายมารดาไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ระดับประเทศ (กรมอนามัย)	๒๐
แผนภูมิที่ ๒ ร้อยละพัฒนาการรวมทุกด้านของเด็กอายุ ๐-๕ ปี จำแนกตามเขต บริการสุขภาพ ปี ๒๕๕๗	๒๑
แผนภูมิที่ ๓ แสดงอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน ภาวะโลหิตจาง ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ และอัตราน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม	๒๒
แผนภูมิที่ ๔ แสดงภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม อ้วน ในเด็กอายุ ๐-๕ ปี	๒๓
แผนภูมิที่ ๕ เด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน งามที่ ๑ และ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙	๒๔
แผนภูมิที่ ๖ แสดงผลกระทบจากพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุไทย	๒๘
แผนภูมิที่ ๗ แสดงการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย	๒๙

ส่วนที่ 1

กรอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560–2564)

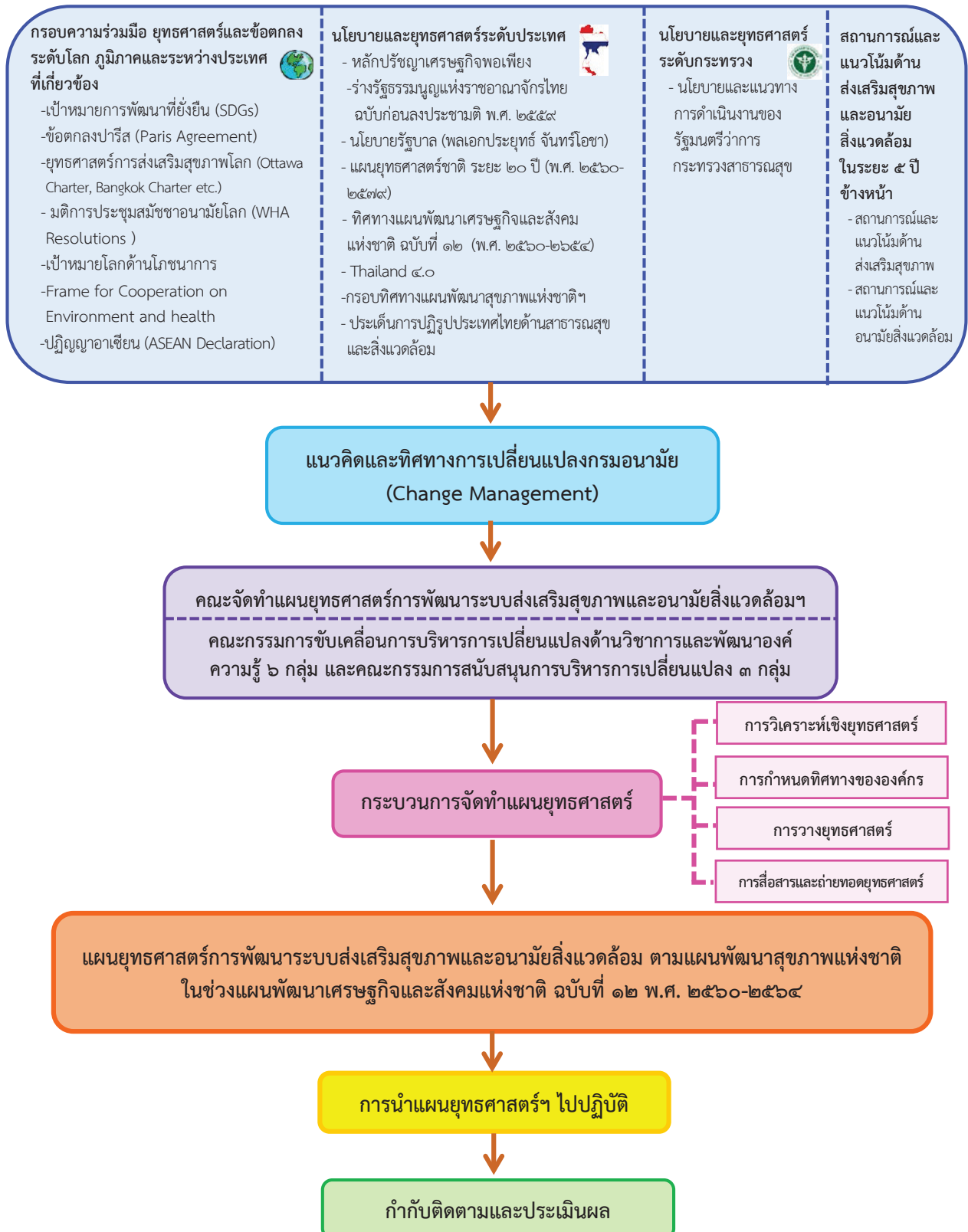
❖ กรอบแนวคิดการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัย สิ่งแวดล้อมตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560–2564)

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) เพื่อกำหนดกลยุทธ์หรือแนวทางการปฏิบัติ 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 กรอบความร่วมมือหรือพันธสัญญาาระดับโลก 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, ทิศทางแผนพัฒนา

เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. ๒๕๖๐–๒๕๖๔), ทิศทางแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. ๒๕๖๐–๒๕๖๔), ประเด็นการปฏิรูปประเทศไทย ด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ข้อมูลระดับกระทรวงสาธารณสุข เช่น นโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข และร่างกรอบทิศทางแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. ๒๕๖๐–๒๕๖๔

การกำหนดทิศทางขององค์กร (Strategic Direction Setting) กรมอนามัยได้กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และวัฒนธรรมองค์กร โดยการมีส่วนร่วมของผู้บริหาร นักวิชาการ และบุคลากรกรมอนามัย และมีกลไกในการจัดทำรายละเอียดของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ ในรูปแบบของคณะจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ คณะกรรมการขับเคลื่อนการบริหารการเปลี่ยนแปลงด้านวิชาการและพัฒนาองค์ความรู้ 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 คณะกรรมการการคลังและงบประมาณ (FIN)) เพื่อวางยุทธศาสตร์ (Strategic Development) โดยกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ หรือประเด็นหลักที่ต้องคำนึงถึง/พัฒนา/หรือมุ่งเน้น มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดและเป้าหมายรองรับ รวมถึงกลยุทธ์และมาตรการที่จะส่งผลให้กรมอนามัยบรรลุวิสัยทัศน์ นอกจากนี้ ยังแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ ผ่านการสื่อสารและถ่ายทอด (Strategic Communication and Translation) ให้หน่วยงานจัดทำแผนปฏิบัติการ บริหารความเสี่ยงแผนงาน/โครงการสำคัญ ถ่ายทอดตัวชี้วัดและเป้าหมายสู่ระดับบุคคล ตลอดจนกำหนดแนวทาง การกำกับติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ ซึ่งกรอบแนวคิดในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ แสดงดังภาพที่ ๒



ภาพที่ ๒ กรอบแนวคิดการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ

❖ นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง

ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ พ.ศ. ๒๕๖๐–๒๕๖๔ กรมอนามัยได้นำข้อมูลนโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องส่งผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของกรมอนามัยมาประกอบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ ทั้งนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับโลก ระดับประเทศ และระดับกระทรวง ดังนี้

ระดับโลก

๑. เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) (United Nations in Thailand, ๒๐๑๕) จัดทำขึ้นภายหลังการสิ้นสุดเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals : MDGs) เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยองค์การสหประชาชาติกำหนดขึ้นภายใต้กรอบความคิดที่มองการพัฒนาเป็นมิติ (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 ประเด็นการดำเนินงานที่ได้รับ ความสำคัญ เช่น ปัญหาคุณภาพอากาศ การจัดการขยะมูลฝอย น้ำดื่มสะอาด การสุขาภิบาลการจัดการ สารเคมี การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นต้น กรอบความร่วมมือฯ กำหนดให้ประเทศสมาชิกมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับประเทศที่เชื่อมโยงและบูรณาการงานด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ และให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบปฏิบัติที่ดีระหว่างประเทศสมาชิกของประเทศไทยภายใต้ความร่วมมือดังกล่าว ได้แก่ การเข้าร่วมประชุมรัฐมนตรีด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมฯ ซึ่งจัดประชุมทุก ๓ ปี การเข้าร่วมประชุมเจ้าหน้าที่ระดับอาวุโสฯ จัดประชุมทุก ๆ ๑ ปี ๖ เดือน และการเข้าร่วมเป็นสมาชิกคณะทำงานวิชาการระดับภูมิภาคฯ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่ากรอบความร่วมมือระหว่างประเทศต่าง ๆ สามารถนำมาซึ่งโอกาสของการพัฒนาตนเองและการแสดงบทบาทไทยในเวทีโลก ซึ่งกรมอนามัยควรเร่งรัดพัฒนาตนเองให้สามารถใช้โอกาสต่าง ๆ เหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. การประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลก

การประชุมการส่งเสริมสุขภาพระดับโลก (Global Health Promotion Conference) (World Health Organization, ๒๐๑๖) ในแต่ละครั้งผลสรุปจากการประชุมล้วนมีผลต่อการดำเนินงาน

ส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทยทั้งสิ้น ดังตารางสรุปการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกจากครั้งที่ ๑ ถึงครั้งที่ ๘

ตารางที่ ๑ สรุปการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก

การประชุม	สาระสำคัญ	ประเด็นหลัก
๑. ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๒๙ กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา	๑. ประกาศกฎบัตรออตตาวา กำหนดยุทธศาสตร์การส่งเสริม สุขภาพเพื่อบรรลุเป้าหมาย สุขภาพดีถ้วนหน้า ๒. กำหนดนิยามการส่งเสริมสุขภาพ “เป็นกระบวนการส่งเสริมให้ ประชาชนมีศักยภาพในการ ควบคุมและพัฒนาสุขภาพ ของตนเอง”	กำหนดกลยุทธ์สำคัญ ๕ ประการ ๑. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Construct a healthy public policy) ๒. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ (Create supportive environment) ๓. การเสริมสร้างการทำงานของชุมชน ให้เข้มแข็ง (Strengthen community action) ๔. การพัฒนาทักษะบุคคลในการ สร้างเสริมสุขภาพ (Develop personal skills) ๕. การปรับเปลี่ยนการบริการสุขภาพ (Reorient health services)
๒. ครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๓๑ เมืองแอตลีเค ประเทศออสเตรเลีย	การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ใน เรื่องนโยบายสาธารณะและขอบเขต การส่งเสริมสุขภาพที่ประเทศ สมาชิกควรนำไปปฏิบัติ	๑. การส่งเสริมสุขภาพสตรี ๒. อาหารและโภชนาการ ๓. บุหรี่และแอลกอฮอล์ ๔. การสร้างสิ่งแวดล้อม
๓. ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๓๔ เมืองซันด์สวาลส์ ประเทศสวีเดน	สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ	๑. การให้ความสำคัญต่อนโยบายด้าน สุขภาพ ๒. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ต้องพิจารณาในหลายมิติ เช่น เศรษฐกิจ สังคม การเมือง ฯลฯ ๓. ครอบคลุม สิ่งแวดล้อมในบ้าน ชุมชน อาชีพ ฯลฯ

การประชุม	สาระสำคัญ	ประเด็นหลัก
๔. ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๔๐ กรุงจาการ์ ประเทศอินโดนีเซีย	การสร้างภาคีเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ ๒๑	ลำดับความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ ๑. การส่งเสริมความรับผิดชอบของสังคมต่อสุขภาพ ทั้งภาครัฐและเอกชน ๒. เพิ่มการลงทุนในการพัฒนาสุขภาพ ๓. ขยายภาคีความร่วมมือด้านสุขภาพ ๔. เพิ่มศักยภาพของบุคคลและชุมชนในการดูแลสุขภาพ ๕. สร้างโครงสร้างพื้นฐาน ระดับท้องถิ่นและระดับชาติในการส่งเสริมสุขภาพ
๕. ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๔๓ ประเทศเม็กซิโก	การส่งเสริมสุขภาพเพื่อความเท่าเทียมด้านภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส “การลดช่องว่างของความไม่เสมอภาค”	การกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับประเทศสมาชิก ๑. สร้างฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ ๒. เพิ่มการลงทุนในการพัฒนาสุขภาพ ๓. เพิ่มความรับผิดชอบต่อสังคมต่อสุขภาพ ๔. สร้างเสริมความเข้มแข็งของบุคคลและชุมชน ๕. เปลี่ยนระบบคิดการบริการสุขภาพที่ใช้หลักการการส่งเสริมสุขภาพ
๖. ครั้งที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๔๘ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย	หัวข้อ “Policy and Partnership for Action” ซึ่งในครั้ง นี้เน้นที่ปัจจัยกำหนดสุขภาพและการระบุวิธีปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในโลกยุคโลกาภิวัตน์และทำให้เกิดคำประกาศ “กฎบัตรกรุงเทพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพโลก”	กำหนดยุทธศาสตร์สุขภาพโลกไว้พรมแดน ๕ ประการ ๑. ชี้แนะให้การส่งเสริมสุขภาพอยู่บนพื้นฐานสิทธิมนุษยชน ๒. กำหนดนโยบาย แนวทางการปฏิบัติในการจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพ ๓. สร้างศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนานโยบาย ภาวะผู้นำองค์ความรู้และการวิจัยด้านสุขภาพ ๔. สร้างพันธมิตรด้านสุขภาพ ทั้งภาครัฐและเอกชน

การประชุม	สาระสำคัญ	ประเด็นหลัก
		๕. การใช้มาตรการทางกฎหมายให้ทุกคน มีโอกาสเข้าถึงการมีสุขภาพที่ดี
๗. ครั้งที่ ๗ พ.ศ. ๒๕๕๒ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา	เน้นการนำแนวคิดการสร้างเสริม สุขภาพสู่การปฏิบัติให้เกิดผลต่อ ต่อสุขภาพของประชาชน	โดยการจัดการช่องว่างในการดำเนินการ ส่งเสริมสุขภาพ ช่องว่างที่สำคัญ ได้แก่ - Gap ใน Health program - Gap ใน Policy making and Intersectoral partnership - Gap ใน Health system
๘. ครั้งที่ ๘ พ.ศ. ๒๕๕๖ กรุงเฮลซิงกิ ประเทศเดนมาร์ก	เน้นการกำหนดประเด็นด้านสุขภาพ ไว้ในทุกนโยบายของหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง “Health in All Policies : HiAP”	มุ่งที่การดำเนินงานของภาครัฐเพื่อส่งเสริม สุขภาพและความเท่าเทียมกันของประชาชน ในสังคมการกระจายอำนาจรัฐและการ ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในทุกระดับ

๔. ข้อตกลงปารีส (Paris Agreement)

การประชุมรัฐภาคีกรอบอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ
ครั้งที่ ๒๑ (COP๒๑) (องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน), ๒๕๕๙) ณ กรุงปารีส
สาธารณรัฐฝรั่งเศส ได้รับรองความตกลงปารีส (Paris Agreement) เมื่อวันที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๕๘
โดยเป็นตราสารกฎหมายที่รับรองภายใต้กรอบอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพ
ภูมิอากาศ ฉบับล่าสุดจากพิธีสารเกียวโต เพื่อกำหนดกฎกติการะหว่างประเทศที่มีความมุ่งมั่นมาก
ยิ่งขึ้นสำหรับการมีส่วนร่วมของภาคีในการแก้ไขปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

โดยที่ประชุมได้เห็นชอบต่อข้อตกลงใหม่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพ
ภูมิอากาศของโลก โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

๑) ควบคุมการเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิเฉลี่ยของโลกให้ต่ำกว่า ๒ องศาเซลเซียส เมื่อเทียบกับ
ยุคก่อนอุตสาหกรรมและมุ่งพยายามควบคุมการเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิไม่ให้เกิน ๑.๕ องศาเซลเซียส เมื่อ
เทียบกับยุคก่อนอุตสาหกรรม โดยคำนึงว่าการดำเนินการตามนี้จะลดความเสี่ยงและผลกระทบจากการ
เปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศได้อย่างมีนัยสำคัญ

๒) เพิ่มขีดความสามารถในการปรับตัวต่อผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ
และการส่งเสริมการสร้างภูมิคุ้มกันด้านความสามารถในการฟื้นตัวจากการเปลี่ยนแปลงสภาพ
ภูมิอากาศ และการพัฒนาประเทศที่ปล่อยก๊าซเรือนกระจกต่ำโดยไม่กระทบต่อการผลิตอาหาร

๓) ทำให้เกิดเงินทุนหมุนเวียนที่มีความสอดคล้องกับแนวทางที่นำไปสู่การพัฒนาที่ปล่อยก๊าซเรือนกระจกต่ำและการพัฒนาให้มีภูมิคุ้มกันและความสามารถในการฟื้นตัวจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

ประเทศไทยร่วมกับอีก ๑๗๔ ประเทศ ได้ให้สัตยาบันภายใต้ข้อตกลงนี้และต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงานต่าง ๆ เพื่อให้ข้อตกลงบรรลุวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดร่วมกันเพื่อลดความเสี่ยงและผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

๕. เป้าหมายโลกด้านโภชนาการ (Global Nutrition Target)

ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก ได้ตั้งเป้าหมายโภชนาการระดับโลก ปี พ.ศ. ๒๕๖๘ (WHA Global Nutrition Targets ๒๐๒๕) (World Health Organization, ๒๕๕๙) ประกอบด้วยเป้าหมาย ๖ ตัวชี้วัด ได้แก่ ๑) ลดปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์และหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ ๑๕-๔๙ ปี) ๒) ลดอัตราน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ๓) ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อน ๖ เดือน ๔) ลดปัญหาภาวะเตี้ย ๕) ลดปัญหาภาวะผอม ๖) ปัญหาภาวะน้ำหนักเกินในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี ไม่เพิ่มขึ้น

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 การร่วมมือกันมิตรภาพ และการไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวต่อสถานการณ์ภายในประเทศสมาชิกทั้งหมด วันดังกล่าวมีการจัดการเฉลิมฉลองเป็นวันอาเซียน

ปฏิญญาอาเซียน (The ASEAN Declaration) ได้ระบุว่า เป้าหมายและจุดประสงค์ของอาเซียน คือ

๑) เร่งรัดการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ความก้าวหน้าทางสังคม และการพัฒนาวัฒนธรรมในภูมิภาค

๒) ส่งเสริมสันติภาพและเสถียรภาพในภูมิภาค โดยการเคารพหลักความยุติธรรมและหลักนิติธรรมในการดำเนินความสัมพันธ์ระหว่างประเทศในภูมิภาค ตลอดจนยึดมั่นในหลักการแห่งกฎบัตรสหประชาชาติ

๓) ส่งเสริมให้มีความร่วมมืออย่างจริงจังและความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในเรื่องที่มีผลประโยชน์ร่วมกันทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม วิชาการ วิทยาศาสตร์ และการบริหาร

๔) จัดให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในรูปแบบของการอำนวยความสะดวก การฝึกอบรม และวิจัยด้านการศึกษา วิชาชีพ วิชาการ และการบริหาร

๕) ร่วมมืออย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นเพื่อการใช้ประโยชน์มากขึ้นในการเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม การขยายการค้า รวมทั้งการศึกษาปัญหาในเรื่องการค้าระหว่างประเทศเกี่ยวกับโภชนาการ การปรับปรุงบริการ ความสะดวกเกี่ยวกับการขนส่งและคมนาคม และการยกระดับการครองชีพของประชาชนของตน

๖) ส่งเสริมการศึกษาเกี่ยวกับเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

๗) ดำรงความร่วมมืออย่างใกล้ชิดกับองค์การระหว่างประเทศและระดับภูมิภาคที่มีความมุ่งหมายและมุ่งประสงค์คล้ายคลึงกันและที่จะแสวงหาเส้นทางทั้งหลายเพื่อให้มีความร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างกัน

ระดับประเทศ

๑. หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

กรอบหลักการของการวางแผนยุทธศาสตร์ ได้นำมาและประยุกต์ใช้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ๒๕๕๐) ประกอบด้วย ๓ ห่วง คือ ความพอประมาณ ความมีเหตุผล และการมีภูมิคุ้มกันที่ดี ซึ่งการตัดสินใจและการกระทำต่างๆ ให้อยู่ในระดับพอเพียงนั้นต้องอาศัย ๒ เงื่อนไข ได้แก่ เงื่อนไขความรู้ (ความรู้รอบรู้ ความรอบคอบ และความระมัดระวังในการดำเนินชีวิตและการประกอบการงาน) และเงื่อนไขคุณธรรม (ความซื่อสัตย์สุจริต ความอดทน มีความเพียร และใช้สติปัญญาในการดำเนินชีวิต) โดยยึดคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม การพัฒนาที่ยึดหลักสมดุลและยั่งยืนเพื่อรองรับ การเปลี่ยนแปลงในทุกด้านทั้งด้านเศรษฐกิจ 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) แถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติเมื่อวันศุกร์ที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๕๗ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, ๒๕๕๗) ประกอบด้วยนโยบาย ๑๑ ด้าน คือ ๑) การปกป้องเชิดชูสถาบันพระมหากษัตริย์, ๒) การรักษา ความมั่นคงของรัฐและการต่างประเทศ, ๓) การลดความเหลื่อมล้ำของสังคมและการสร้างโอกาส การเข้าถึงบริการของรัฐ, ๔) การศึกษาและเรียนรู้การทฤษฎีความรู้ ศิลปะและวัฒนธรรม, ๕) การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชน, ๖) การเพิ่มศักยภาพ ทางเศรษฐกิจของประเทศ, ๗) การส่งเสริม

บทบาทและการใช้โอกาสในประชาคมอาเซียน, ๘) การพัฒนาและการส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี การวิจัยและพัฒนา และนวัตกรรม, ๙) การรักษาความมั่นคงของฐานทรัพยากร และการสร้างสมดุลระหว่างการอนุรักษ์กับการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน, ๑๐) การส่งเสริมการบริหารราชการแผ่นดินที่มีธรรมาภิบาลและการป้องกันปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบในภาครัฐ และ ๑๑) การปรับปรุงกฎหมายและกระบวนการยุติธรรม

๔. ประเทศไทย ๔.๐

ประเทศไทยในอดีตที่ผ่านมามีการพัฒนาเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่องตั้งแต่โมเดล “ประเทศไทย ๑.๐” ที่เน้นภาคการเกษตรไปสู่ “ประเทศไทย ๒.๐” ที่เน้นอุตสาหกรรมเบา และก้าวสู่ “โมเดลประเทศไทย ๓.๐” ในปัจจุบันที่เน้นอุตสาหกรรมหนัก แต่ภายใต้ “โมเดลประเทศไทย ๓.๐” นั้น ต้องเผชิญกับกับดักประเทศรายได้ปานกลาง กับดักความเหลื่อมล้ำของความมั่งคั่ง และกับดักความไม่สมดุลในการพัฒนา จึงเป็นประเด็นที่รัฐบาลต้องสร้างโมเดลใหม่ขึ้นมาเพื่อปฏิรูปเศรษฐกิจของประเทศและนำพาประชาชนทั้งประเทศไปสู่โมเดลประเทศไทย ๔.๐ (เมชินทรีย์, ๒๕๕๙)

ประเทศไทย ๔.๐ จึงเป็นการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเศรษฐกิจ ไปสู่ “Value-Based Economy” หรือเศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรมโดยกระบวนการพัฒนาประเทศไทยภายใต้ประเทศไทย 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 สร้างสังคมเป็นธรรมและเข้มแข็ง” การเข้าถึงบริการทางสังคมของรัฐอย่างมีคุณภาพ ทัวถึง และเป็นธรรม จัดรูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการทางสังคมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นและเหมาะสมตามกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งการลดความเหลื่อมล้ำทำได้ ๒ ด้าน คือ การเพิ่มรายได้และลดรายจ่าย กระทรวงสาธารณสุขมีส่วนช่วยในการลดรายจ่ายโดยเฉพาะการลดความเหลื่อมล้ำด้านโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ นอกจากนี้ ยังรวมถึงการบูรณาการกับกระทรวงที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุและการรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต โดยกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทอย่างมากในการรวมพลังองค์กรด้านนี้ของประเทศ ทั้งด้านการวิจัย การพัฒนาด้านสังคม เป็นต้น ทำหน้าที่เป็นแกนหลักรวบรวมกระทรวงที่เกี่ยวข้อง มหาวิทยาลัย และ

ภาคเอกชน ในการกำหนดยุทธศาสตร์การทำงาน วางแผนการทำงานร่วมกัน เสนอของบประมาณ ร่วมกัน ดำเนินการลักษณะ “ประชารัฐ” ที่มีผู้รับผิดชอบงบประมาณ แผน และกิจกรรมรองรับที่ชัดเจน เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่ยากไร้ในชนบทและ ในเมืองให้ได้รับการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม

๒) สร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจและแข่งขันได้อย่างยั่งยืน (Competitive Growth Engine) เปลี่ยนจากการทำมากได้น้อย (More for Less) เป็น ทำน้อยได้มาก (Less for More) โดยการเติมเต็มปัญญา (เทคโนโลยีและความคิดสร้างสรรค์) เพื่อไปสู่เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม (Innovation Driven Economy) ภายใต้แนวคิด “พัฒนาเศรษฐกิจให้เข้มแข็งและทั่วถึง เพื่อมุ่งสู่การมีรายได้สูง อย่างมีเสถียรภาพ เป็นธรรม และยั่งยืน ด้วยนวัตกรรม” เป็นการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน โดยเฉพาะหลังจากรัฐบาลประกาศนโยบายส่งเสริมการลงทุนในอุตสาหกรรมที่เป็นอนาคตซึ่งมี อุตสาหกรรมที่กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นแกนหลักได้ เช่น ศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) สุขภาพและความงาม (Health and Spa) ไม่เพียงแต่ดึงดูดต่างชาติมาลงทุนเท่านั้นแต่จะต้องพัฒนาเป็น คลัสเตอร์ (Cluster) เพื่อยกระดับให้ประเทศมีอุตสาหกรรมที่สูงขึ้น

๓) การเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Green Growth Engine) เปลี่ยนจากการพัฒนาที่ไม่สมดุลเป็นการพัฒนาที่สมดุลเพื่อตอบโจทย์ Sustainable Development ภายใต้แนวคิด “คืนสมดุลสู่ธรรมชาติ เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน” แก้ไขปัญหาวิกฤตสิ่งแวดล้อมโดยเร่งรัด แก้ไขปัญหาการจัดการขยะ ลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก พัฒนาการผลิตให้มีประสิทธิภาพ ลดการใช้ พลังงาน เพื่อปรับตัวไปสู่รูปแบบของการผลิตและการบริโภคคาร์บอนต่ำและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม มากขึ้น รวมทั้งยกระดับความสามารถในการป้องกันผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและ ภัยพิบัติ

๕. กรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๙) คณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ ได้ยกร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๙) โดยกำหนดวิสัยทัศน์ในกรอบยุทธศาสตร์ ชาติไว้ว่า “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลัก ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” หรือเป็นคติพจน์ประจำชาติว่า “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” ประกอบด้วย ๖ ยุทธศาสตร์ คือ ๑) ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคง (Stable & Secure), ๒) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้าง ความสามารถในการแข่งขัน (Innovative & Creative), ๓) ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพ คน, ๔) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม (Inclusive), ๕) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม (Green Growth) และ ๖) ยุทธศาสตร์ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ (Good Governance)

๖. ทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) สำนักงาน คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้กำหนดทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) โดยมียุทธศาสตร์หลัก ๑๐ ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย ๑) ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์, ๒) ยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรม

ลดความเหลื่อมล้ำในสังคม, ๓) ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจและแข่งขันได้อย่างยั่งยืน, ๔) ยุทธศาสตร์ด้านการเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน ๕) ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคง, ๖) ยุทธศาสตร์ด้านการเพิ่มประสิทธิภาพและธรรมาภิบาล ในภาครัฐ, ๗) ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและระบบโลจิสติกส์, ๘) ยุทธศาสตร์ ด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัยและนวัตกรรม, ๙) ยุทธศาสตร์การพัฒนากาชา เมือง และพื้นที่เศรษฐกิจ และ ๑๐) ยุทธศาสตร์ด้านการต่างประเทศ ประเทศเพื่อนบ้าน และภูมิภาค

๗. ร่างกรอบทิศทางแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ จัดทำขึ้นเพื่ชี้นำทิศทางการพัฒนาสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ ด้วยปรัชญา“เศรษฐกิจพอเพียง”กับแนวคิด “สุขภาพพอเพียงและสุขภาวะ” โดย “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมและมีพื้นที่เป็นฐาน” ภายใต้ระบบสุขภาพพอเพียง “ระบบสุขภาพหนึ่งเดียวแบบองค์รวม ไร้รอยต่อเป็นธรรมและมั่นคงทางสุขภาพ” มุ่งพัฒนาสู่ “สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข” สร้าง“ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” ให้กับประเทศไทย กำหนดวิสัยทัศน์ คือ ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดีอายุยืนยาว มีหลักประกันสุขภาพเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ สร้างเสริมสุขภาพ ได้รับการคุ้มครองทางสุขภาพ อยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ดี สร้างประเทศไทยให้มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน มี ๗ ยุทธศาสตร์หลักในการพัฒนา ประกอบด้วย ๑) การสร้างหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมเท่าเทียมและเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการพื้นฐานและขั้นสูงที่จำเป็น, ๒) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีขีดความสามารถสูง และมีประสิทธิภาพ, ๓) การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และคุณภาพชีวิตของประชากรตลอดช่วงชีวิต, ๔) การคุ้มครอง จัดการโรค และภัยคุกคามสุขภาพ ลดผลกระทบ สร้างเศรษฐกิจและสังคมที่เป็นมิตรกับผู้บริโภคและสิ่งแวดล้อม, ๕) การสร้างพันธมิตรทางด้านสุขภาพระหว่างประเทศเพื่อนบ้าน ระดับภูมิภาค และระดับโลกได้อย่างทัดเทียมและก้าวไกล, ๖) การวิจัย พัฒนา ลงทุนด้านผลิตภัณฑ์เทคโนโลยี และธุรกิจสุขภาพให้สามารถ แข่งขัน พึ่งตนเอง ลดการนำเข้า และสร้างเสริมความมั่นคงทางเศรษฐกิจก้าวสู่ประเทศรายได้สูง และ ๗) การปฏิรูประบบบริหารจัดการและการอภิบาลระบบสุขภาพที่มั่นคงและยั่งยืน

๘. ประเด็นการปฏิรูปประเทศไทยด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช ๒๕๕๗ ได้กำหนดให้มีการปฏิรูปประเทศ ซึ่งการปฏิรูประบบสาธารณสุขเป็นหนึ่งในปฏิรูปประเทศจำนวน ๑๑ ด้านที่สำคัญ เพื่อผลักดันให้ประชาชนมีความเป็นอยู่และมีระบบสาธารณสุขที่ดีขึ้นโดยมีการสรุปประเด็นปัญหาด้านสาธารณสุขและข้อเสนอแนะในเรื่องต่อไปนี้ ๑) ปัญหาความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนประกันสังคม กองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒) ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพและการจ้างงานที่เป็นธรรม, ๓) ปัญหาด้านระบบบริการสุขภาพและการอภิบาลระบบสุขภาพ, ๔) ปัญหาการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการจัดการกับภัยคุกคามสุขภาพ ส่วนประเด็นปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ๑) ปัญหาป่าไม้, ๒) ปัญหาภัยพิบัติและภัยแล้ง และ ๔) ปัญหาขยะและน้ำเสีย

๙. ยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณ

ยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ประกอบด้วย

๖ ยุทธศาสตร์ ๑ รายการ ดังนี้

- ๑) ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคงและการต่างประเทศ
- ๒) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขันของประเทศ
- ๓) ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน
- ๔) ยุทธศาสตร์ด้านการแก้ไขปัญหาความยากจน ลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างการเติบโต

จากภายใน

๕) ยุทธศาสตร์ด้านการจัดการน้ำและสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

- ๖) ยุทธศาสตร์ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐ
- ๗) รายการค่าดำเนินการภาครัฐ

ระดับกระทรวงสาธารณสุข

๑. นโยบายและแนวทางการดำเนินงานของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร) ได้มอบนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน ณ วันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๕๘ ประกอบด้วย ๑) ให้ความสำคัญสูงสุดต่อการพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติ, ๒) บูรณาการองค์ประกอบ และบทบาทเขตสุขภาพ, 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 ๒๐๓๐), การปฏิรูปประเทศไทยด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม, 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 centered คือ ใส่ใจประชาชน และ Humility คือ ถ่อมตนอ่อนน้อม)

๒.๖ ยุทธศาสตร์หลัก ๔ ยุทธศาสตร์ ๑๖ แผนงานดังภาพที่ ๓ และรายละเอียดยุทธศาสตร์ตามตารางที่ ๒

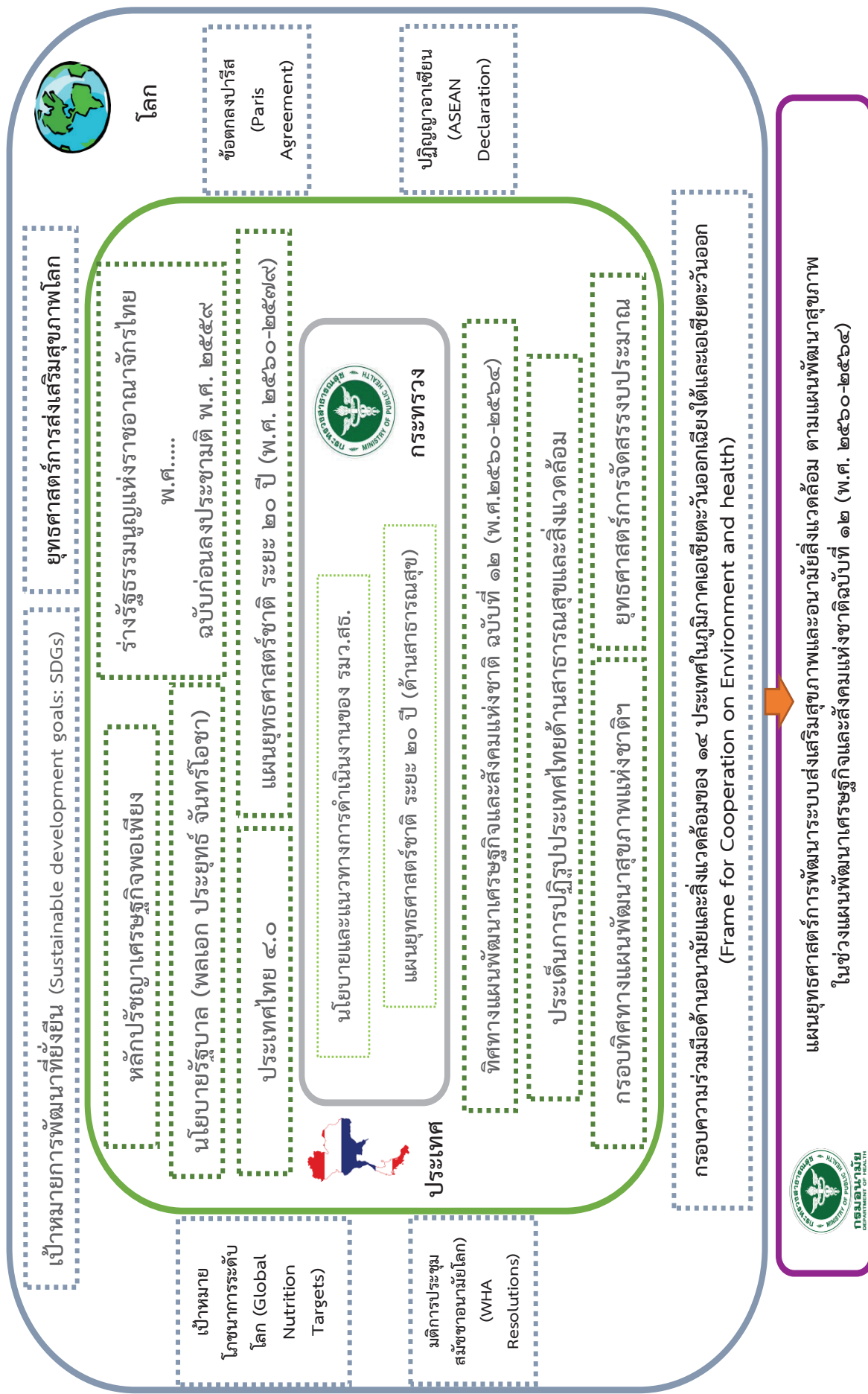


ภาพที่ ๓ ยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ของกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ ๒ ยุทธศาสตร์หลัก ๔ ยุทธศาสตร์ ๑๖ แผนงาน ของกระทรวงสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์	แผนงาน
๑) Prevention & Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคเป็นเลิศ)	๑.๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) ๑.๒ การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ๑.๓ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ๑.๔ การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
๒) Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)	๒.๑ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) ๒.๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ๒.๓ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ ๒.๔ การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ ๒.๕ การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ ๒.๖ ประเทศไทย ๔.๐ ด้านสาธารณสุข
๓) People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)	๓.๑ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
๔) Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)	๔.๑ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ๔.๒ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ๔.๓ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ ๔.๔ การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ ๔.๕ การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

จากรายละเอียดดังที่ได้กล่าวมาแล้ว สามารถสรุปรายการนโยบายและยุทธศาสตร์และประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับกรมอนามัยได้ดังภาพที่ ๔ ถึง ภาพที่ ๗



ภาพที่ ๔ นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง



ระดับโลก

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable development goals: SDGs)

เป้าหมายที่ ๒ ขจัดความหิวโหย บรรลุความมั่นคงทางอาหาร ปรับปรุงโภชนาการ และสนับสนุนการทำเกษตรกรรมอย่างยั่งยืน

เป้าหมายที่ ๓ สร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพและส่งเสริมสุขภาพที่ดีของทุกคนทุกเพศทุกวัย
เป้าหมายที่ ๖ สร้างหลักประกันให้สะอาด ปลอดภัย บริหารจัดการน้ำและการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืนสำหรับทุกคน

เป้าหมายที่ ๑๑ ทำให้เมืองและการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์มีความปลอดภัย พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงและยั่งยืน

การประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลก (Global Health Promotion Conference)

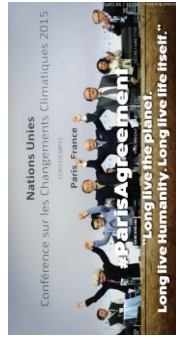


เป้าหมายโลกด้านโภชนาการ (Global Nutrition Targets)



ข้อตกลงปารีส “Paris Agreement”

ลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก



ปฏิญญาอาเซียนหรือ ปฏิญญากรุงเทพ (Bangkok Declaration)



กรอบความร่วมมือด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประเทศไทยในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียตะวันออก

ประเด็นนโยบายสิ่งแวดล้อมที่สำคัญในระดับภูมิภาค ๗ ด้าน

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

ภาพที่ ๕ สรุปประเด็นสำคัญจากนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับโลกที่มีผลต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของการอนามัย

หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

๓ ห่วง : ความพอประมาณ ความมีเหตุผล และการมีภูมิคุ้มกันที่ดี
๒ เงื่อนไข : ความรู้ (ความรู้รอบรู้ ความรอบคอบ และความระมัดระวังใน การดำเนินชีวิตและการประกอบการงาน) และคุณธรรม (ความซื่อสัตย์ สุจริต ความอดทน มีความเพียร และใช้สติปัญญาในการดำเนินชีวิต) โดยยึดความเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม การพัฒนาที่ ยึดหลักสมดุลและยั่งยืน

ร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

ฉบับก่อนลงประชามติ พ.ศ.๒๕๕๙

มาตรา ๕๔ เด็กเล็กได้รับการดูแลและพัฒนา ก่อนเข้ารับการศึกษา
มาตรา ๕๕ ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง
มาตรา ๕๖ ศึกษาและประเมินผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพของประชาชนหรือชุมชน
มาตรา ๖๓ มีมาตรการและกลไกที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันและจัดการ การทุจริตและประพฤติมิชอบ
มาตรา ๖๔ ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา
มาตรา ๗๑ ส่งเสริมและพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพ
มาตรา ๗๒ ดำเนินการเกี่ยวกับที่ดิน ทรัพยากรน้ำ และพลังงาน
มาตรา ๗๔ ประชาชนมีความสามารถในการทำงานอย่างเหมาะสมกับ ศักยภาพ
มาตรา ๗๖ พัฒนาระบบการบริหารราชการให้เป็นไปตามหลักการบริหาร กิจการบ้านเมืองที่ดี
มาตรา ๗๗ มีกฎหมายเท่าที่จำเป็น และยกเลิกหรือปรับปรุงกฎหมาย ที่หมดความจำเป็น

ทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒

(พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔)

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพมนุษย์
ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การสร้างความเป็นธรรมลดความเหลื่อมล้ำในสังคม
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนา อย่างยั่งยืน
ยุทธศาสตร์ที่ ๖ การเพิ่มประสิทธิภาพและธรรมาภิบาลในภาครัฐ
ยุทธศาสตร์ที่ ๙ การพัฒนาภาค เมือง และพื้นที่เศรษฐกิจ
ยุทธศาสตร์ที่ ๑๐ การต่างประเทศ ประเทศเพื่อนบ้าน และภูมิภาค



ระดับประเทศ

นโยบายรัฐบาล (พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา)

ด้านที่ ๓ การลดความเหลื่อมล้ำของสังคม และการสร้างโอกาสการ เข้าถึงบริการของรัฐ

๓.๔ เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

ด้านที่ ๔ การศึกษาและเรียนรู้ การทะนุบำรุงศาสนา ศิลปะและ วัฒนธรรม

๔.๔ พัฒนาศักยภาพคนทุกช่วงวัยโดยส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต

ด้านที่ ๕ การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพ ของประชาชน

๕.๒ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ

๕.๖ ประสานการทำงานป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่น

ด้านที่ ๘ การพัฒนาและการส่งเสริมการใช้ประโยชน์จาก วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี การวิจัยและพัฒนา และนวัตกรรม

๘.๑ สนับสนุนการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการวิจัยและพัฒนาของ ประเทศ

ด้านที่ ๙ การรักษาความมั่นคงของฐานทรัพยากร และการสร้าง สมดุลระหว่างการรักษาทรัพยากรกับการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน

๙.๕ เร่งรัดการควบคุมมลพิษทางอากาศ ขยะ และน้ำเสีย

ด้านที่ ๑๐ การส่งเสริมการบริหารราชการแผ่นดินที่มีธรรมาภิบาล และการป้องกันปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบในภาครัฐ

๑๐.๕ ป้องกันและปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ

ยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณ

(อ้างอิง งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐)

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ด้านการสร้างความรู้ความสามารถในการแข่งขันของประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ด้านการแก้ปัญหาความยากจน ลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างการเติบโตจากภายใน

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ ด้านการจัดการน้ำและสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิต

ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ ด้านการปรับสมดุลและพัฒนากระบวนการบริหารจัดการ

ภาครัฐ

ประเทศไทย ๔.๐

“Value-Based Economy”

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

ประเด็นการปฏิรูปประเทศไทยด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

๒.๕.๑ ข้อเสนอแนะและการปฏิรูปด้านสาธารณสุข

๒.๕.๒ ข้อเสนอแนะและการปฏิรูปด้านสิ่งแวดล้อม

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

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ด้านการสร้างความรู้สามารถในการแข่งขันของ ประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทาง สังคม

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อ สิ่งแวดล้อม

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ ยุทธศาสตร์ด้านการการรับสมดุลและพัฒนาระบบการ บริหารจัดการภาครัฐ

ร่างกรอบทิศทางแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

ยุทธศาสตร์หลักในการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับกรมอนามัย

๒. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีขีดความสามารถสูง และ มีประสิทธิภาพ

๓. การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และคุณภาพชีวิตของ ประชากรตลอดช่วงชีวิต

๔. การคุ้มครอง จัดการโรค และภัยคุกคามสุขภาพ

๕. การสร้างพันธมิตรทางด้านสุขภาพ

๖. การวิจัย พัฒนา ลงทุนด้านผลิตภัณฑ์ เทคโนโลยี

๗. การปฏิรูประบบบริหารจัดการและการอภิบาลระบบสุขภาพที่ มั่นคงและยั่งยืน

ภาพที่ ๖ สรุปประเด็นสำคัญจากนโยบายและยุทธศาสตร์เป้าหมายและยุทธศาสตร์ประเทศที่มีผลต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของกรมอนามัย

ระดับกระทรวง



นโยบายและแนวทางการดำเนินงานของ

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร

๑) ให้ความสำคัญสูงสุดต่อการพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริฯ

๒) บูรณาการองค์ประกอบและบทบาทเขตสุขภาพ

๓) พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย

๔) เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ

๕) ให้ความสำคัญในการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข

๖) เร่งรัดปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบกฎเกณฑ์ ให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุข

๗) สนับสนุนกลไกการทำงานสาธารณสุข

๘) สนับสนุนกลไกการทำงานสาธารณสุข



แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข)

จุดยืนองค์กร

ส่วนกลาง พัฒนาระบบนโยบาย กำกับ ติดตาม ประเมินผล

ส่วนภูมิภาค (เขตสุขภาพ) บริหารจัดการหน่วยบริการ และ

ขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ

วิสัยทัศน์ (Vision)

: เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี

พันธกิจ (Mission)

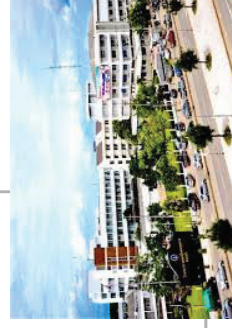
: พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วม และยั่งยืน

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)

๑.๑.๑ การตายของมารดาและการเกิดของทารก หลายทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยยังคงเผชิญกับปัญหาการตายของมารดา การลดลงของจำนวนการเกิดหรืออัตราการเจริญพันธุ์รวม และการเกิดที่ไม่มีคุณภาพ จากการสำรวจอัตราส่วนการตายของมารดาไทย โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (สรารุณี บุญสุข และนางลักขณ์ 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)

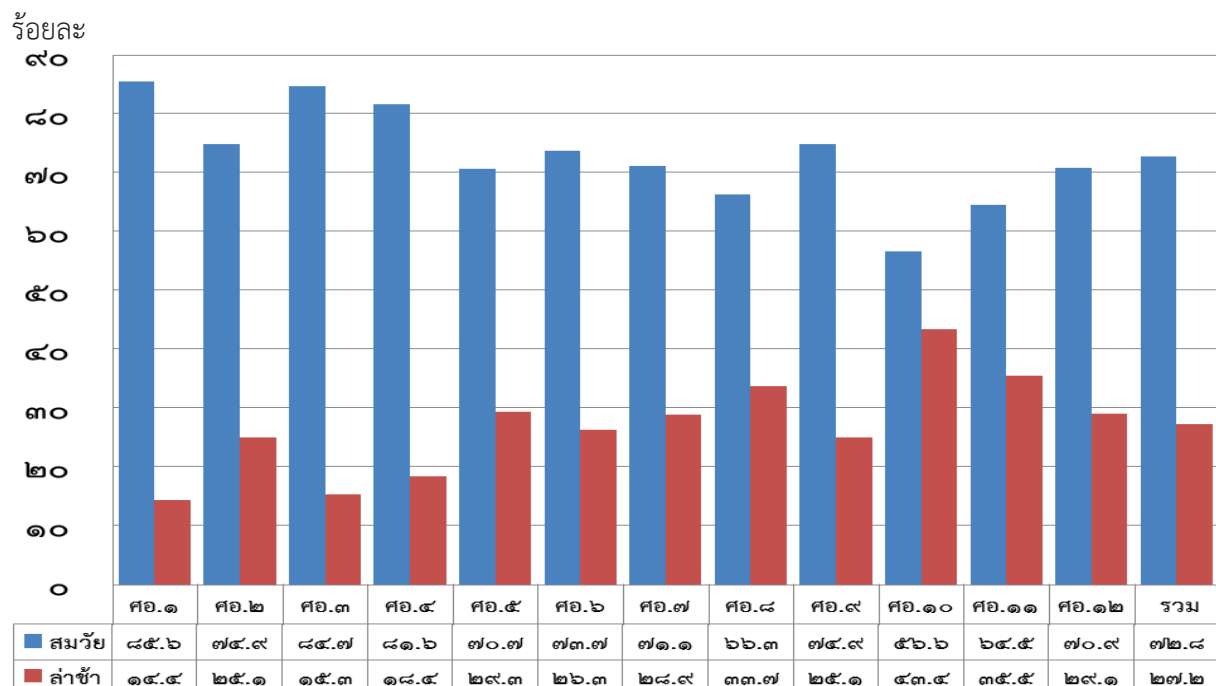


แผนภูมิที่ ๑ อัตราการตายมารดาไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ระดับประเทศ (กรมอนามัย)

โดยสาเหตุส่วนใหญ่ของการตายของมารดามาจากปัจจัยการตั้งครรภ์และการคลอดมารดาที่ขาดโภชนาการทั้งก่อนและระหว่างการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ในขณะที่มารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักมากกว่า ๔,๐๐๐ กรัม ในปัจจุบันพบว่าภาวะอ้วนยังมีความชุกน้อยแต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและทารกมีความเสี่ยงที่จะเจริญเติบโตเป็นเด็กที่มีภาวะอ้วน

เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเจริญพันธุ์รวมในอดีตและปัจจุบัน พบว่าในอดีตผู้หญิงไทยหนึ่งคนมีบุตรเฉลี่ยตลอดด้วยเจริญพันธุ์ ๖ คน แต่ในปัจจุบันมีบุตรเพียง ๑.๖ คน ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าสังคมไทยยังคงเผชิญกับปัญหา “เด็กเกิดน้อยแต่ด้วยคุณภาพ” ขณะนี้กรมอนามัยอยู่ในระหว่างการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์พัฒนานาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดคุณภาพ เพื่อจะพัฒนาคุณภาพการเกิดของประชากร

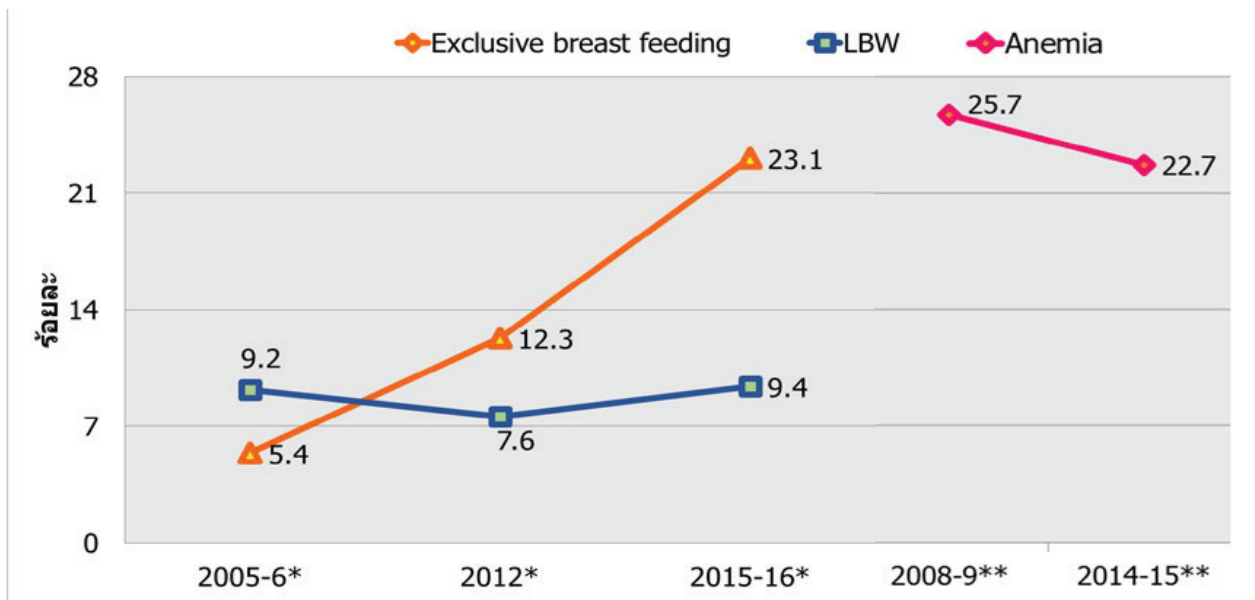
๑.๑.๒ พัฒนาการของเด็กปฐมวัย จากการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการไม่สมวัยร้อยละ ๒๗.๒ (จินตนา พัฒนพงศ์ธร, ชัยชนะ บุญสุวรรณ, และนฤมล ธนเจริญวัชร, ๒๕๕๘) ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๒ ซึ่งอาจมาจากปัจจัย ๑) ทารกคลอดก่อนกำหนด, ๒) ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า ๒,๕๐๐ กรัม, ๓) ทารกมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด,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



แผนภูมิที่ ๒ ร้อยละพัฒนาการรวมทุกด้านของเด็กอายุ ๐-๕ ปี จำแนกตามเขตบริการสุขภาพ ปี ๒๕๕๗

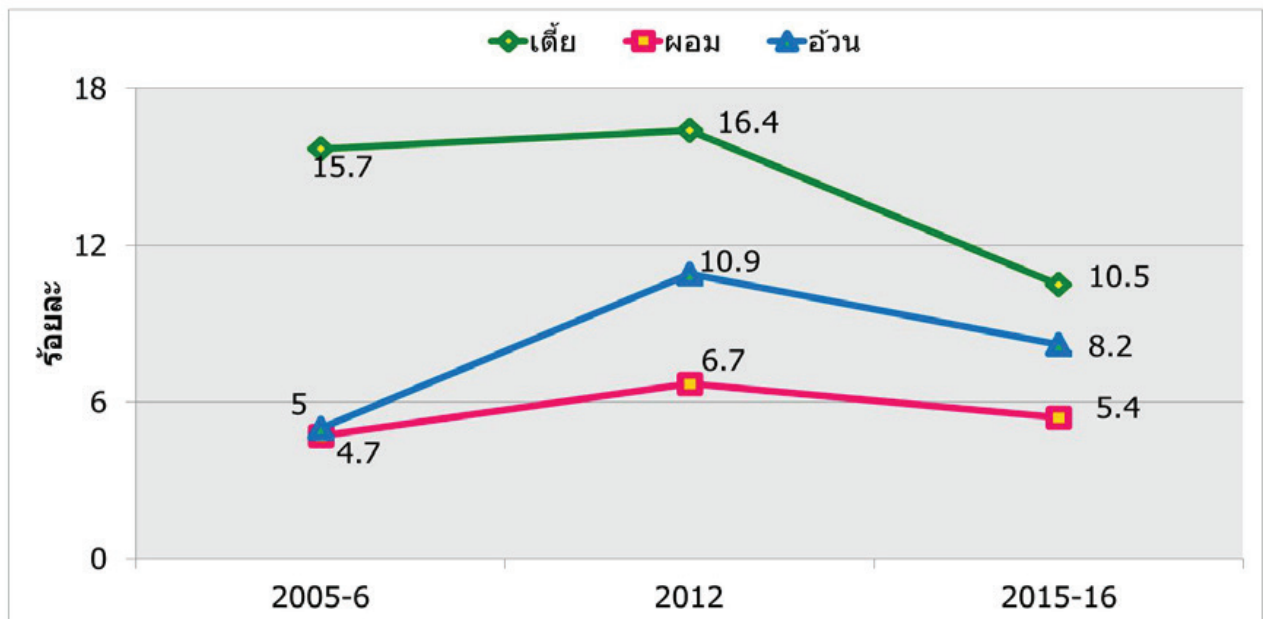
๑.๑.๓ การเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย

จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (Multiple Indicators Cluster Survey : MICS) ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๔ (UNICEF Office for Thailand, ๒๐๐๗), ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๕ (สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๕๖) และ ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๘ พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาว 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 อย่างไรก็ตาม รายงาน Global Nutrition Report ในปี ๒๐๑๖ ประเทศไทยจะไม่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มดังกล่าว เนื่องจากสถานการณ์ตามตัวชี้วัดดีขึ้น



Source : *Thailand Multiple Indicator Cluster Survey (MICS3-2006, MICS4-2012)
** National Health Exam Survey (NHES4-2008-9, NHES5-2014-15)

แผนภูมิที่ ๓ แสดงอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาว ๖ เดือน ภาวะโลหิตจางในหญิงวัยเจริญพันธุ์ และอัตราน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม

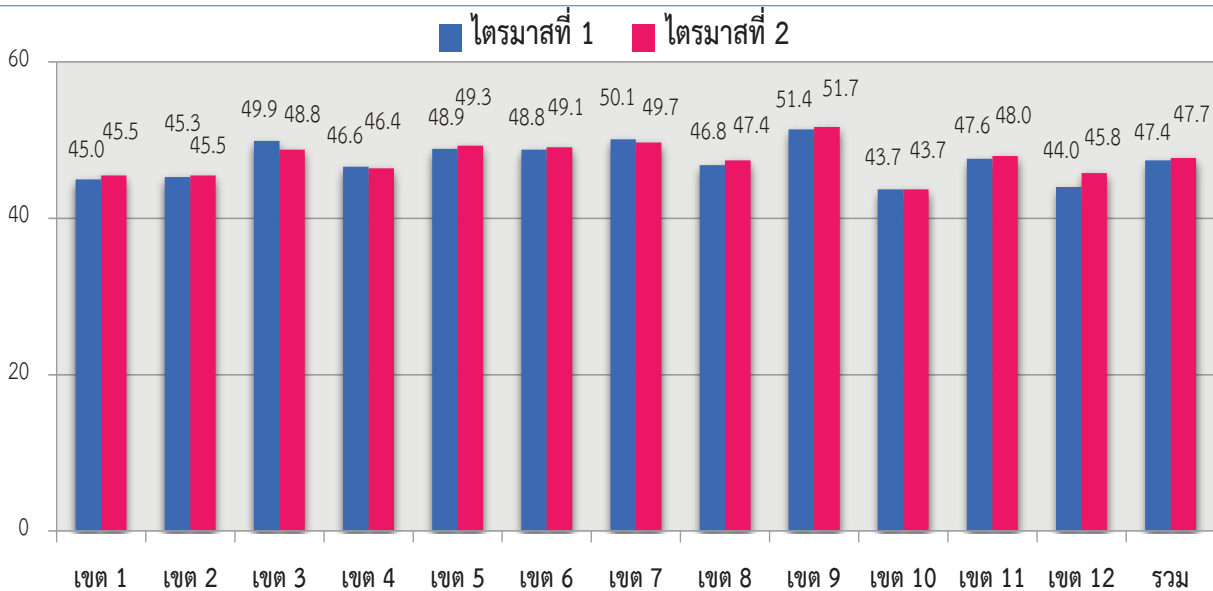


ข้อมูล: Thailand Multiple Indicator Cluster Survey (MICS3-2005-6, MICS4-2012 และ MICS5-2015-16), สำนักงานสถิติแห่งชาติ

แผนภูมิที่ ๔ แสดงภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม อ้วน ในเด็กอายุ ๐-๕ ปี

ผลกระทบของทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม (LBW) และเด็กเตี้ย (เด็กที่ขาดอาหารสะสมเป็นเวลานานหรือแบบเรื้อรัง) นอกจากโครงสร้างด้านร่างกายแล้วยังเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตมีผลต่อการเกิดโรคเรื้อรังเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นรุ่นหลาน 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 ภาวะเตี้ย มีสาเหตุมาจากการขาดอาหารเรื้อรัง ทำให้เด็กเตี้ย แคระแกร็น ภูมิคุ้มกันโรคต่ำ เจ็บป่วยบ่อย และมีสติปัญญาต่ำ แตกต่างจากปัญหาภาวะอ้วนที่มีสาเหตุมาจากการพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย 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. ๒๕๕๖ พบความชุกของภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ ๖-๘ ปี ร้อยละ ๔๖.๗, อายุ ๙-๑๑ ปี ร้อยละ ๒๕.๔ และอายุ ๑๒-๑๔ ปี ร้อยละ ๑๕.๗ นอกจากนั้นยังพบปัญหาการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมอีกด้วย องค์การอนามัยโลกแนะนำว่า การมี Physical Activity (PA) แบบแอโรบิกด้วยความหนักระดับปานกลางถึงหนักมากทุกวัน อย่างน้อยวันละ ๖๐ นาทีต่อสัปดาห์ จะเป็นผลดีต่อสุขภาพ การฝึกความแข็งแรงกล้ามเนื้อร่วมด้วย อย่างน้อย ๓ วันต่อสัปดาห์ จะส่งผลต่อการเจริญเติบโต และหากทำกิจกรรมที่มีแรงกระแทกของข้อต่อ เช่น การวิ่ง การกระโดด จะทำให้มีการเจริญเติบโตเพิ่มขึ้นอีกด้วย (WHO, ๒๐๑๐) และปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนก็เช่นเดียวกัน หากเด็กกินอาหารที่มีรสหวานเป็นประจำและแปรงฟันไม่ถูกวิธี จะทำให้เกิดฟันผุได้เป็นโรคฟันผุมากกว่า ร้อยละ ๕๐ และยังพบว่าเด็กที่มีฟันผุมากกว่า ๓ ซี่ จะมีฟันผุถาวรอย่างน้อย ๑ ซี่ ในช่องปากสูงถึงร้อยละ ๒๕ (ข้อมูลสำรวจ ปี พ.ศ. ๒๕๕๕) การเกิดโรคฟันผุของเด็ก มีความสัมพันธ์

กับการกินอาหารของเด็ก เด็กที่มีฟันผุจะมีผลต่อภาวะทุพโภชนาการผอมและเตี้ยมากกว่าเด็กที่มีสุขภาพช่องปากดี ทั้งนี้ การกินอาหารว่างและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาล เป็นปัจจัยหลักที่มีการพิสูจน์แล้วว่า มีผลทำให้เกิดโรคฟันผุและโรคอ้วน

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

๑.๓ กลุ่มวัยรุ่น (๑๕-๒๑ ปี)

เนื่องจากสภาพสังคมในยุคโลกาภิวัตน์ส่งผลให้ประชากรวัยแรงงานต้องเข้าสู่ระบบการทำงานที่เร่งรีบและแข่งขันสูงจึงทำให้ผู้ประกอบการส่วนใหญ่มีเวลาในการเลี้ยงดูบุตรหลานน้อยลง เด็กมีโอกาสรู้เรื่องทักษะชีวิตน้อย และการเข้าถึงบริการปรึกษาแนะนำที่เป็นมิตรยังอยู่ในวงจำกัด สาเหตุเหล่านี้ทำให้เด็กจำนวนมากไม่สามารถรับมือกับความเปลี่ยนแปลงของตนเองเมื่อก้าวเข้าสู่วัยรุ่นและไม่อาจปรับตัวให้เท่าทันสภาพแวดล้อมรอบตัวได้ โดยเฉพาะในยุคไอทีที่ใช้การสื่อสารในสังคมออนไลน์อย่างกว้างขวางและมีการไหลเวียนทางวัฒนธรรมอย่างรวดเร็ว อีกทั้งยังเข้าถึงสื่อต่าง ๆ ได้อย่างไร้ขีดจำกัดซึ่งส่งผลให้มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นมีแนวโน้มในการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเร็วขึ้น โดยในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ พบว่าแม่วัยรุ่นอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี คลอดประมาณปีละ ๙๐,๐๐๐ คน ก่อนที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงปีละกว่า ๑๒๐,๐๐๐ คน ในปัจจุบันการตั้งครรภ์โดยแม่วัยรุ่นส่วนใหญ่มักเป็นการตั้งครรภ์แบบไม่ได้ตั้งใจและมักจะนำไปสู่ปัญหาต่าง ๆ เช่น ปัญหาการทำแท้งเถื่อน ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ เป็นต้น นอกจากนี้ การคลอดบุตรในช่วงวัยรุ่นยังอาจส่งผลต่อตัวมารดา วัยรุ่นเอง เช่น โอกาสทางการศึกษา หน้าที่การงาน รายได้ในอนาคตของมารดา และส่งผลอย่างมากต่อการเลี้ยงดูบุตร เช่น เด็กอาจไม่ได้รับการเลี้ยงดูให้ดีเท่าที่ควร ปัญหาสำคัญที่พบในกลุ่มวัยรุ่น คือ พฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ไม่เหมาะสม (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ) ดังนี้

๑.๓.๑ การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จากการสำรวจพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ HIV พ.ศ. ๒๕๕๓ ในกลุ่มนักเรียน พบว่าประมาณ ๑ ใน ๔ ของนักเรียนชายและประมาณ ๑ ใน ๕ ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๕ มีเพศสัมพันธ์แล้ว และ ๑ ใน ๒ ของนักเรียนชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ ๒ ทั้งชายและหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว โดยอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกนั้นทั้งในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๕ และประกาศนียบัตรวิชาชีพทั้งเพศชายและหญิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ แต่เพิ่มต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ จากประมาณร้อยละ ๕๐ จนถึงประมาณร้อยละ ๖๐ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓

๑.๓.๒ การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย จากการสำรวจการใช้ถุงยางอนามัยในนักเรียนปี พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่าร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายเพิ่มขึ้นกว่าอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และยังเพิ่มขึ้นในช่วงระยะ ๕ ปีที่ผ่านมาในกลุ่มนักเรียนชายทั้งในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๕ และประกาศนียบัตรวิชาชีพ แต่ในกลุ่มนักเรียนหญิงทั้งในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๕ และประกาศนียบัตรวิชาชีพพบว่ามีอัตราการใช้ลดลงจากปีที่ผ่านมา

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

๑.๓.๔ 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 คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๘ ส่วนข้อมูลการตั้งครรภ์ซ้ำที่รวมการเก็บข้อมูลจากการคลอดและการแท้งจากโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในรอบ ๖ เดือนแรกของปี ๒๕๕๙ เท่ากับร้อยละ ๑๑.๖๔

หญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งที่คุมกำเนิดได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) และจากการติดตามข้อมูลในระบบ Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปัจจุบัน (ตุลาคม ๒๕๕๘-มิถุนายน ๒๕๕๙) มีการคุมกำเนิดวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) ในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปีหลังคลอดหรือหลังแท้ง 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

๑.๔.๑ ภาวะอ้วน จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๔๗) เปรียบเทียบกับครั้งที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๒) พบว่า ความชุกของภาวะอ้วนมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน 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 ที่พบส่วนใหญ่

มีสาเหตุจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น โดยพบว่าร้อยละ ๘๒.๓ กินผักและผลไม้ไม่เพียงพอตามคำแนะนำ และร้อยละ ๑๘.๕ มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ

๑.๔.๒ ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ พบว่าคนไทยที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ ร้อยละ ๒๓.๗ โดยสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ ๑๙.๙ และดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ ๔๕.๓ โดยกลุ่มวัยทำงานมีอัตราการดื่มสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ คือ ร้อยละ ๓๗.๓

๑.๔.๓ ปัญหาด้านทันตสุขภาพ ปัญหาด้านทันตสุขภาพ : การติดเชื้อในช่องปากจะนำไปสู่การติดเชื้อที่อวัยวะสำคัญของร่างกายทั้งทางตรงและทางอ้อมได้ และโรคปริทันต์มีความสัมพันธ์กับโรคระบบร่างกาย โดยเฉพาะโรคของระบบหัวใจหลอดเลือดและโรคเบาหวาน ซึ่งการมีอนามัยช่องปากที่ดีจะช่วยลดการอักเสบเรื้อรัง ในร่างกายส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดอันตรายต่อหลอดเลือดด้วย จากผลสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ ๗ พ.ศ. ๒๕๕๕ พบว่าวัยทำงานอายุ ๓๕-๔๔ ปี มีปัญหาเหงือกอักเสบร้อยละ ๓๙.๓ และพบโรคปริทันต์อักเสบ ร้อยละ ๑๕.๖ แม้ว่าเกือบทั้งหมดจะแปร่งฟันแต่ร้อยละ ๒๐.๑ ยังคงไม่ได้แปร่งฟันก่อนเข้านอนซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญที่สุด และยังขาดการใช้อุปกรณ์เสริมที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับการส่งเสริมให้มีอนามัยช่องปากที่ดีและป้องกันโรคในช่องปาก เช่น การใช้ไหมขัดฟันป้องกันฟันผุบริเวณซอกฟัน

ประชากรวัยทำงานเป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาครอบครัว สังคม และประเทศชาติ มีบทบาทเป็นทั้งผู้ขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ เป็นผู้นำครอบครัว และต้องดูแลประชากรกลุ่มวัยต่าง ๆ ในครอบครัว ดังนั้นหากประชากรในวัยทำงานเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติแล้วผลกระทบนั้นจะไม่ได้จำกัดอยู่ในระดับบุคคลเท่านั้นแต่ยังกระทบต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติอีกด้วย

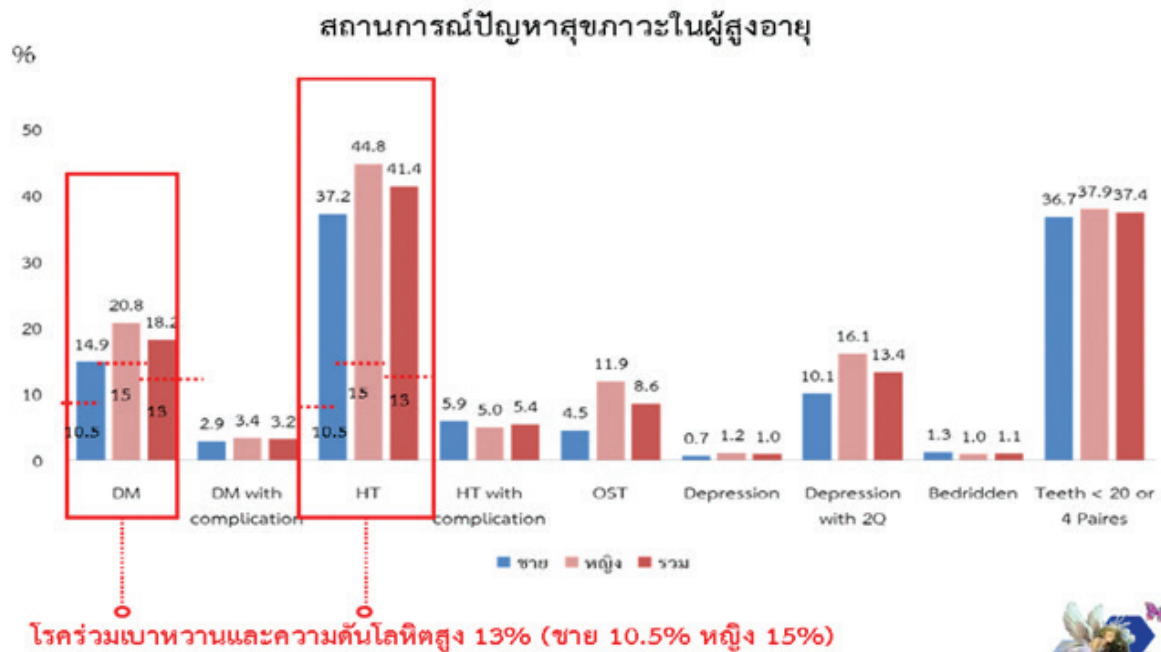
๑.๕ กลุ่มผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป)

สถานการณ์ “สังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ” จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ปี ๒๕๕๓-๒๕๘๓ ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) โดยใช้ข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. ๒๕๕๓ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติเป็นฐานในการประมาณ พบว่าในปี ๒๕๘๓ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๕๓) ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป สูงถึง ๒๐.๕ ล้านคน หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๓๒ ของจำนวนประชากรไทยทั้งหมด โครงสร้างประชากรไทยที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จะส่งผลต่อการพัฒนาประเทศเนื่องจากการลดลงของจำนวนและสัดส่วนของประชากรวัยแรงงานจะกระทบศักยภาพการผลิต นอกจากนี้ การเพิ่มของประชากรสูงอายุยังสะท้อนการเพิ่มขึ้นของภาระทางการคลัง จากจำนวนประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ นอกเหนือจากปัญหาด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุยังเผชิญปัญหาสภาพชีวิตความเป็นอยู่ และระบบการดูแลที่ไม่ได้มาตรฐาน รวมถึงความมั่นคงทางรายได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุจากครอบครัวยากจน

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดการพัฒนาทักษะทั้งในการทำงาน และการดำรงชีวิตในสังคมให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพยังไม่มีส่วนร่วมในการทำงานและการพัฒนาประเทศเท่าที่ควร

อย่างไรก็ตาม การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุส่งผลให้ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ส่งผลให้ความชุกของโรคที่เกี่ยวข้องกับความเสื่อมถอยของอวัยวะจะเพิ่มขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการระบบบริการฟื้นฟูสภาพและการดูแลระยะยาว ส่งผลให้รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นเกิดจากปัจจัยร่วมที่สำคัญ ๒ ปัจจัย คือ ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่สูงขึ้นตามอายุและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ “ก่อนการเสียชีวิต”

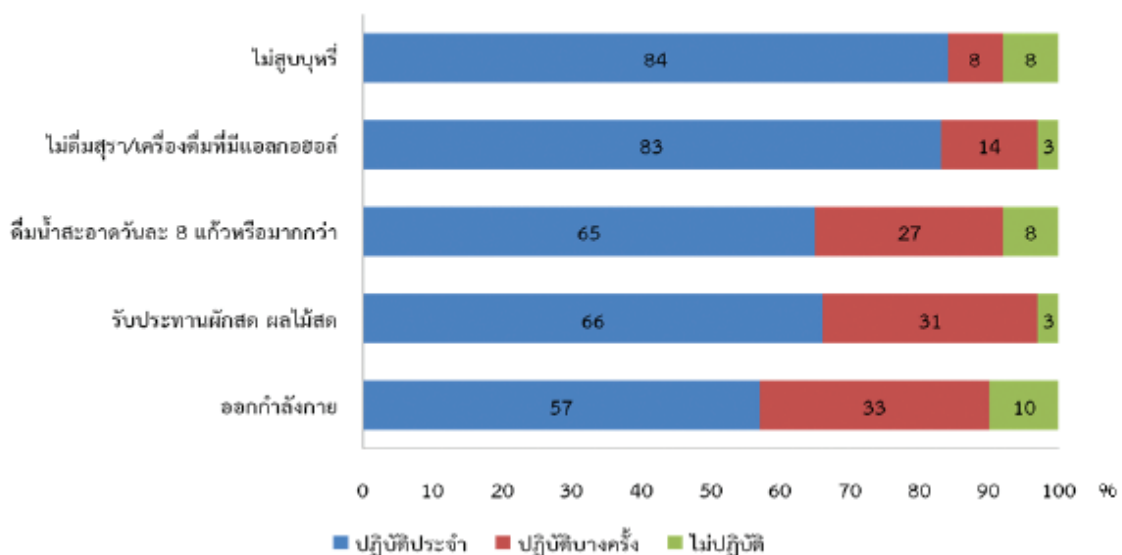
จากรายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี ๒๕๕๖ (โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, ๒๕๕๗) พบว่า ผู้สูงอายุไทยร้อยละ ๙๕ มีความเจ็บป่วยด้วยโรคหรือปัญหาสุขภาพดังต่อไปนี้ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ ๔๑), โรคเบาหวาน (ร้อยละ ๑๘), ข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ ๙), เป็นผู้พิการ (ร้อยละ ๖), โรคซึมเศร้า (ร้อยละ ๑) และผู้ป่วยนอนติดเตียง (ร้อยละ ๑) ขณะที่ไม่มีเพียงร้อยละ ๕ เท่านั้นที่ไม่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพดังกล่าว ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๖



แผนภูมิที่ ๖ แสดงผลกระทบจากพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุไทย

อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยข้างต้นอาจมีจำนวนน้อยกว่านี้ หากผู้สูงอายุเข้าถึงการคัดกรองโรคที่มีคุณภาพได้อย่างถ้วนหน้าเนื่องจากการคัดกรองโรคจะช่วยให้สามารถพบโรคได้เร็วขึ้น ทำให้ลดความรุนแรงในการเกิดโรคและช่วยลดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยในรอบ ๑๒ เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการคัดกรองโรค ความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๘๐, โรคเบาหวาน ร้อยละ ๗๓, ซึมเศร้า ร้อยละ ๓๓ และข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ ๙ การสำรวจนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีผลการคัดกรองโรคเบาหวานผิดปกติถึงร้อยละ ๓๗ ไม่ทราบว่าตนเองอาจมีความเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน และผู้สูงอายุที่มีผลการคัดกรองโรคความดันโลหิตผิดปกติ ร้อยละ ๔๓ ไม่ทราบว่าตนเองอาจมีความเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีผลการคัดกรองผิดปกติเหล่านั้น จึงกลายเป็นผู้เสียโอกาสในการดูแลรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมอย่างทันท่วงทีทั้งที่ได้รับการคัดกรองโรคแล้ว และยังพบว่าผู้สูงอายุไทย ร้อยละ ๒๖ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย (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) ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๗ จากสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนอกจากส่งผลกระทบต่อทางด้านสุขภาพแล้วยังส่งผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจสังคมโดยรวม

26 ใน 100 คนมีพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์



แผนภูมิที่ ๗ แสดงการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

ด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่าปัญหาหลักในผู้สูงอายุ คือ การสูญเสียฟัน ร้อยละ ๘๘.๓, มีการสูญเสียฟันบางส่วนและสูญเสียฟันทั้งปาก ร้อยละ ๗.๒, มีความต้องการใส่ฟันเทียม ทั้งปากลดลงเป็น ร้อยละ ๒.๕ และร้อยละ ๕๗.๘ มีฟันแท้ใช้งานได้ อย่างน้อย ๒๐ ซี่เฉลี่ย ๑๘.๘ ซี่ต่อคน ผู้สูงอายุที่มีฟัน ร้อยละ ๑๑.๔ เป็นโรคปริทันต์อักเสบรุนแรงเสี่ยงต่อการสูญเสียฟัน ผู้สูงอายุมีฟันผุที่ยัง ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ ๔๘.๓ มีรากฟันผุ ร้อยละ ๑๗.๒ มีการทำความสะอาดช่องปากและแปรงฟัน ก่อนนอน ร้อยละ ๖๕.๕, ใช้ไหมขัดฟัน ร้อยละ ๒.๗ แปรงซอกฟัน ร้อยละ ๑.๑, ผู้สูงอายุไปรับบริการใน ปีที่ผ่านมาคิดเป็นร้อยละ ๓๔.๒ ส่วนใหญ่เพื่อถอนฟันหรือรับบริการเก็บรักษาฟันมีความยุ่งยากซับซ้อน หลายขั้นตอน ไม่สะดวกในการรับบริการต่อเนื่องต้องการบริการใกล้บ้านเพื่อลดการสูญเสียฟัน

ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ พบว่าโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ ทั้งหมดมีโครงสร้าง ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ร้อยละ ๑๓ ไม่มีส้วมนั่งราบบ่อยชา นอกจากนั้น ยังพบว่าร้อยละ ๑๓ ไม่ได้ปรับปรุงห้องส้วมให้มีราวจับ เพื่อช่วยพยุงและไม่ปรับพื้นห้องน้ำเพื่อป้องกันการลื่นหกล้ม

การดำเนินงานองค์ประกอบเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ กรมอนามัย โดยสำนักอนามัย ผู้สูงอายุได้ดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ นำร่องในพื้นที่เทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี และเมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี มีการจัดทำแบบประเมินตนเอง แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาเมืองทั้งสอง พื้นที่ตามองค์ประกอบ ดังนี้ ๑. อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก (Outdoor Spaces & Buildings), ๒. ระบบขนส่งและยานพาหนะ (Transportation), ๓. ที่อยู่อาศัย (Housing), ๔. การเข้าร่วมกิจกรรม ทางสังคม (Social Participation), ๕. การให้ความเคารพ และการยอมรับ (Respect and Social Inclusion), ๖. การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน (Civic Participation and Employment), ๗. การสื่อสารและข้อมูลสารสนเทศ (Communication & Information) และ ๘. การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ (Community Support and Health Services)

๒. บริบทด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

๒.๑ มลพิษทางอากาศ

เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องให้เกิดโรกระบบทางเดินหายใจ โรกระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งโรคความดันโลหิตสูงหรือทำให้ผู้ที่เป็โรคเหล่านี้ยู่แล้วมีอาการกำเริบเฉียบพลันถึงเสียชีวิตได้จากสถิติสุขภาพของประชากรไทย ปี ๒๕๔๑-๒๕๕๖ พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรกระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น จากปี ๒๕๕๕ ร้อยละ ๘ กลุ่มโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งความดันโลหิตสูงมีจำนวนผู้ป่วย ที่มากกว่ากลุ่มโรคอื่น แม้ว่าในปี ๒๕๕๖ ปริมาณไม่เพิ่มจากปี ๒๕๕๕ มากนัก แต่แนวโน้ม ๕ ปีที่ผ่านมา เฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๐ ต่อปี อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทุกชนิดในปี ๒๕๕๖ เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๕ ร้อยละ ๖ ทั้งนี้ สารมลพิษทางอากาศบางชนิด เช่น สารอินทรีย์ระเหยง่ายเป็นสารก่อมะเร็ง ปัจจัยหลัก ของการเกิดโรค ในกลุ่มดังกล่าวมาจากสภาพแวดล้อมและการดำรงชีวิต ความเครียด การบริโภคอาหาร

ที่เป็นอันตราย และพฤติกรรมส่วนตัว เช่น การสูบบุหรี่และการขาดการออกกำลังกาย การที่มลพิษทางอากาศของประเทศไทยยังคงเกินค่ามาตรฐานในหลายพื้นที่ทำให้ประชาชนได้รับสารมลพิษทางอากาศปริมาณมากเป็นประจำเป็นปัจจัยชนิดหนึ่งที่ทำให้ก่อโรคเรื้อรังดังกล่าว

๒.๒ 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 สู่การซื้อน้ำบริโภคที่ผ่านกระบวนการผลิตทางธุรกิจโดยมีสาเหตุจากความไม่มั่นใจในความปลอดภัยของน้ำจากการปนเปื้อนของสารเคมีเกษตร มุลนิก และมลภาวะอากาศเป็นสำคัญ ดังจะเห็นได้จากผลการสำรวจแหล่งน้ำบริโภคในครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓ ประชาชนบริโภคน้ำฝน ร้อยละ ๓๗.๔, น้ำบรรจุขวด ร้อยละ ๒๙ และน้ำจากการประปา ร้อยละ ๒๑.๗ เปรียบเทียบกับผลการสำรวจแหล่งน้ำบริโภคในครัวเรือน 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 อันอาจเกิดอันตรายต่อสุขภาพได้ทั้งโรคติดเชื้อ เช่น โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โรคอาหารเป็นพิษ และอหิวาตกโรค และโรคไม่ติดเชื้อ เช่น โรคมะเร็ง ข้อมูลจากการรายงานผลการดำเนินงานสุขภาพอาหารและน้ำ ของสำนักสุขภาพอาหารและน้ำ กรมอนามัย ปี ๒๕๕๘ (สิงหาคม ๒๕๕๘) มีสถานประกอบการด้านอาหารที่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานสุขภาพอาหาร ของกรมอนามัย ดังนี้ ร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) ร้อยละ ๘๕.๘๖ โดยจำแนกเป็นร้านอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ ๘๗.๐๙ แผงลอยจำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ ๘๕.๙๒ และตลาดประเภทที่ ๑ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตลาดสด น่าซื้อ ระดับดีและดีมาก ร้อยละ ๘๙.๗๐ และผลจากการดำเนินงานเฝ้าระวังสุขภาพอาหารตามโครงการเฝ้าระวังสุขภาพอาหารและน้ำ 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 และมือผู้สัมผัสอาหารพบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ร้อยละ ๔๕.๙๙ สำหรับผลการตรวจสอบสารปนเปื้อนสารเคมีในอาหารสดของแผงจำหน่ายอาหารตลาดนัด โดยใช้ชุดทดสอบสารเคมีปนเปื้อนในอาหารของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบว่าพบการปนเปื้อนฟอร์มาลิน ร้อยละ ๒๒.๖๔

การเจ็บป่วยของโรคระบบทางเดินอาหารและน้ำที่มีสาเหตุจากการรับสัมผัสสิ่งคุกคามทางสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะอย่างยิ่งการปนเปื้อนทางชีวภาพผ่านการกินอาหารและดื่มน้ำที่มีสิ่งปนเปื้อน อีกทั้งการจัดการสุขาภิบาล การจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่ส่งผลถึงการแพร่กระจายของสิ่งปนเปื้อน ประเทศไทยมีการประกาศการใช้ส้วมร้อยเปอร์เซ็นต์แล้ว สำหรับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ทำให้บริการสำหรับประชาชน กรมอนามัยได้ดำเนินโครงการพัฒนาสิ่งแวดล้อมสาธารณะไทย โดยกำหนดเกณฑ์มาตรฐานสิ่งแวดล้อมเน้นพัฒนาให้สิ่งแวดล้อมในประเทศไทยได้มาตรฐาน ๓ ด้าน ได้แก่ ความสะอาด (Healthiness) ความเพียงพอ (Accessibility) และความปลอดภัย (Safety) ให้ได้มาตรฐานในสถานที่สาธารณะเป้าหมาย ๑๒ ประเภท ซึ่งมีความก้าวหน้ามากขึ้นตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังประสบปัญหาด้านการจัดการสิ่งปฏิกูล โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่ามีเทศบาลให้บริการสูบสิ่งปฏิกูล คิดเป็นร้อยละ ๕๖.๖๒ ของเทศบาล ในขณะที่องค์การบริหารส่วนตำบลให้บริการ คิดเป็นร้อยละ ๔๐.๙๘ ขององค์การบริหารส่วนตำบล นอกจากนี้ การให้บริการกำจัดสิ่งปฏิกูลในระดับเทศบาล คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๗๙ ในขณะที่องค์การบริหารส่วนตำบลให้บริการ คิดเป็นร้อยละ ๒๖.๙๒ ปัจจุบันยังพบการลักลอบทิ้งสิ่งปฏิกูลในหลายพื้นที่ซึ่งส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและก่อให้เกิดการปนเปื้อนของเชื้อโรคที่อาจมีผลต่อสุขภาพของประชาชนได้

๒.๓ สถานการณ์มูลฝอย

๒.๓.๑ 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 ระดับเทศบาล มีการให้บริการมากกว่าโดยคิดเป็นร้อยละ ๘๕.๐๑ ในขณะที่องค์การบริหารส่วนตำบลให้บริการคิดเป็นร้อยละ ๔๗.๓๑ การให้บริการกำจัดมูลฝอยทั่วไประดับเทศบาลมีการให้บริการมากกว่าโดยคิดเป็นร้อยละ ๗๒.๔๑ องค์การบริหารส่วนตำบลให้บริการคิดเป็นร้อยละ ๓๘.๙๑ นอกจากนั้นไม่มีให้บริการกำจัด

มูลฝอยทั่วไปแต่ประชาชนดำเนินการด้วยตนเอง เช่น เผาในที่โล่ง กองในที่โล่ง เป็นต้น จากข้อมูลสถานที่กำจัดมูลฝอยทั่วไป ๑,๙๕๕ แห่ง เป็นการกำจัดมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ คือ การฝังกลบอย่างถูกหลักสุขาภิบาลและการเผาในเตาเผา รวม ๖๙๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๕๒ ของสถานที่กำจัดมูลฝอยทั่วไปทั้งหมด

๒.๓.๒ 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 ทั้งนี้ โรงพยาบาลที่ส่งมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดภายนอกโรงพยาบาลต้องมีระบบการควบคุมกำกับการขนมูลฝอยติดเชื้อ เพื่อควบคุมป้องกันการลักลอบทิ้งมูลฝอยติดเชื้อปะปนกับมูลฝอยทั่วไปหรือในที่สาธารณะ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคสู่สิ่งแวดล้อม แต่พบว่าโรงพยาบาลส่วนหนึ่งยังไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดจึงยังมีความเสี่ยงที่จะพบการลักลอบทิ้ง

๒.๓.๓ 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

สถานการณ์ด้านสุขภาพด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อมาโดยสัตว์และแมลง การเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่มีสาเหตุการรับสัมผัสสิ่งคุกคามทางชีวภาพในสิ่งแวดล้อมโดยมีสัตว์และแมลงนำโรคเป็นพาหะ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการจัดการรังโรค การจัดการแหล่งเพาะพาหะนำโรคด้วยการจัดสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อมทั่วไป การจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่ส่งผลถึงการแพร่กระจายพาหะนำโรค จากข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคสำคัญในปี ๒๕๕๗ โรคเลปโตสไปโรซิสพบการระบาดสูงในพื้นที่ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โรคไข้เลือดออกมีอัตราป่วยที่สูงกว่าโรคอื่น ๆ และมีผู้ป่วยทุกจังหวัดของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีความรุนแรงในแถบจังหวัดทางตะวันตกและภาคใต้ของไทย

๒.๓.๔ การร้องเรียนปัญหามลพิษ การร้องเรียนมาจากปัญหาเหตุรำคาญมายังหน่วยงานภาครัฐถือเป็นสัญญาณว่าอาจเกิดปัญหาสิ่งแวดล้อมต่อประชาชน จึงเป็นวิธีการแก้ปัญหาที่ประชาชนนึกถึงเป็นอันดับแรก เนื่องจากประชาชนรู้สิทธิของตนเอง ขณะเดียวกันประชาชนรับทราบช่องทางในการร้องเรียนมากขึ้นทำให้มีการร้องเรียนมายังหน่วยงานภาครัฐอย่างต่อเนื่องตลอดมา จากข้อมูลของหน่วยงานภาครัฐที่รับเรื่องร้องเรียนด้านมลพิษ ๖ แห่ง ได้แก่ กรุงเทพมหานคร, ศูนย์บริการประชาชน

สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, กรมโรงงานอุตสาหกรรม, กรมควบคุมมลพิษ, ศูนย์บริการร่วมกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และศูนย์ดำรงธรรม กระทรวงมหาดไทย พบว่าปัญหาเหตุเดือดร้อนรำคาญจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีการร้องเรียนนั้น ส่วนใหญ่เป็นปัญหามลพิษทางอากาศและเสียง โดยพื้นที่ที่มีการร้องเรียนมากที่สุด คือ กรุงเทพมหานครและปริมณฑล เนื่องจากเป็นศูนย์กลางเศรษฐกิจที่มีโรงงานอุตสาหกรรมและสถานประกอบการจำนวนมาก สะท้อนให้เห็นว่าสถานประกอบการจำนวนหนึ่งยังไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย

๒.๓.๕ การจัดการสิ่งปฏิกูล โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่ามีเทศบาลให้บริการสุขสิ่งปฏิกูล คิดเป็นร้อยละ ๕๖.๖๒ ของเทศบาล ในขณะที่องค์การบริหารส่วนตำบลให้บริการคิดเป็นร้อยละ ๔๐.๙๘ ขององค์การบริหารส่วนตำบล นอกจากนี้ การให้บริการกำจัดสิ่งปฏิกูลในระดับเทศบาล คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๗๙ ของเทศบาลทั้งหมดที่มีข้อมูล ในขณะที่องค์การบริหารส่วนตำบลให้บริการคิดเป็นร้อยละ ๒๖.๙๒ ขององค์การบริหารส่วนตำบลทั้งหมดที่มีข้อมูล ปัจจุบันยังพบการลักลอบทิ้งสิ่งปฏิกูลในหลายพื้นที่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและก่อให้เกิดการปนเปื้อนของเชื้อโรคที่อาจมีผลต่อสุขภาพของประชาชน ดังที่พบว่าประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยมีอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงมากที่สุดในโลก ข้อมูลปี ๒๕๕๗ พบความชุกพยาธิใบไม้ตับร้อยละ ๙.๒ โดยในระดับหมู่บ้านอาจมีความชุกสูงถึง ร้อยละ ๙๐ รองลงมา คือ ภาคเหนือพบร้อยละ ๕.๒ ในระดับหมู่บ้านอาจมีความชุกสูงถึงร้อยละ ๔๕.๖ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง จากพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องการบริโภคอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืด เช่น ปลาร้าดิบ ส้มตำใส่ปลาร้าดิบแจ่วบองใส่ปลาร้าดิบ และโรคนี้นี้มีต้นทุนการรักษาสูงประมาณ ๕ แสนบาทต่อคน ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตต่ำมาก เนื่องจากพบผู้ป่วยเป็นมะเร็งในระยะท้าย ๆ ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ยอมรับและจัดให้โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นเชื้อก่อโรคมะเร็งท่อน้ำดี การส่งเสริมสุขภาพและการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมไม่ให้อุจจาระปนเปื้อนแหล่งน้ำ ให้ปลาปลอดพยาธิ รวมทั้งการส่งเสริมศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะ นับเป็นมาตรการสำคัญในการป้องกันสุขภาพจากปัญหาดังกล่าว

กล่าวโดยสรุปคือ ปัจจุบันสถานการณ์ปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในขณะที่ประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการทั้งระดับท้องถิ่น ประชาชน รวมทั้งภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ยังมีความจำเป็นต้องเร่งรัด พัฒนาระบบการดำเนินงาน โดยมุ่งเป้าหมายที่การ

ป้องกันและคุ้มครองสิทธิทางสุขภาพประชาชนและการสร้างความเข้มแข็งชุมชนและท้องถิ่นอย่างยั่งยืน
เนื่องจากผลกระทบต่อสุขภาพจากปัญหาสิ่งแวดล้อมอาจเป็นผลกระทบที่ไม่เกิดขึ้นในทันทีทันใด และ
ปัจจุบันแม้จะมีข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์จากการวิจัยและการวิเคราะห์ในระดับสากลเกี่ยวกับ
ผลกระทบต่อสุขภาพจากปัญหาสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ แต่สถานการณ์ด้านข้อมูลผลกระทบต่อสุขภาพ
จากสิ่งแวดล้อมของประเทศไทยเอง ยังมีข้อจำกัดที่ชัดเจนในเรื่องการวิเคราะห์เชื่อมโยง คือ ปัญหา
สุขภาพหรือความเจ็บป่วยดังกล่าวเกิดจากสาเหตุด้านสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ โดยตรงหรือไม่ การดำเนินงาน
อนามัยสิ่งแวดล้อมจึงยึดหลักการสำคัญ ได้แก่ หลักการป้องกันไว้ก่อน (The Precautionary Principle),
หลักการส่งเสริมอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health Promotion), หลักการมีส่วนร่วม
ของประชาชน (Public Participation) และหลักการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
(Intersectorality) มาเป็นกรอบในการกำหนดเป้าหมายและมาตรการดำเนินการของประเด็น
ยุทธศาสตร์ฯ

ส่วนที่ 2

บริบทของกรมอนามัย

วิวัฒนาการการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย มีรูปแบบการดำเนินงานที่เกิดขึ้นตามช่วงเวลาต่าง ๆ ในประเทศไทย โดยแบ่งออกเป็น 4 ยุค คือ

๑. ยุคการพึ่งตนเองด้านสุขภาพตามระบบการแพทย์พื้นบ้านไทย โดยหลักการและการปฏิบัติของการแพทย์พื้นบ้านไทยมีการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระบบการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกันและการดูแลสุขภาพของประชาชนทั่วไป ซึ่งอยู่ในรูปแบบต่าง ๆ แต่ไม่ได้มีการศึกษาและบันทึกไว้อย่างเป็นระบบจึงไม่ได้ถูกนำมาใช้อย่างเต็มที่ที่เหมาะสมกับคุณค่าที่มีอยู่ในฐานะเป็นวัฒนธรรมสุขภาพของคนไทยที่ได้หล่อหลอมและปรับให้เข้ากับบริบทของสังคมในทุกมิติแล้ว การสร้างเสริมและพัฒนาเรื่องนี้จากภาคประชาชนมีข้อจำกัดมาก ส่วนจากภาครัฐยังไม่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพเป็นการเฉพาะ

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

๓. ยุคการใช้สาธารณสุขมูลฐานเป็นกลยุทธ์หลักในการพัฒนาสุขภาพ ประเทศไทยได้นำกลยุทธ์สาธารณสุขมูลฐานมาปรับใช้ในการดำเนินงานซึ่งเป็นเป้าหมายและทิศทางใหม่ของการพัฒนาสุขภาพตามเป้าหมายองค์การอนามัยโลกที่ต้องการให้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลยุทธ์เพื่อทำให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้าขึ้น โดยเป็นข้อตกลงร่วมกันจากการประชุมนานาชาติ ที่กรุงอัลมา-อะตา ประเทศสหภาพโซเวียต ในปีพ.ศ. ๒๕๒๑ และได้จัดทำเป็นคำประกาศอัลมา-อะตา (Declaration of Alma-Ata) มีเป้าหมายหลัก คือ “สุขภาพดีถ้วนหน้าในปีพ.ศ. ๒๕๔๓” (Health for All by The Year ๒๐๐๐) ซึ่งเป็นการตั้งเป้าหมายการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ไว้ประมาณ ๒๐ ปี เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า การสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพพื้นฐานที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ด้วยการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการดูแลสุขภาพของตนเอง (ร่วมในการกำหนดปัญหา การวางแผน การดำเนินงานแก้ไขปัญหา และการควบคุมกำกับและการประเมินผล) และด้วยความร่วมมือและสนับสนุนจากภาครัฐที่ให้กับประชาชนทั้งในด้านนโยบาย การจัดหรือปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ และองค์ความรู้ที่เอื้อต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน จึงทำให้แนวคิดและแนวทางการพัฒนาสุขภาพมีความแตกต่างจากเดิมเป็นอย่างมาก เพราะเป็นการเปลี่ยนเป้าหมายและศูนย์กลางการพัฒนาจากบุคลากรสาธารณสุขเป็นประชาชนผ่านแกนนำหรือผู้นำด้านสุขภาพ (อสม.)

๔. ยุทธศาสตร์การใช้การส่งเสริมสุขภาพเป็นกลยุทธ์หลักในการพัฒนาสุขภาพจุดเริ่มต้นของกลยุทธ์สาธารณสุขแนวใหม่เกิดขึ้นหลังจากการองค์การอนามัยโลกได้จัดประชุมนานาชาติเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพที่กรุงฮานอย ประเทศเวียดนาม มีข้อสรุปที่ประกาศออกมาเป็น “กฎบัตรฮานอยเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ”, การประชุมครั้งที่ ๒ : ข้อเสนอแนะแอตแลนติกเรื่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ, การประชุมครั้งที่ ๓ : คำประกาศซันต์สวาลล์ เรื่องสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ, การประชุมครั้งที่ ๔ : คำประกาศจาการ์ตา เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพสู่ศตวรรษที่ ๒๑, การประชุมครั้งที่ ๕ : การสร้างเสริมสุขภาพด้วยการลดความไม่เป็นธรรม, การประชุมครั้งที่ ๖ : กฎบัตรกรุงเทพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์ จากหลักการที่กล่าวมาถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการขับเคลื่อนเรื่อง “การสาธารณสุขแนวใหม่ (New Public Health)” ซึ่งกรมอนามัยได้ยึดเป็นแนวทางการดำเนินงาน โดยจุดเริ่มต้นจากเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้า” ทำโครงการที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพเชิงประจักษ์ ที่สำคัญมี ๓ เรื่อง คือ ๑) โครงการเมืองน่าอยู่ (Healthy Cities) ๒) โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting School) และ ๓) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Hospital) จนพัฒนาต่อยอดผลงานอื่น ๆ ต่อมาอีกมากมาย ได้แก่ โครงการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก, โครงการศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่, โครงการวัยเรียนวัยใสอนามัยดี, โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันทันตกรรมสำหรับเด็ก, โครงการประกวดคู่วัฒนธรรมโรงเรียนส่งเสริมทันตสุขภาพ, โครงการกินผักทุกวันเด็กไทยไม่อ้วน, โครงการพัฒนาบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น, โครงการคนไทยไร้พุง, โครงการก้าวเดินประเทศไทย ๙๙๙๙, โครงการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทำงานในสถานประกอบการ และโครงการอื่น ๆ เช่น โครงการเมนูสุขภาพและโภชนาการ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทยในอดีตเป็นกิจกรรมส่งเสริมอนามัยส่วนบุคคลและอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นหลัก โดยเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลโดยทั่วไปหรือเฉพาะกลุ่มบุคคลเพื่อป้องกันการเกิดโรค (การมองสุขภาพในเชิงภาวะสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ : Negative Health) (ธีระวิวัฒน์, ๒๕๕๘) ซึ่งแตกต่างจากการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันที่เน้นพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อควบคุมภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ (Health Risk Conditions) เช่น ภาวะอ้วน ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ฯลฯ เพื่อการมีสุขภาพที่พึงประสงค์ (การมองสุขภาพในเชิงภาวะสุขภาพที่พึงประสงค์ : Positive Health) และคาดหวังผลของการดำเนินงาน (Outcome) ในภาพรวมระดับประชากร (Population Level) เพื่อให้ส่งผลกระทบในเชิงระดับมหภาค (Macro Level) มากกว่าภาวะสุขภาพของปัจเจกบุคคล (Individual Level) กรมอนามัยจึงก้าวเดินต่อไปอย่างไม่หยุดนิ่ง โดยพัฒนาและสร้างสรรค์สิ่งที่ดีสำหรับประชาชน เพื่อให้สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงและความท้าทาย จึงมีการบริหารการเปลี่ยนแปลง (Change Management) เพื่อการเป็นผู้นำในด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแนวคิดและแนวทางการบริหารจัดการของกรมอนามัยในปัจจุบัน เพื่อกำหนดจุดยืนของกรมอนามัย และจัดทำ Blueprint for Change สู่การเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรมอย่างยั่งยืน

๑. จุดยืน (Positioning) ของกรมอนามัย

กรมอนามัยวางจุดยืนที่มั่นคงโดยในส่วนกลางจะยกระดับเป็นองค์กรหลักของชาติ (National Lead) ด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือเป็น National Health Authority (NHA) สร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนในทุกพื้นที่ได้ประจักษ์ถึงความมุ่งมั่นของกรมอนามัยในการดูแลสุขภาพทั้ง ๕ กลุ่มวัย เริ่มตั้งแต่การตั้งครรภ์คุณภาพ พ่อแม่คุณภาพเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยทุกมิติ วัยเรียน วัยรุ่น สูงสมส่วน มีทักษะชีวิตและทักษะสุขภาพที่ดีวัยทำงานหุ่นดี สุขภาพดี มีความสุข และผู้สูงอายุ ได้รับการดูแลภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อ การมีสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืน ส่วนศูนย์อนามัยและหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในภูมิภาคจะเป็นหน่วยงานหลักระดับพื้นที่ (Regional Lead) ทำหน้าที่ชี้เป้า ฝ้าดู รู้การเปลี่ยนแปลงของการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในเขต โดยเน้นการดำเนินงานควบคุม ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ (Health Risk Conditions) เช่น ภาวะอ้วน เพื่อการมีสุขภาวะที่พึงประสงค์ (Positive Health) และคาดหวังผลของการดำเนินงานในภาพรวมระดับประชากร (Population Level) เพื่อให้ส่งผลกระทบในเชิงระดับมหภาค (Macro Level) มากกว่าภาวะสุขภาพของปัจเจกบุคคล (Individual Level)

๒. วิสัยทัศน์

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

**“กรมอนามัยเป็นองค์กรหลักของประเทศในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพ
และระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อประชาชนสุขภาพดี”**

๓. พันธกิจ

“ทำหน้าที่ในการสังเคราะห์ ใช้ความรู้ และดูภาพรวม

เพื่อกำหนดนโยบายและออกแบบระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
โดยการประสานงาน สร้างความร่วมมือ และกำกับดูแลให้เกิดความรับผิดชอบต่อการทำงาน”

๔. เป้าหมาย

ประชาชนสุขภาพดี ภาควิเคราะห์และเจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบอนามัยยั่งยืน (ระบบ
ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม)

๕. วัฒนธรรมองค์กร

เพื่อสนับสนุนให้การดำเนินงานของกรมอนามัยบรรลุจุดยืน วิสัยทัศน์ และพันธกิจ ตลอดจนเกิดการพัฒนายั่งยืน กรมอนามัยจึงกำหนดวัฒนธรรมองค์กรให้ง่ายแก่การจดจำสะดวกต่อการปฏิบัติ และเป็นทิศทางกำกับการทำงานสำหรับบุคลากรกรมอนามัย คือ “HEALTH” ประกอบด้วย

H = Health Model (เป็นต้นแบบสุขภาพ)

การที่เราจะเป็นผู้นำในการส่งเสริมสุขภาพที่ดี เราควรต้องปฏิบัติให้เป็นตัวอย่างและเพื่อการเรียนรู้ รูปแบบวิธีการปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบด้วย

E = Ethics (มีจริยธรรม)

การปฏิบัติงานอย่างมีจริยธรรม ซึ่งหมายถึง ความซื่อสัตย์ โปร่งใส ไม่เลือกปฏิบัติ และไม่แสวงหาประโยชน์ในการปฏิบัติงาน จะเป็นเกราะคุ้มกันให้เราสามารถแสดงบทบาทของการตรวจพิสูจน์ทราบและให้ความเป็นธรรมแก่ประชาชนและผู้ประกอบการที่เกี่ยวข้องกรณีมีปัญหาการก่อกวนภาวะที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ หรือกรณีผลกระทบจากการรับบริการส่งเสริมสุขภาพจากผู้ให้บริการของเรา

A = Achievement (มุ่งผลสัมฤทธิ์)

ซึ่งหมายถึงการมุ่งมั่นรับผิดชอบในการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เกิดผลสัมฤทธิ์ และตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้าและผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของบุคลากรที่จะนำพาให้องค์กรพัฒนาไปสู่ความเป็นเลิศและมีความสำเร็จสูงได้

L = Learning (เรียนรู้ร่วมกัน)

ในการที่จะพัฒนาบุคลากรให้เป็น “ผู้เชี่ยวชาญ” (Expert) ได้นั้น พวกเราจำเป็นจะต้องใช้กระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management) ที่มีการรวบรวม ค้นคว้าองค์ความรู้ จัดทำคลังความรู้ และสร้างกลไกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันด้วยรูปแบบต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเน้นการสกัดความรู้ในตัวบุคคล (Tacit Knowledge) ให้เป็นความรู้ชัดแจ้งที่จับต้องได้ (Explicit Knowledge) ที่องค์การสามารถนำไปพัฒนางานและขยายสู่บุคลากรรุ่นหลังได้อย่างต่อเนื่อง 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 ซึ่งเรื่องนี้จะต้องอาศัยความเป็นผู้นำขององค์การทุกระดับในการบริหารจัดการและการสื่อสารกับบุคลากรภายในองค์กรอย่างมาก

ซึ่งมีความหมายโดยรวมว่า “เราชาวกรมอนามัย จะเป็นต้นแบบสุขภาพ มีจริยธรรม ปฏิบัติงานมุ่งผลสัมฤทธิ์ เรียนรู้ร่วมกัน เคารพและเชื่อมั่นกันและกัน พร้อมเป็นหนึ่งเดียว”

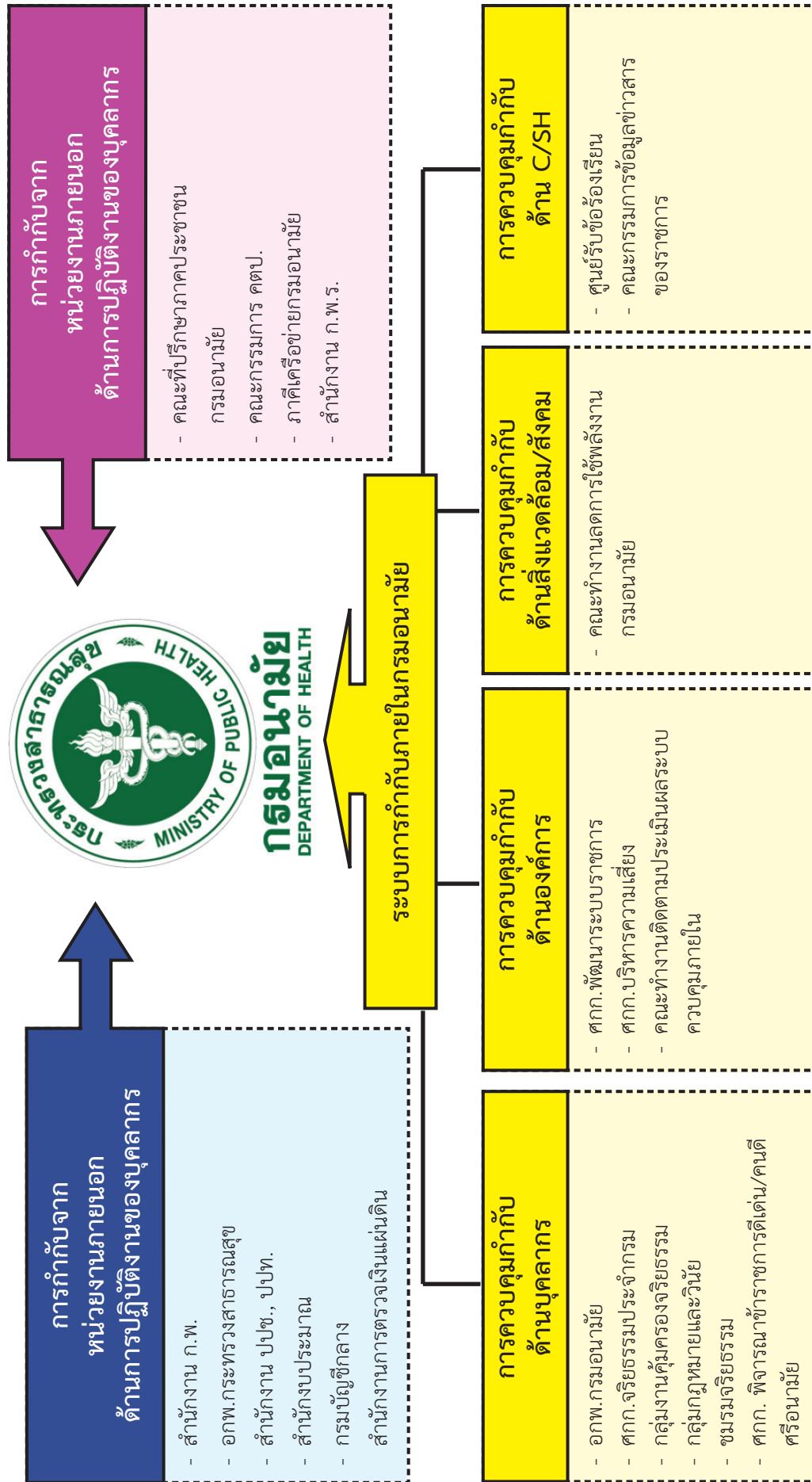
๖. โครงสร้างและระบบการกำกับดูแลของกรมอนามัย

โครงสร้างและระบบการกำกับดูแลของกรมอนามัย ประกอบด้วย การกำกับดูแลภายในตาม กลไกของหน่วยงานในสังกัดที่ต้องปฏิบัติตามภารกิจหน้าที่ที่กรมอนามัยมอบอำนาจให้รองอธิบดี อธิบดีกรม จำนวน ๔ ท่าน ทำหน้าที่กำกับดูแลหน่วยงานต่าง ๆ และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ/ คณะทำงาน เพื่อกำกับดูแลเรื่องต่าง ๆ เป็นการเฉพาะ ดังภาพที่ ๘ และการกำกับโดยองค์กรภายนอก ซึ่งมีทั้งหน่วยงานกลางที่ปรึกษาภาคประชาชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ดังภาพที่ ๙

๑.๑ นายณัฐพร วงษ์ศุทธิภากร CFO	๑.๒ นายธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ CCO/CIO	๑.๓ นายदनัย ธีวันดา CLO	๑.๔ ในระหว่างที่รอคำสั่ง แต่งตั้งรองอธิบดีกรมอนามัย คนที่ ๔ ให้หน่วยงานต่อไป เสนอเรื่องขึ้นตรงต่ออธิบดี CHRO
สายสนับสนุน ๑. กลุ่มตรวจสอบภายในเฉพาะงานบริหารการเงินและพัสดุ ๒. กองคลัง สายวิชาการ ๓. สำนักทันตสาธารณสุข ๔. สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ๕. ศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ ๖. ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ สายพื้นที่ ๗. ศูนย์อนามัยที่ ๑,๒,๓ และพื้นที่ภาคเหนือ งานอื่นๆ ๘. งานที่เกี่ยวข้องกับ สปสช. Clusters : วิทยาลัย, FIN	สายสนับสนุน ๑. กองแผนงาน ๒. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร ๓. ศูนย์ความร่วมมือระหว่างประเทศ ๔. ศูนย์สื่อสารสาธารณะ ๕. สำนักบริหารการเปลี่ยนแปลง สายวิชาการ ๖. สำนักส่งเสริมสุขภาพ ๗. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ๘. สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ สายพื้นที่ ๙. ศูนย์อนามัยที่ ๗,๘,๙,๑๐ และพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ งานอื่นๆ ๑๑. ยูนิเซฟ และองค์การอนามัยโลก Clusters : แม่และเด็ก, วิทยาลัย, KISS	สายสนับสนุน ๑. ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข สายวิชาการ ๒. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม ๓. กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ๔. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ ๕. ศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย สายพื้นที่ ๖. ศูนย์อนามัยที่ ๑๑,๑๒,๑๓ และพื้นที่ภาคใต้ และ กทม. งานอื่นๆ ๗. โครงการตามพระราชดำริ ๘. งานที่เกี่ยวข้องกับ สสส., งานที่เกี่ยวข้องกับ สช., Clusters : อนามัยสิ่งแวดล้อม, Law	สายสนับสนุน ๑. สำนักงานเลขานุการกรม ๒. กองการเจ้าหน้าที่ (ยกเว้นการแต่งตั้งข้าราชการประเภทอำนวยการ และประเภทวิชาการระดับเชี่ยวชาญขึ้นไป) สายวิชาการ ๓. สำนักโภชนาการ ๔. กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ ๕. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ สายพื้นที่ ๖. ศูนย์อนามัยที่ ๔,๕,๖ และพื้นที่ภาคกลาง งานอื่นๆ ๗. งานที่เกี่ยวข้องกับการประสานส่วนภูมิภาค Clusters : วิทยาลัย, HR

ภาพที่ ๘ โครงสร้างและระบบการกำกับดูแลภายในกรมอนามัย

การกำกับดูแลตนเองที่ดีของกรมอนามัย



ภาพที่ ๙ การกำกับโดยองค์กรภายนอก

๗. บทบาทของภาคี

ปัจจุบันการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ใช่ภารกิจหน้าที่ที่ผูกขาดโดยกระทรวงสาธารณสุขเพียงองค์กรเดียว แต่บทบาทดังกล่าวมีหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กร และชุมชนต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมหลายลักษณะเป็นพลังขับเคลื่อนสังคมในวงกว้าง ทั้งในระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติในพื้นที่ให้เกิดการตระหนักรู้ถึงความหมายและความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม หน่วยงานที่สำคัญ ได้แก่

๗.๑ 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

๗.๒ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่ใช่ส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจ จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของนายกรัฐมนตรี มีรายได้จากภาษีสรรพสามิตยาสูบและสุรา ทำหน้าที่สนับสนุน ประสานความร่วมมือเพื่อให้เกิดกิจกรรมหรือโครงการ สร้างเสริมสุขภาพโดยไม่จำกัดกรอบวิธีการ เป็นปฏิบัติการใหม่ ๆ ที่สร้างสรรค์ สามารถนำไปสู่การขยายค่านิยมและสร้างพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและกว้างขวาง เช่น โครงการเพิ่มขีดความสามารถสู่การเป็นมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล การสนับสนุนการประชุมนานาชาติ ASEAN Conference on Marketing of Food to Children ซึ่งมีผลทำให้เกิดการจัดทำคำประกาศกรุงเทพฯ (Bangkok Call to Action) ที่เน้นให้หน่วยงานของรัฐควบคุมการส่งเสริมการขายอาหารที่ให้พลังงานสูงแต่คุณค่าทางโภชนาการต่ำแก่เด็กที่มีอายุไม่เกิน ๑๘ ปี เพื่อป้องกันปัญหาโรคอ้วนในเด็ก เป็นต้น

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

๗.๔ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้รับการถ่ายโอนภารกิจในการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมการสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว การรักษาพยาบาลและการดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมให้สะอาดปลอดภัย ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ โดยมีงบประมาณเพื่อการบริหารจัดการจำนวนมาก ส่วนหนึ่งได้จากงบประมาณแผ่นดิน (งบอุดหนุน) และอีกส่วนจากรายได้ที่เป็นภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT) นอกจากนี้ อบท. ยังมีอำนาจตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ ในการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่นตน เช่น การดำเนินงานด้านความปลอดภัยของอาหารและน้ำ การจัดการของเสียชุมชน และการใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อคุ้มครองสุขภาพประชาชน ปัจจุบัน อบท. โดยเฉพาะองค์การบริหารส่วนตำบลหรือ อบต. มีบทบาทการทำงานด้านสุขภาพด้วยหลักการ “สร้างนำซ่อม” ในพื้นที่รับผิดชอบของตนเองมากขึ้น

๗.๕ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพระดับชาติที่เชื่อมขึ้นมาจากระดับพื้นที่ทั่วประเทศ เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายในสังคมมาร่วมคิดร่วมนำเสนอประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เช่น ความเสมอภาคและการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นวิกฤติเศรษฐกิจและสุขภาพของคนไทย ฯลฯ ซึ่งมติที่ผ่านการรับรองจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจะนำเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เพื่อส่งต่อคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบประกาศเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Health Public Policy) และผลักดันสู่การปฏิบัติต่อไป ทั้งนี้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) รับหน้าที่จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

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

๗.๗ แนวคิดความรับผิดชอบต่อสังคม (CSR-Corporate Social Responsibility) รัฐวิสาหกิจและภาคเอกชนย้ำแนวคิดการทำประโยชน์หรือการคืนกำไรสู่สังคมมาปฏิบัติกันอย่างแพร่หลาย ซึ่งมีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ตัวอย่างเช่น การไฟฟ้านครหลวงสนับสนุนค่ากระแสไฟฟ้าสำหรับไฟฟ้าสาธารณะและไฟฟ้านานาชาติตามชุมชนในเขตจำหน่ายของการไฟฟ้านครหลวง ได้แก่ กทม. นนทบุรี สมุทรปราการ เพื่อให้เยาวชนและประชาชนทั่วไปมีไฟฟ้าส่องสว่างลานกีฬาในชุมชนสำหรับออกกำลังกายและเล่นกีฬาเพื่อสุขภาพแข็งแรงและห่างไกลยาเสพติด หรือเครือข่ายโทรทัศน์สนับสนุนโครงการ “ครัวคุณภาพเพื่อคุณภาพชีวิต” โดยพัฒนาครัวของโรงเรียนในพื้นที่ห่างไกลให้สะอาดถูกสุขลักษณะ พร้อมทั้งให้ความรู้ด้านโภชนาการ สุขอนามัยและความปลอดภัยเพื่อปลูกฝังจิตสำนึกด้านสุขอนามัยให้แก่เด็ก ๆ เป็นต้น

นับเป็นแนวโน้มที่ดีที่งานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมได้รับการตอบรับและส่งเสริมจากหลายภาคส่วนในสังคม ควบคู่ไปกับการสร้างโอกาสให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้มากขึ้น มีพลังความคิดที่จะกำหนดทิศทางการพัฒนาและแก้ไขปัญหาของตนเองและสามารถนำความคิดสู่การปฏิบัติอย่างเป็นผล

กรมอนามัยสามารถใช้ประโยชน์จากโอกาสเช่นนี้เชื่อมโยงขบวนการทำงานกับภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาคีภาครัฐ และหน่วยงานพัฒนาที่เกี่ยวข้องต่างๆ ให้เกิดความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างยั่งยืน ขณะเดียวกัน สภาพการณ์เช่นนี้กรมอนามัยจึงต้องชัดเจนในบทบาทและสามารถสื่อสารให้บุคลากรและทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องรับรู้เข้าใจ และร่วมมือ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความทับซ้อนในบางมิติ ขณะที่บางมิติเกิดช่องว่าง ขาดหน่วยงานเข้าไปเสริมดำเนินการ

๘. 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 ปลุกพลังทางความคิดของบุคลากรกรมอนามัยให้ร่วมกันสร้างฝัน (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 คิดท้าทายตัวเองโดยจะเป็นองค์กรหลักของประเทศ (NHA) ในการกำหนดนโยบายและออกแบบระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่พึงประสงค์ในทุกกระดับ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนสุขภาพดีตลอดช่วงชีวิต ตั้งแต่ครรภ์มารดา ถึงเชิงตะกอน (Vision)

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

- ประเด็นที่ ๒ คิดอาสาเป็นผู้พิทักษ์ ผู้ปกป้อง และผู้กำกับ หรืออีกนัยหนึ่ง คือ การอภิบาล (Governance) ระบบตามประเด็นที่ ๑ ให้บรรลุเป้าหมาย โดยการสังเคราะห์ ใช้ความรู้ ภูมิปัญญา พัฒนานโยบาย ออกแบบระบบ แสวงหาความร่วมมือและกำกับติดตาม (Mission)

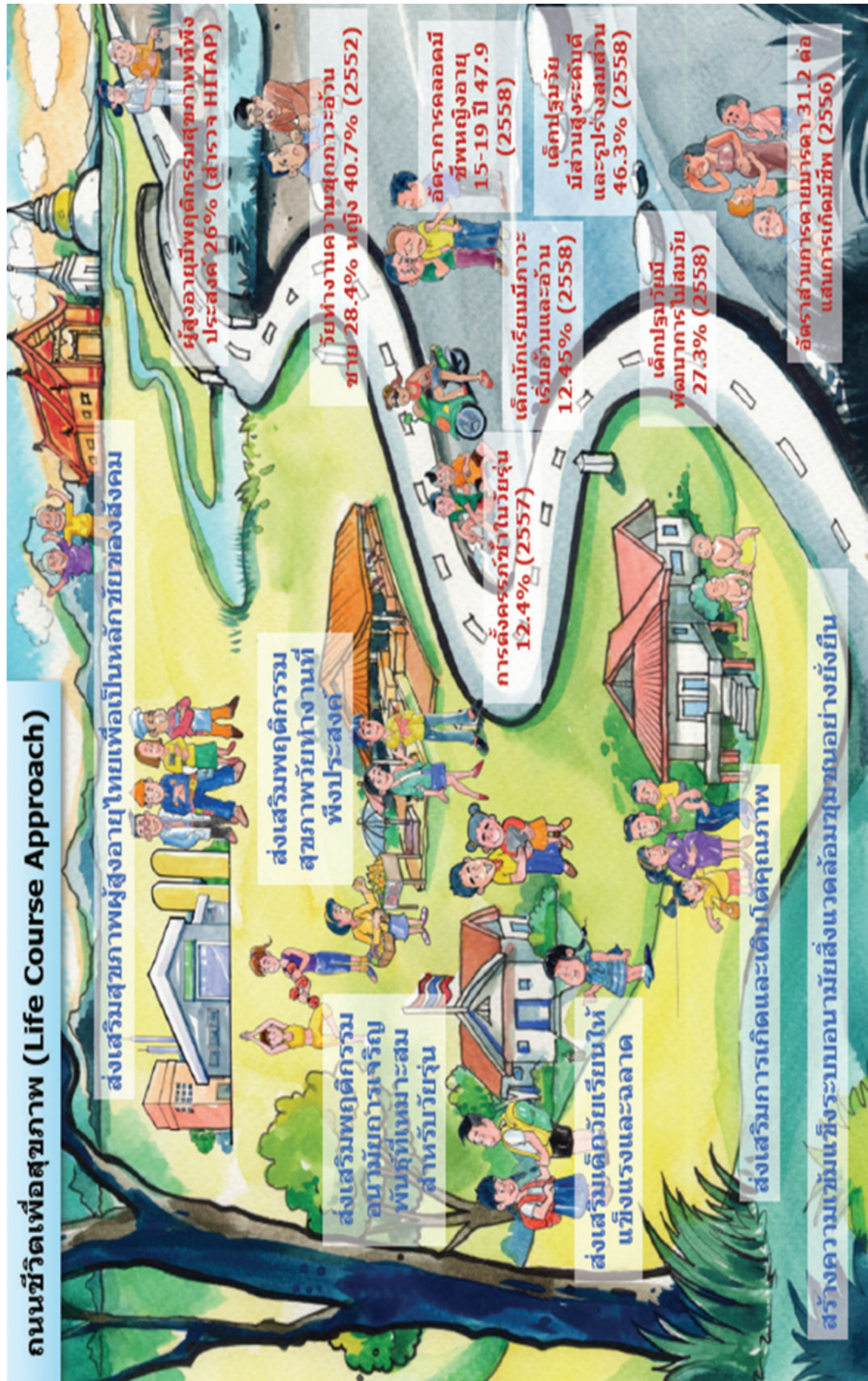
- ประเด็นที่ ๓ คิดเก่งจนได้ ๓ เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์คือ Lead Lean Learn จากผู้ทำ (Do-er) เป็นผู้นำ (๓L) โดย Lead มุ่งสู่การเป็นองค์กรนาระดับชาติและระดับเขต เปลี่ยนบทบาทตนเอง (Re-role) (Leader), Lean เพื่อการเป็นองค์กรคุณภาพ คู่คุณธรรม นำมาเป็นจุดขายที่จะสร้างภาพลักษณ์ใหม่ของกรม (Brand renovate) และ Learn ก้าวสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ มุ่งสู่ความเป็นเลิศ เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งทางวิชาการให้แก่กรม

ชุดความคิดที่ ๒ คิดหลุดจากมุมมองที่เห็นแต่ปัญหา (Problem Based)

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

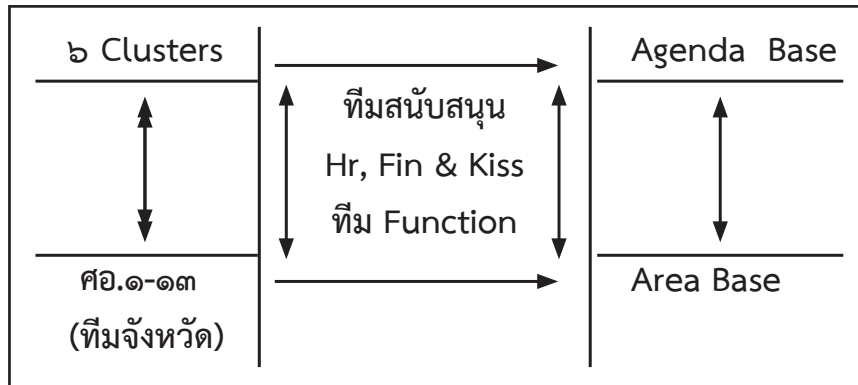
- ประเด็นที่ ๑ กระบวนการหลัก (Core Business Process) หรืออีกชื่อ คือ สายพานการผลิตหลัก (Production line) มีเป้าหมายที่สำคัญ คือ การผลิตและพัฒนาผลิตภัณฑ์ (Tools and Technologies) และนวัตกรรมใหม่ ๆ (Product Innovation, Model Development Innovation, Process and Management Innovation) การที่จะบรรลุผลสำเร็จดังกล่าวจำเป็นต้องเปลี่ยนบทบาท (Re-role) ๑) จากผู้บริหาร (อต. : อำนวยการต้น, อส. : อำนวยการสูง) เป็นผู้นำทางวิชาการและบริหาร อิงวิชาการ (Academic Leader) และ ๒) จากนักวิชาการ/ ผู้ปฏิบัติ เป็นนักค้นหาคำความจริง (Searcher & Researcher) และนักพัฒนานวัตกรรม (Innovator)

- ประเด็นที่ ๒ เปลี่ยนมุมมองต่อสุขภาพ, ส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมใหม่ มี ๓ ประเด็นสำคัญ คือ ๑) จากมุลบ (Ill health) เป็นมุลบว (Good Health), ๒) จากมองแยกส่วน (Fragment) เป็นรวมส่วน (Holistic) Bio-Psycho-Social-Economic & Environmental Health และ ๓) จากมองสั้น (Cross-section) เป็นมองยาว (Life Course Approach) จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอนตามถนนชีวิตเพื่อสุขภาพ ดังแสดงในภาพที่ ๑๐ ซึ่งจากการเปลี่ยนมุมมองดังกล่าว ได้ก่อให้เกิด ๖ ทีมวิชาการ (Clusters) ๓ ทีมสนับสนุน (HR,FIN,KISS) เป็นทีมสหวิชาชีพที่เชี่ยวชาญความรู้หลายศาสตร์มาประกอบทีมกันที่จะเป็นผู้นำในการพัฒนาอย่างรู้เท่าทันโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว พร้อมกับพิจารณาคัดเลือกและเลือกรับ Product ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ อันดับแรกสุดต้องกำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เหมาะสมของแต่ละกลุ่มวัย หรือ Milestone ต่อด้วย การปิด/Lean Gap แต่ละกลุ่มวัย เมื่อวิเคราะห์จาก ความเป็นจริงเทียบกับ Milestone จะเห็นช่องแห่งโอกาส (Gap) ที่สำคัญคือ ทำเฉพาะที่เป็น Gap (Do Gap) และ Lean ที่ไม่ใช่ Gap (No Do No Gap) เพื่อใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด



ภาพที่ ๑๐ ถนนชีวิตเพื่อสุขภาพ (Life Course Approach)

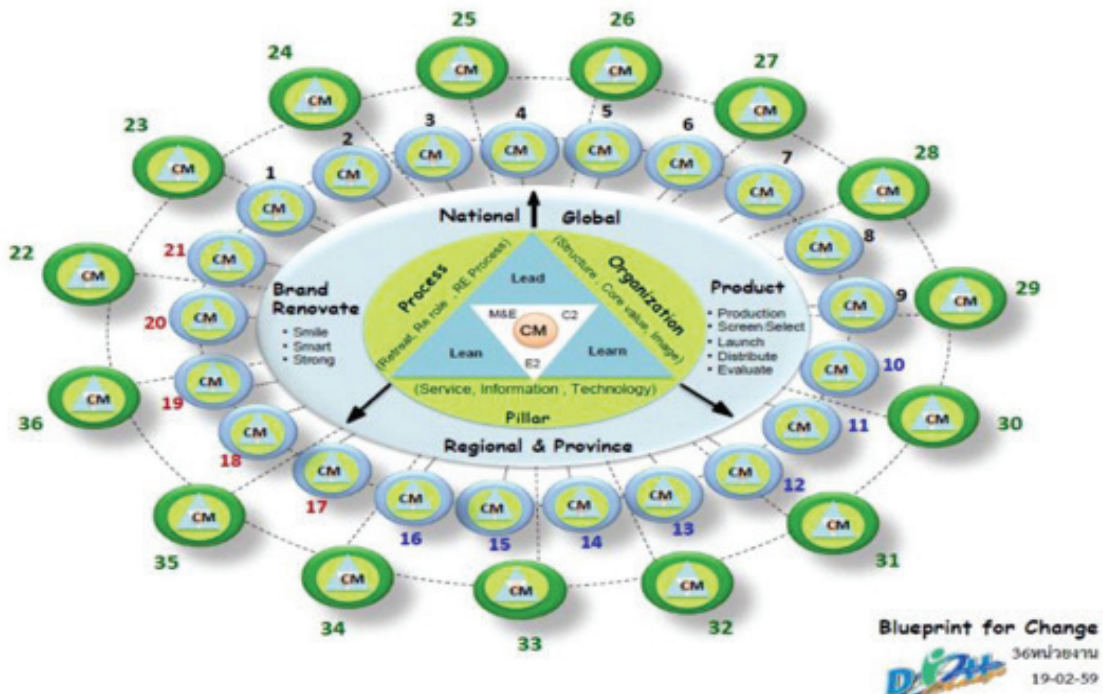
- ประเด็นที่ ๓ พลังแห่งการร่วมคิดได้กำเนิด Blueprint and Action Plan for change ใน ๓ ระดับ คือ ระดับกรม, ๙ กลุ่มวิชาการ/สนับสนุน และ ๓๕ หน่วย แผนการบริหารการเปลี่ยนแปลง เชื่อมโยงสัมพันธ์กันระหว่างส่วนกลางกับพื้นที่อย่างเป็นระบบ ดังแผนภูมิอย่างง่ายดังนี้



ภาพที่ ๑๑ ความสัมพันธ์ระหว่างส่วนกลางกับพื้นที่

ชุดความคิดที่ ๓ คิดที่จะลงมือทำเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามที่คิดใหญ่และฝันไกล (Big Dream)

- ประเด็นที่ ๑ การบริหารการเปลี่ยนแปลง (Change Management) ภายใต้ แนวคิด “เราจะไม่ทิ้งใครและหน่วยงานใดไว้ข้างหลัง เราจะไปด้วยกัน” ได้ก่อให้เกิดการออกแบบวงล้อเพื่อการเปลี่ยนแปลง ๑ ดาวฤกษ์ ๓๕ ดาวเคราะห์ หมุนอยู่รอบๆ กันและกัน อย่างสัมพันธ์กันและสนับสนุนเกื้อกูลกัน เป็นครอบครัวใหญ่ 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 ๑๒ วงล้อเพื่อการเปลี่ยนแปลงกรมอนามัย

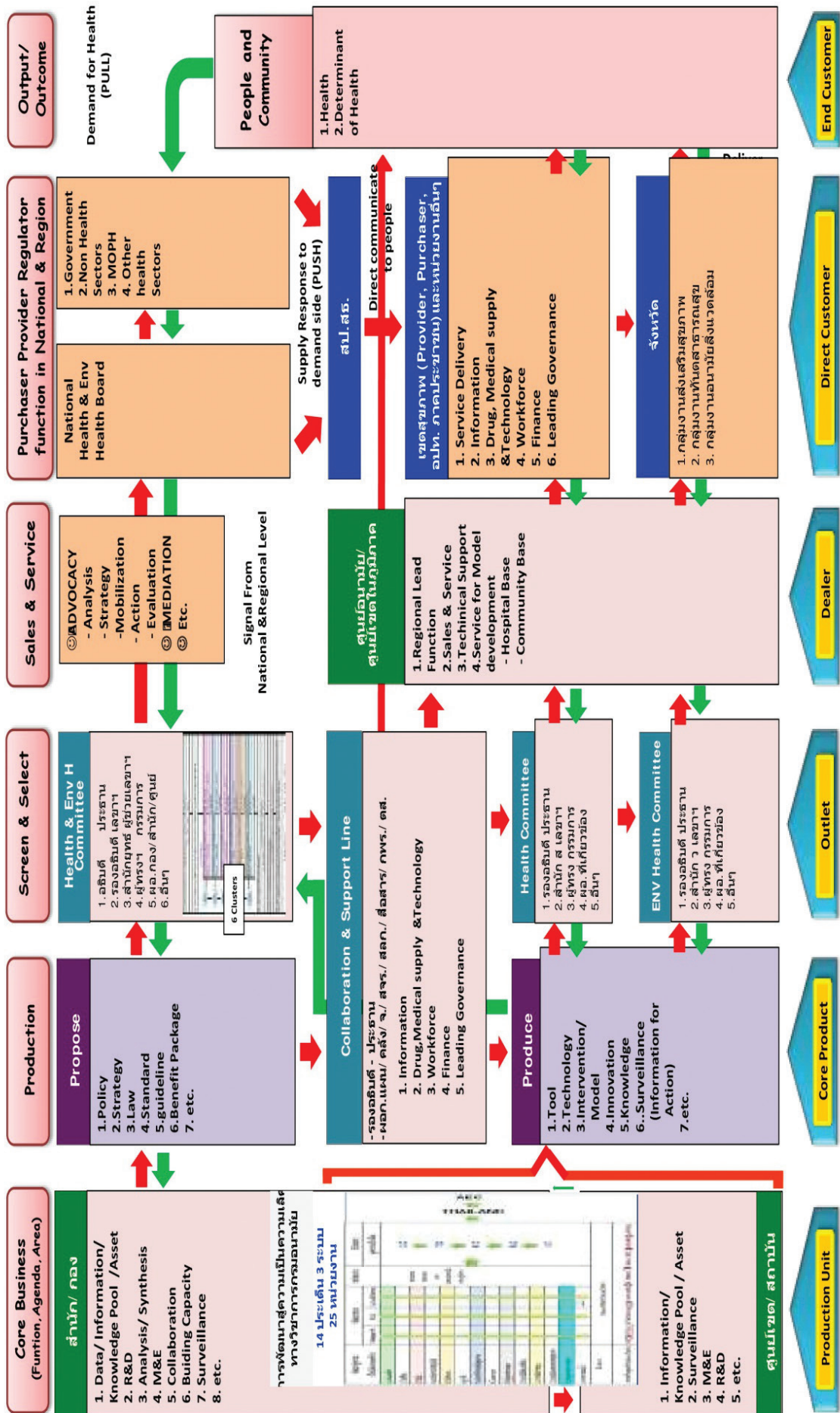
● ประเด็นที่ ๓ สร้างภาพลักษณ์องค์กรใหม่ (Brand Renovation) ภายใต้แนวคิด “สื่อบุคคลสำคัญที่สุด คนคนนั้นคือคนของกรมอนามัยทุกคน” โดยมีความคิดสร้างสรรค์ให้ Miss/Mr.DoH (Miss/Mr.Healthy) เป็นตัวแทนคนกรมอนามัย ซึ่งมีบุคลิกสำคัญ ๓ ประการ คือ ๓S ; Smile, Smart และ Strong อย่างไรก็ตาม Miss/Mr.DoH (Miss/Mr.Healthy) แต่เป็นเพียงตัว Mascot ในโลกของความเป็นจริงการเปลี่ยนแปลงกรมอนามัยสู่การเปลี่ยนแปลงสังคมไทยอยู่ที่พลังความคิดใหม่ (Re-thinking Power) คิดใหญ่ ฝันไกล (Big Dream) คิดและลงมือทำด้วยวิธีการใหม่ (Re-Process) ความสำเร็จจะเกิดขึ้นได้ด้วย “หนึ่งสมองและสองมือ” ของคน กรมอนามัยร่วมกัน ดังภาพที่ ๑๑

๙. กระบวนการหลักของกรมอนามัย

กรมอนามัย ได้กำหนดกระบวนการทำงานหลัก (Core Business Process) เพื่อเป็นเครื่องมือสำคัญในการออกแบบ (design) ระบบและกระบวนการ ๕ กลุ่มวัยและภาวะอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เป้าหมายสำคัญ คือ การผลิตและพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ สนองตอบความต้องการของภาคีเครือข่ายและประชาชน ประกอบด้วย องค์ความรู้และชุดความรู้ที่จะแก้ไขปัญหาสุขภาพ นโยบาย/ยุทธศาสตร์/กฎหมาย/แผนงานหลักของประเทศ รูปแบบการดำเนินการ (Intervention) รวมถึงนวัตกรรมใหม่ๆ (Product Innovation, Model Development Innovation, Process and Management Innovation) ซึ่งผลิตโดยหน่วยงานในสังกัดกรมอนามัยทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

ผ่านกระบวนการวิจัยและพัฒนา วิเคราะห์/สังเคราะห์ เฝ้าระวัง ติดตามประเมินผล สร้างความร่วมมือ และพัฒนาศักยภาพบุคลากร นำเสนอต่อคณะกรรมการขับเคลื่อนการบริหารการเปลี่ยนแปลงด้านวิชาการและพัฒนางานองค์ความรู้ ๖ กลุ่ม (กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย, กลุ่มวัยเรียน, กลุ่มวัยรุ่น, กลุ่มวัยทำงาน, กลุ่มวัยสูงอายุ, กลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อม) และคณะกรรมการสนับสนุนการบริหารการเปลี่ยนแปลง ๓ กลุ่ม (ยุทธศาสตร์กำลังคน, การจัดการความรู้ ข้อมูลและการเฝ้าระวัง, การคลังและงบประมาณ) พิจารณาคัดเลือกผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสม ก่อนส่งต่อให้คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (Health and Environmental Health Committee) โดยมีอธิบดีกรมอนามัยเป็นประธาน พิจารณารับหรือไม่รับผลิตภัณฑ์ดังกล่าว ผลิตภัณฑ์ที่ได้รับคัดเลือกจะถูกส่งให้ศูนย์อนามัยซึ่งเปรียบเสมือนผู้จำหน่ายผลิตภัณฑ์ (Dealer) ไปดำเนินงานและเรียนรู้กับหน่วยปฏิบัติในระดับพื้นที่ ต่อยอดเป็นการดำเนินงานในระดับนโยบาย โดยมีการให้นโยบาย ชี้นำสนับสนุน กำกับ ติดตามผล และมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ตลอดจนมอบอำนาจสร้างเสริมสุขภาพให้ประชาชนระดับบุคคล/ครอบครัว/ชุมชน ดังภาพที่ ๑๒

กระบวนการทำงานหลักของกรมอนามัย (Core Business Process)



ภาพที่ ๑๓ กระบวนการทำงานหลักของกรมอนามัย (Core Business Process)

๑๐. สมรรถนะหลักของกรมอนามัย

สมรรถนะหลักของกรมอนามัยหรือเรื่องที่กรมอนามัยมีความชำนาญที่สุด เป็นขีดความสามารถที่สำคัญซึ่งทำให้องค์กรบรรลุพันธกิจ ได้แก่ การมีองค์ความรู้และเทคโนโลยี ด้านการอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health) ด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ซึ่งต่อมาเรียกว่า การส่งเสริมสุขภาพ “HEALTH PROMOTION” เพื่อ “Well-Being : สุขภาพดีตั้งแต่ ก่อนเกิดจนตาย” รวมถึงด้านการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพที่มีบุคลากรสหวิชาชีพทำให้สามารถส่งเสริมสนับสนุนประชาชน/ชุมชนในการดูแลครอบครัวทั้งด้านสุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อมให้อึดต่อสุขภาพดีทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และ Settings กำหนดและพัฒนานโยบาย (Policy Guidance) ยุทธศาสตร์ระดับประเทศ มาตรฐานเท่าทันสากล เพื่ออภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจะได้ทันการณ์ สามารถทำนวยการเปลี่ยนแปลงในอนาคตและเตรียมรับได้อย่างฉับไว และเป็นศูนย์กลางเชื่อมโยงภาคีเครือข่าย เพื่อคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพของประชาชน

๑๑. ระบบและการจัดการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ระบบและการจัดการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง ระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (Ab 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 ชุมชนหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อการแบ่งกลุ่ม (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 (Ill) เป็นบุคคลที่เจ็บป่วย, เกิดโรค หรือชุมชนและสิ่งแวดล้อมที่มีสภาพอันตรายชัดเจน

A ตัวที่สอง คือ Advocacy (การเป็นปากเป็นเสียง) คือ การที่จะต้องตั้งข้อร้องเรียนเป็นปากเป็นเสียงให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจให้ใครต่อใครเข้ามาให้ความร่วมมือ เพราะถึงแม้จะเป็นเรื่องสุขภาพแต่ให้กระทรวงสาธารณสุขทำงานเพียงกระทรวงเดียวคงไม่สำเร็จ จำเป็นต้องใช้ความร่วมมือจากหลาย ๆ ส่วนมาเป็นหุ้นส่วน ร่วมมือกัน ช่วยกัน สร้างกระแสโน้มน้าวให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสิ่งที่เป็นปัญหา

ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตั้งแต่การ Identify issue มาจากการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ประเด็นที่ต้องการ กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ กำหนดกลุ่มเป้าหมาย พัฒนาข้อความ ที่ต้องการสื่อ/ช่องทางการสื่อสาร พัฒนาแนวร่วม/กลุ่มสนับสนุน ระดมทุน จนถึงการดำเนินการและ การติดตามและประเมินผล

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

โดยใช้ข้อมูลและความรู้เป็นปัจจัยนำเข้าในการกำหนดทิศทาง (Direction), นโยบาย (Policy), แผนยุทธศาสตร์ (Strategy) และการตัดสินใจด้านการเงิน (Finance) โดยคำนึงถึงปัจจัยกำหนด สุขภาพ (Health Determinants) มีการติดตามและประเมินผล (Monitor & Evaluate) และเฝ้าระวัง (Surveillance) ประกอบด้วย ๕ มิติ (Risk factor, Protective factor, Promoting intervention, Health Outcome and Impact) ๘ ประเด็น (๖ Cluster แบ่งตามกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม ประเด็นที่ ๑) แม่ตาย, ๒) เด็กแรกเกิด – ๕ ปี พัฒนาการสมวัย, ๓) เด็กปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่นสูติสมส่วน, ๔) วัยเรียนเจริญเติบโตเต็มศักยภาพและมีทักษะสุขภาพ, ๕) วัยรุ่นมีทักษะชีวิตและพฤติกรรมอนามัย การเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม, ๖) วัยทำงานหุ่นดี สุขภาพดี, ๗) ผู้สูงอายุสุขภาพดีดูแลตนเองได้และมีคุณภาพ ชีวิตที่ดี และ ๘) ชุมชนมีความเข้มแข็งในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน โดยมี ๓๖ ตัวชี้วัด ออกแบบระบบรายงานราย ๑ เดือน, ๓ เดือน, ๖ เดือน และ ๑ ปี ใน ๓ ระดับ (ระดับกระทรวง/เขต/ จังหวัด) พร้อมระบบส่งข้อมูลสู่พื้นที่และชุมชน

Intervention หลัก แบ่งเป็น ๓ ระดับ คือ

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

๒. กลุ่มเสี่ยง (Risk) ใช้มาตรการ Elimination and Reduction Risk เป็นมาตรการ ที่ร่วมมือกันทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องดำเนินการกำจัดหรือลดความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ การเกิดโรคและสิ่งแวดล้อม

๓. กลุ่มป่วย (Ill) ใช้มาตรการ Maintain and Improve เพื่อดูแลระดับประคองให้สถานะ และสถานการณ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อมไม่เลวลงหรือดีขึ้น

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

M คือ Management and Governance หมายถึง การบริหารและการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในระดับต่าง ๆ คือ

- ระดับประเทศ กระทรวงสาธารณสุขพัฒนานโยบายและออกกฎหมายโดยร่วมมือกับเครือข่ายและภาคส่วนอื่น ๆ เพื่อให้เกิดความรับผิดชอบ (Accountability)
- ระดับจังหวัด/อำเภอ ดำเนินการให้เกิดรูปแบบและมาตรฐานที่เหมาะสมด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ระดับจังหวัดและอำเภอ

“Health and Environmental Health Model and Profile”

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

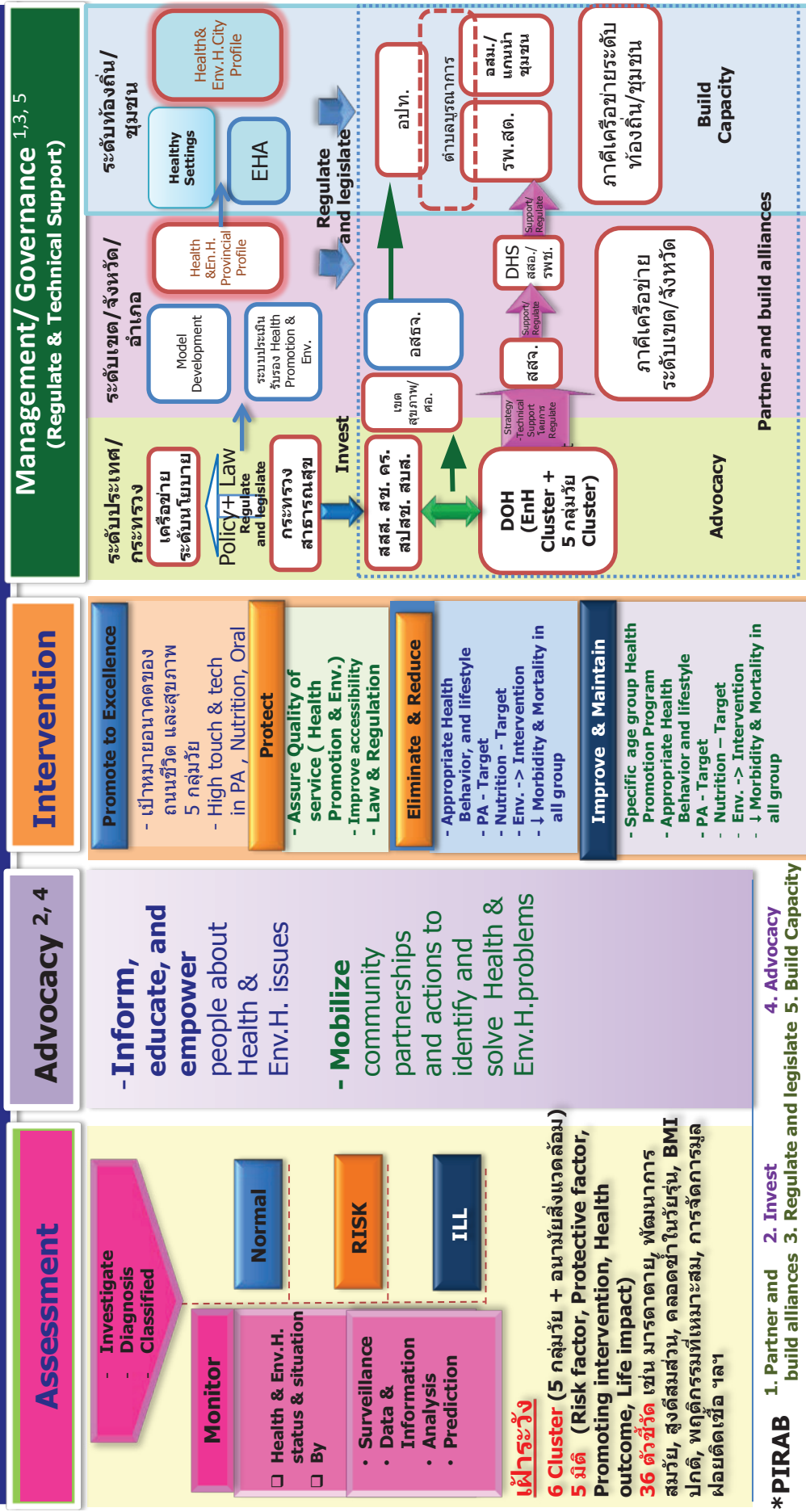
การดำเนินงานระดับประเทศ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และ Non Health sectors อื่น ๆ ร่วมกันขับเคลื่อนให้เกิดนโยบายและกฎหมาย (Health in All Policy) และส่งต่อให้เขตสุขภาพดำเนินการในระดับจังหวัดผ่านการบริหารภาคีเครือข่ายระดับจังหวัดและอำเภอผ่านกลไกต่าง ๆ เช่น คณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสธจ.) ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (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 (สร้างภาคีเครือข่าย), ๒) Invest (ลงทุนเพื่อพัฒนาโครงสร้างและระบบงาน), ๓) Regulate and Legislate (พัฒนากระบวนการกำหนดนโยบายและกฎหมายด้านสุขภาพ), ๔) Advocacy (สร้างความตระหนักรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ) และ ๕) Build Capacity (พัฒนาสมรรถนะบุคลากร) ทั้งนี้ จะเห็นว่า PIRAB แทรกอยู่ในระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (A๒ I M) ในส่วนของ Advocacy และ Management ดังภาพที่ ๑๓

ระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

1. คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ไม่น้อยกว่า 72 ปี
2. ชุมชนมีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม (Active Community)

A²IM



๑๒. การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของกรมอนามัย

กรมอนามัยได้ทบทวนและประเมินสถานะขององค์กรทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการดำเนินงานของกรมอนามัย เพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ โดยพบว่าปัจจัยภายในที่เป็นจุดแข็ง (Strength) ของกรมอนามัยด้านยุทธศาสตร์/กฎหมาย/กฎระเบียบ (Strategy/Law/Regulation) คือ การเป็นผู้ดูแลพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ ซึ่งเป็นกฎหมายที่เอื้อต่อการสนับสนุนบทบาท องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินการสาธารณสุขตามที่กฎหมายกำหนดและดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่ายประชาชนในทุกระดับ 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 ทำให้เอื้อต่อการเป็นผู้นำด้านส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมทั้งในระดับนานาชาติ 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 มีสหวิชาชีพที่เอื้อต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างครบวงจรกระจายอยู่ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค 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), มีจัดการความรู้ที่จะนำไปสู่การพัฒนาเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning), มีความเคารพและเชื่อมั่นในสิทธิหน้าที่ของตนเองและผู้อื่น (Trust) และมีความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Harmony)

อย่างไรก็ตาม พบว่า กรมอนามัยยังมีจุดอ่อน (Weaknesses) ที่อาจทำให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด เนื่องมาจากการพัฒนานโยบายสาธารณะ (Strategy) ทั้งสายส่งเสริมสุขภาพและสายอนามัยสิ่งแวดล้อมยังมีน้อย รวมทั้งการบังคับใช้

กฎหมายผ่านภาคีเครือข่ายและพันธมิตรยังต้องพัฒนาและผลักดันให้ครอบคลุมอย่างต่อเนื่อง ขาดการวิเคราะห์ภาระงานและการพัฒนากำลังคน (Staff) อย่างเป็นระบบ และไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงและการปฏิรูประบบสุขภาพ ระบบกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน (System) ยังไม่เข้มแข็งสำหรับระบบการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลยังต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น รวมถึงการบูรณาการ การทำงานร่วมกันจากหลายภาคส่วนไม่เต็มที่ และยังมีการทำงานแบบแยกส่วน (silo) นอกจากนี้ ยังพบว่า ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ และนวัตกรรมที่จะช่วยสนับสนุนการดำเนินงานยังมีน้อย

นอกจากปัจจัยภายในดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีปัจจัยภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงาน ของกรมอนามัยด้วยเช่นกัน โดยสิ่งที่เป็นโอกาส (Opportunities) ของกรมอนามัยมีทั้งส่วนที่เป็น ผลกระทบทางการเมือง (Political) การปกครอง และกฎหมายต่าง ๆ คือ แนวทางการบริหารราชการ ของรัฐบาล พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา เน้นประชารัฐและการบูรณาการที่เอื้อต่อการทำงาน มีข้อตกลง พันธะสัญญาบัตร ความร่วมมือระหว่างประเทศด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการ ดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs), เป้าหมายโลกด้านโภชนาการ (Global Nutrition Target) เป็นต้น การก้าวสู่ประชาคมอาเซียนทำให้มีนโยบายในการร่วมพัฒนาการสาธารณสุขระหว่างกัน ซึ่งเปิดโอกาส ให้ประเทศไทยได้แสดงศักยภาพและมีบทบาทในระดับภูมิภาค ตลอดจนมีแหล่งความรู้และองค์กร ทั้งในและต่างประเทศตลอดจนมีภาคีเครือข่ายหลากหลายระดับ ทั้งระดับนโยบาย และพื้นที่ระดับเขต จังหวัด และตำบลที่มีการสนับสนุนงานด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ ยังมี สารสนเทศ (Technology/Information) ที่ทันสมัยเอื้อต่อการทำงาน ทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูล และช่องทางในการส่งเสริมสุขภาพง่ายขึ้นกระแสสังคมและประชาชน (Social) ที่มีความตื่นตัวเรื่อง สุขภาพทำให้ประชาชนเปิดรับข้อมูลและความรู้หรือแนวทางการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพดีและอยู่ ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีมากกว่าในอดีตมาก

สิ่งที่เป็นอุปสรรค (Threats) ที่เป็นผลกระทบทางการเมือง การปกครอง และกฎหมายต่าง ๆ (Political) คือ การทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับประเทศยังขาดเอกภาพ การแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติเรื่อง Health In All Policies ยังไม่บรรลุผลสำเร็จผลกระทบด้านเศรษฐกิจ (Economic) คือ ระบบงบประมาณ การเงิน และการคลังของประเทศที่สนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมยังน้อยและไม่พอเพียงต่อการขับเคลื่อนงาน สังคมไทย (Social) มีลักษณะ โฉมหน้าได้ง่ายประกอบกับการได้รับข่าวสารจากหลากหลายช่องทางการสื่อสารสาธารณะ และขาดการ วิเคราะห์ข้อมูลที่ถูกต้องสำหรับใช้ในการตัดสินใจ รวมทั้งความรวดเร็วของ Social Media ทำให้ประชาชน หลงเชื่อข้อมูลที่ไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการจึงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลง สังคมโลก โครงสร้างประชากร ปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหาเรื่องสิทธิมนุษยชน และปัญหาแรงงานต่างด้าว ล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ กรมอนามัยได้คำนึงถึงปัจจัยทั้งภายในและภายนอกดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้ทิศทางการดำเนินงานตอบสนองต่อสภาวะแวดล้อมต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปและใช้คาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตและส่งผลกระทบต่อการทำงานของกรมอนามัย

ส่วนที่ 3

ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2560–2564

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 รู้การเปลี่ยนแปลงของการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในเขตโดยกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ 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. ดัชนีภาวะคุณภาพลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย	๑) อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน ๒๐	ไม่เกิน ๒๐	ไม่เกิน ๑๗	ไม่เกิน ๑๗	ไม่เกิน ๑๕	พัฒนาการบริหารและการจัดการเพื่อการตั้งครรภ์คุณภาพ และมารดา	๑.๑ พัฒนาความรู้ ทักษะ การเฝ้าระวังสุขภาพและความเสี่ยงด้วยตนเองของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว รวมทั้งสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่น ๑.๒ พัฒนาห้องคลอด ระบบเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยง ความเสียหายตั้งแต่ตั้งครรภ์และคลอดอย่างมีคุณภาพ ๑.๓ พัฒนาระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ในภาวะฉุกเฉินและเตรียมความพร้อมด้านความรู้ ทักษะบุคลากร และวัสดุ/เวชภัณฑ์ทางการแพทย์
๒. เด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	๒) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๕	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๕	๑. ส่งเสริมบทบาทพ่อแม่หรือผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กที่ถูกต้องเหมาะสม ๒. การพัฒนาระบบบริการและกลไกในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	๑.๑ สร้างการรับรู้และความเข้าใจให้พ่อแม่ ผู้ปกครองเลี้ยงดูเด็กด้วยสมุดบันทึกสุขภาพเส้นทางเดินของชีวิต (Passport Health of Life) ๑.๒ พัฒนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เป็นชุดความรู้ที่นำอ่าน นำใช้ เข้าใจง่าย สะดวกด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Application) ๑.๓ ปกป้อง ส่งเสริม สนับสนุนให้เด็กไทยได้กินนมแม่ และส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กด้วยกระบวนการที่เหมาะสม เช่น กิน กอด เล่น นอน ๒.๑ ขับเคลื่อนกลไกการบริหารจัดการผ่านคณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติและคณะกรรมการส่งเสริมเด็กและเยาวชนแห่งชาติ

ตารางที่ ๓ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ และกลยุทธ์/มาตรการ ของกรมอนามัย (ต่อ)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔		
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 สูงดีสมส่วนและปราศจากพันธุ ๒. พัฒนาระบบและกลไกการส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วนและปราศจากพันธุ	๒.๒ พัฒนาระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง และการเข้าถึงระบบบริการอย่างครอบคลุมเท่าเทียม ด้วยเครื่องมือที่เหมาะสม เช่น DSPM/DAIM รวมทั้งติดตามเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้า/ล่าช้า ๒.๓ สนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ รูปแบบเทคโนโลยีการพัฒนาเด็กอย่างองค์รวม ๓.๑ สนับสนุนชุมชนและท้องถิ่นจัดทำแผนระดับตำบล รวมทั้งสร้างพื้นที่ต้นแบบ เช่น “ลานเล่นตามรอยพระยุคลบาท” เพื่อการพัฒนาเด็กองค์รวมอย่างมีส่วนร่วมทั้งจากภาครัฐ เอกชน และประชาสังคม ๓.๒ พัฒนาศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ 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 สูงดีสมส่วนและปราศจากพันธุ ๒. พัฒนาระบบและกลไกการส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วนและปราศจากพันธุ	๑.๑ ผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายโภชนาการ ๑,๐๐๐ วันแรก และนโยบายดื่มนมแม่แห่งชาติ ๑.๒ พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับในการจัดบริการด้านโภชนาการและส่งเสริมสุขภาพของปาก อย่างมีคุณภาพ ๑.๓ พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย รวมทั้งสร้างระบบพี่เลี้ยง (Coaching) และการมีส่วนร่วม (Participation) ในการกำกับ ติดตาม ช่วยเหลือการดำเนินงานของชุมชนและท้องถิ่น

ตารางที่ ๓ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ และกลยุทธ์/มาตรการ ของกรมอนามัย (ต่อ)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔		
	๔) ร้อยละของเด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ	๕๐	๕๒	๕๔	๕๖	๕๘	๒. สร้างความร่วมมือในการส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน และปราศจากฟันผุ	๒.๑ ส่งเสริมการสื่อสารสาธารณะและสร้างกระแสสังคม เพื่อส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน (โภชนาการ กิจกรรมทางกาย การนอน สุขภาพฟัน) โดยผ่าน social marketing, social media และ national champion ๒.๒ สร้างบทบาทครอบครัว ชุมชน อบต. และ อสม. ส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน (โภชนาการ กิจกรรมทางกาย การนอน) และการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ๒.๓ ส่งเสริมการศึกษวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย การส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน และระบบและกลไกให้เกิดการทำงานวิจัยและสร้างนวัตกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแม่และเด็กปฐมวัย
๑.๒ ส่งเสริมเด็กวัยเรียนให้แข็งแรงและฉลาด								
๔. เด็กวัยเรียน เจริญเติบโต เต็มศักยภาพ และมีทักษะ สุขภาพ	๕) ร้อยละของเด็กวัยเรียน (๖-๑๔ ปี) สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ (caries free) และเด็กอายุ ๑๒ ปี มี ส่วนสูงเฉลี่ยตามเกณฑ์	ร้อยละ ๖๖	ร้อยละ ๖๘	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๒	ร้อยละ ๗๔ (ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กอายุ ๑๒ ปี ชาย ๑๕๔ ซม. และหญิง ๑๕๕ ซม.)	๑. พัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน	๑.๑ ผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติ ๑.๒ ผลักดันให้ภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่มีแผนพัฒนาสุขภาพเด็กวัยเรียนอย่างเป็นรูปธรรม ๑.๓ สร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายและพัฒนาต่อยอดให้เป็นการทำงานในลักษณะของ Partnership มากขึ้น ในการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนอย่างเป็นระบบ

ตารางที่ ๓ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ และกลยุทธ์/มาตรการ ของกรมอนามัย (ต่อ)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔		
	๖) ร้อยละของ เด็กวัยเรียน มีพฤติกรรม สุขภาพที่ พึงประสงค์ ด้านการบริโภค อาหาร กิจกรรม ทางกาย และ ทันตสุขภาพ - เด็กวัยเรียน กินผักต่อมื้อ ตามเกณฑ์ - เด็กวัยเรียน สามารถแปรงฟัน ด้วยตนเอง อย่างมีคุณภาพ - เด็กวัยเรียน มีกิจกรรม ทางกาย เพียงพอ	ร้อยละ ๔๔	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๕	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๔	๒. พัฒนารายละเอียดความรู้และ วิจัย ๓. ส่งเสริมสุขภาพและ พฤติกรรมที่พึงประสงค์ ของเด็กวัยเรียน	๒.๑ พัฒนาความรู้การดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน แบบองค์รวม (NUPETHS) ๒.๒ พัฒนารายละเอียดส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนและ พัฒนานักวิจัยรุ่นใหม่ที่มีคุณภาพ ๒.๓ ผลผลิต พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้และนวัตกรรม (Holistic Package) ๓.๑ พัฒนากลไกการขับเคลื่อนกระบวนการดำเนินงาน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาโรงเรียนต้นแบบ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ๓.๒ เร่งรัดขับเคลื่อนนโยบายลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้ ด้านสุขภาพ ๓.๓ ผลักดันการจัดบริการสุขภาพนักเรียนตามประเภท และขอบเขตบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในระบอบประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙ ๔.๑ พัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพเด็กวัยเรียนอย่างเป็น ระบบ มีความเชื่อมโยงกับ service plan และเป็นปัจจุบัน ๔.๒ ส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อนำมาพัฒนาฐานข้อมูล สุขภาพเด็กวัยเรียนแบบองค์รวม ๔.๓ สร้างแรงจูงใจผู้ปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน อย่างต่อเนื่อง กำกับ ติดตามประเมินผล และ ประเมินผลการดำเนินงานแบบบูรณาการ

ตารางที่ ๓ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ และกลยุทธ์/มาตรการ ของกรมอนามัย (ต่อ)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔		
๑.๓ ส่งเสริมพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น								
๕. วัยรุ่นมีทักษะชีวิตและพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม	๓) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี พันคน	ไม่เกิน ๔๒	ไม่เกิน ๔๐	ไม่เกิน ๓๘	ไม่เกิน ๓๖	ไม่เกิน ๓๔	๑. เร่งรัดการบริหารและขับเคลื่อนกฎหมาย	๑.๑ เร่งรัดให้กระทรวงที่เกี่ยวข้องออกกฎหมายหรืออนุบัญญัติในภายใต้ พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ๑.๒ ผลักดันให้ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ ผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี และขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ๑.๓ ผลักดันการบังคับใช้กฎหมายสู่การปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย
	๔) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๐-๑๔ ปีต่อประชากรหญิงอายุ ๑๐-๑๔ ปี พันคน	ไม่เกิน ๑.๔	ไม่เกิน ๑.๓	ไม่เกิน ๑.๒	ไม่เกิน ๑.๑	ไม่เกิน ๑.๐	๒. สร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและพัฒนาต่อยอดให้กลายเป็นการทำงานในลักษณะของ Partnership มากขึ้น	๒.๑ แสวงหาและสร้างพันธมิตรร่วมดำเนินงาน ๒.๒ ส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพให้ภาคีเครือข่าย ๒.๓ กำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกัน
	๕) ร้อยละการตั้งครรภ์ในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี	ร้อยละ ๑๐	ร้อยละ ๙.๕	ร้อยละ ๙.๐	ร้อยละ ๘.๕	ร้อยละ ๘.๐	๓. ส่งเสริมการตลาดเพื่อสังคม (Social Marketing) ให้มากขึ้น	๓.๑ ผลิตภัณฑ์ที่ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ๓.๒ เพิ่มช่องทางในการสื่อสารให้มีความหลากหลายและเหมาะสม

ตารางที่ ๓ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ และกลยุทธ์/มาตรการ ของกรมอนามัย (ต่อ)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔		
	๑๐) วัยรุ่น ๑๕-๑๘ ปี สูงที่สุด ส่วน และ อายุ ๑๙ ปี มี ส่วนสูงเฉลี่ย ตามเกณฑ์	ร้อยละของ	-	-	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๐ - ส่วนสูงเฉลี่ย อายุ ๑๙ ปี ชาย ๑๗๓ ซม. และ หญิง ๑๖๐ ซม.	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๕ - ส่วนสูงเฉลี่ย อายุ ๑๙ ปี ชาย ๑๗๕ ซม. และ หญิง ๑๖๒ ซม.	- การดำเนินงานตาม ยุทธศาสตร์ฯ ภายใต้ พ.ร.บ.การป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙	สูงสุดส่วน ๔. สนับสนุนการขับเคลื่อน สุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services : YFHS) เพื่อการเข้าถึงบริการ สุขภาพที่เป็นมิตรทั้งเชิงรับและเชิงรุก ๔.๒ สนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภออนามัย การเจริญพันธุ์ ตลอดจนเร่งรัดการจัดบริการคุมกำเนิด ด้วยเวชภัณฑ์คุมกำเนิดกึ่งถาวร ๔.๓ พัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลการขับเคลื่อน การดำเนินงานภายใต้ พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.๒๕๕๙
๑.๔ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานที่พึงประสงค์								
๖. ประชากรวัย ทำงานหุ่นดี สุขภาพดี	๑๑) ทำงานอายุ ๓๐-๔๔ ปี มี ดัชนีมวลกาย ปกติ	ร้อยละของวัย	ร้อยละ ๕๔	ร้อยละ ๕๕	ร้อยละ ๕๖	ร้อยละ ๕๗	ร้อยละ ๕๘ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม สุขภาพที่พึงประสงค์ของ วัยทำงาน (National Health Policy)	๑. พัฒนานโยบายระดับชาติ ๑.๑ จัดตั้งศูนย์วิจัย Healthy Eating and Environmental Health ในสถานที่ ทำงานและชุมชน โดยบูรณาการให้เกิดความร่วมมือ ระหว่างกระทรวงและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ๑.๒ ผลักดันให้เกิดข้อตกลง มาตรการทางสังคม หรือนโยบาย ระดับท้องถิ่น และระดับประเทศ ในการส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพวัยทำงานที่พึงประสงค์ ๑.๓ สื่อสารนโยบาย ถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ ติดตามและ ประเมินผลนโยบาย

ตารางที่ ๓ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ และกลยุทธ์/มาตรการ ของกรมอนามัย (ต่อ)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔		
	(๑๑) วิทยาลัยการ พณิชยกรรม สุขภาพที่ พึ่งประสงค์ - พณิชยกรรมการ บริโภคอาหาร ที่เหมาะสม - กิจกรรมทางกาย เพียงพอต่อ สุขภาพ - นอนหลับ พักผ่อนอย่าง เพียงพอต่อ สุขภาพ - ดูแลสุขภาพ ช่องปากที่ เหมาะสม	ร้อยละของ	-	-	ร้อยละ ๓๐	-	ร้อยละ ๔๐ เครือข่ายกระดับในการ ดำเนินงานส่งเสริม พณิชยกรรมสุขภาพวัยทำงาน ที่พึ่งประสงค์ (Health Leader)	๒. เสริมสร้างศักยภาพภาคี ๒.๑ พัฒนาศูนย์ชุมชน ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานที่พึงประสงค์ ๒.๒ พัฒนาความร่วมมือภาคีเครือข่ายการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับ วัยทำงาน ๒.๓ สร้างและสนับสนุนแกนนำด้านสุขภาพ (Health Leader) ในสถานที่ทำงานและชุมชนให้มีความรู้ ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม สำหรับวัยทำงาน ๓.๑ พัฒนาระบบข้อมูล ชุมชน ข้อมูล ด้านส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับวัยทำงาน และการ เตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุ ๓.๒ พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการเก็บข้อมูล ที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพและภาวะสุขภาพ วัยทำงาน ๓.๓ พัฒนาเทคโนโลยีและช่องทางการสื่อสารข้อมูล ความรู้สู่ประชาชน ที่เหมาะสมและทันสมัย

ตารางที่ ๓ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ และกลยุทธ์/มาตรการ ของกรมอนามัย (ต่อ)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย				กลยุทธ์	มาตรการ
		๖๐	๖๑	๖๒	๖๓		
๑.๕ ส่งเสริมผู้สูงอายุไทยเพื่อเป็นหลักชัยของสังคม							
๗. ผู้สูงอายุสุขภาพดี ดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี	๑๓) ของการมีสุขภาพ (Health-Adjusted Life Expectancy :HALE) ๑๔) ผู้สูงอายุ (๖๐-๗๔ ปี) มีพื้นที่ใช้งานอย่างน้อย ๒๐ ไร่ และ ๔ คูสอบ	อายุคาดเฉลี่ย	-	-	ไม่น้อยกว่า ๖๗.๕ ปี	ไม่น้อยกว่า ๖๘ ปี	๑. เตรียมความพร้อมระบบของชมรมผู้สูงอายุ ๑.๑ ส่งเสริมสนับสนุน Brain Bank ในทุกองค์กร ๑.๒ ส่งเสริมสนับสนุนการมี/สร้างสิ่งอำนวยความสะดวก และการสื่อสารสาธารณะที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ และเข้าถึงได้ง่าย พัฒนาระบบการดูแล ๒.๑ สร้างชุมชนที่มีสุขภาวะ ๒.๒ พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ๒.๓ พัฒนาระบบ Intermediate Care ในชุมชน เพื่อสนับสนุน Age-friendly Community ๓.๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพและสังคม รวมทั้งระบบ Long Term Care ๓.๒ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีที่อยู่อาศัยที่มีสภาพแวดล้อมเหมาะสม ๓.๓ พัฒนาระบบสวัสดิการแบบประจักษ์ “ชุดสิทธิประโยชน์ธรรมคุณชุมชน”

ตารางที่ ๓ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ และกลยุทธ์/มาตรการ ของกรมอนามัย (ต่อ)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย				กลยุทธ์	มาตรการ
		๖๐	๖๑	๖๒	๖๓		
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างความเข้มแข็งระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชนอย่างยั่งยืน							
๘. ชุมชนมีความเข้มแข็งในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active)	๑๕) ทีมศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนอย่างน้อย ๑ ทีม ตำบลละ ๑ ชุมชน	-	-	ของตำบล มีชุมชนที่มีศักยภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด (๗,๒๕๕ ตำบล)	ร้อยละ ๑๐๐	-	ร้อยละ ๑๐๐ ประชาชนและภาคีเครือข่ายในการจัดการสิ่งแวดล้อม ๑. เสริมสร้างการมีส่วนร่วม สิ่งแวดล้อม ๒. สนับสนุนบทบาทและศักยภาพชุมชนในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมระดับชุมชน ๓. พัฒนาศักยภาพทีมหรือเครือข่ายการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมทุกระดับ Communities ๑.๔ ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมของ อบต. ๑.๕ พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อบต. ในการแก้ไขปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ (เช่น ขยะ และ ปฏิกูล พื้นที่เสี่ยงมลพิษ)
คำนิยามปฏิบัติการ (Operational Definition) ๑. “ชุมชน” หมายถึง กลุ่มคนที่อยู่ร่วมกันเป็นสังคมขนาดเล็ก อาศัยอยู่ในบริเวณเดียวกัน และมีผลประโยชน์ร่วมกันในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง โดยเฉพาะ อาทิ พื้นที่หรือ ห้องที่ภายในเขตการปกครองของการบริหารส่วนท้องถิ่น หรือ ณ เวลาหนึ่งใดในท้องถิ่น หรือรวมตัวกันทำประโยชน์ท้องถิ่น เป็นต้น (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, ๒๕๕๒) ไม่เฉพาะขอบเขตของหมู่บ้าน แต่รวมถึงลักษณะเครือข่ายของความสัมพันธ์ ๒. ชุมชนที่มีศักยภาพ หมายถึง ชุมชนที่มีคุณลักษณะ ตามข้อ ๑ และ ๒ หรือ ๓.๑ หรือ ๓.๒ ดังนี้ ๑) มีแกนนำชุมชน และ/หรือ อสม. ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม อย่างน้อย ๑ คนต่อชุมชน ๒) ชุมชนมีข้อมูลที่สามารถระบุความเสี่ยง/สิ่งคุกคามของชุมชนได้							

ตารางที่ ๓ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ และกลยุทธ์/มาตรการ ของกรมอนามัย (ต่อ)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย				กลยุทธ์	มาตรการ
		๖๐	๖๑	๖๒	๖๓		
	๓) ชุมชนมีการดำเนินการ อย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อไปนี้ มากกว่า ๑ ปี ขึ้นไป ๓.๑) ชุมชนมีแผน/โครงการ/ กิจกรรมดำเนินการ/หรือข้อตกลงร่วมกันเพื่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน ๓.๒) ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ตอบสนองต่อปัญหาของท้องถิ่นนั้นๆ และ/หรือส่งเสริมอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชนให้เอื้อต่อสุขภาพ อาทิ การจัดการปฏิญญาลูบลอย/น้ำ/หรือประเด็นเฉพาะพื้นที่ ทั้งพื้นที่ทั่วไป พื้นที่เสี่ยง และพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ ให้ความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเรียนรู้ การณรงค์ ฯลฯ โดยกิจกรรมดังกล่าวมีความสอดคล้องกับค่ากลางระดับชุมชน ๓. * นวัตกรรมชุมชน หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของชุมชน ที่มีการนำสิ่งที่มีอยู่ มาปรับปรุงให้ให้เกิดประโยชน์ ต่อการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หรือมีการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เป็นเครื่องมือในการพัฒนาจนเกิดผลสำเร็จ และสามารถถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์การพัฒนาให้ชุมชนอื่นๆ ได้เรียนรู้และนำไปขยายผลต่อได้						
๑๖) จังหวัดในพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษมีฐานข้อมูลและการเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	จังหวัดในพื้นที่ เศรษฐกิจ พิเศษ ๑๐ จังหวัด มีฐานข้อมูลด้าน อนามัย สิ่งแวดล้อม และมีแผน ปฏิบัติการ รองรับการทำงานด้าน	จังหวัดในพื้นที่ เศรษฐกิจ พิเศษ ๑๐ จังหวัด มีระบบ เฝ้าระวัง ด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม	จังหวัดในพื้นที่ เศรษฐกิจ พิเศษ ๑๐ จังหวัด มีระบบ เฝ้าระวัง ด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม	จังหวัดในพื้นที่ เศรษฐกิจ พิเศษ ๑๐ จังหวัด มีระบบ เฝ้าระวัง ด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม	จังหวัดในพื้นที่ เศรษฐกิจ พิเศษ ๑๐ จังหวัด มีระบบ เฝ้าระวัง ด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม	๓. ขับเคลื่อนกลไกการบังคับใช้กฎหมายสาธารณสุข ๔. พัฒนาระบบการบริหาร	๓.๑ สร้างความเข้มแข็งของกลไกในระดับจังหวัดและอำเภอ ๓.๒ พัฒนากฎหมายระดับอนุบัญญัติ ส่งเสริม กำกับ และติดตามการบังคับใช้กฎหมาย ๓.๓ พัฒนาศักยภาพเจ้าพนักงานสาธารณสุขทุกระดับทั้งระดับภูมิภาคและท้องถิ่น ๔.๑ พัฒนาข้อเสนอเพื่อผลักดันเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติเพื่อการขับเคลื่อนงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ๔.๒ พัฒนาวิชาการ องค์ความรู้ รวมถึงชุดข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมและระบบเฝ้าระวัง ๔.๓ พัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ร่วมกับสถาบันการศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ ๓ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ และกลยุทธ์/มาตรการ ของกรมอนามัย (ต่อ)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔		
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ อภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม								
๙. ภาคีเครือข่ายภาคีรัฐร่วมดำเนินการสามารถนำสินค้าและบริการ (Product Champion) ของกรมอนามัยไปดำเนินการพัฒนาเพื่อใช้ประโยชน์อย่างเหมาะสม	๑๓) ภาาีเครือข่ายภาาีรัฐที่นำสินค้าและบริการ (Product Champion) ของกรมอนามัยไปใช้	ร้อยละของ	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๕	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๗๐	๑. เร่งรัดการสร้างภาคี๑.๑ พัฒนากลไกการมีส่วนร่วม (Stakeholder Analysis) ในงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ๑.๒ พัฒนาและวางแผนสร้างการมีส่วนร่วม (Participation) และความร่วมมือ (Collaboration) กับภาคีเครือข่าย ๑.๓ เร่งรัดการสร้างพันธมิตร/ข้อตกลงในการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพ ๒.๑ ส่งเสริมการนำสินค้าและบริการไปใช้ผ่านกระบวนการตลาดทางสังคม (Social Marketing) ๒.๒ พัฒนาระบบบริหารและกลไกการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบ ๒.๓ เร่งรัดให้เกิดการผลิตสินค้าและบริการตามกระบวนการหลักกิจกรรมอนามัย (Core Business Process)

ตารางที่ ๓ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ และกลยุทธ์/มาตรการ ของกรมอนามัย (ต่อ)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔		
	๑๘) พึงพอใจของ ภาคีเครือข่าย ภาครัฐที่ นำสินค้าและ บริการ (Product Champion) ของกรม อนามัยไปใช้	ร้อยละความ ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๙๐	๓. เร่งรัดการสร้างกลไก การเรียนรู้ร่วมกันของ ภาคีเครือข่ายด้านส่งเสริม สุขภาพและอนามัย สิ่งแวดล้อม	๓.๑ เสริมสร้างขีดความสามารถคนและระบบ โดยใช้กลไก การเรียนรู้แลกเปลี่ยน แบ่งปันความรู้และประสบการณ์ เพื่อพัฒนาระดับมาตรฐาน ใช้การเทียบเคียงมาตรฐาน การทำงาน (Benchmarking) ๓.๒ สร้างแนวคิดและมุมมองเชิงยุทธศาสตร์สุขภาพ/ สาธารณสุขให้กับภาคีเครือข่ายในการมีส่วนร่วม รับผิดชอบต่อสังคมด้านสุขภาพในทุกมิติ (Health in All Policies)

ตารางที่ ๓ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ และกลยุทธ์/มาตรการ ของกรมอนามัย (ต่อ)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔		
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ ปฏิรูประบบงานสู่องค์กรที่มีสมรรถนะสูงและมีธรรมาภิบาล								
๑๐. แห่งการ เรียนรู้ (LO)	เป็นองค์กร วิจัย ผลงาน วิชาการ และ นวัตกรรมที่ ถูกนำไปใช้ ประโยชน์	๑๙) ๔ เรื่อง	จำนวน ๘ เรื่อง	อย่างน้อย ๑๒ เรื่อง	อย่างน้อย ๑๖ เรื่อง	อย่างน้อย ๒๐ เรื่อง	อย่างน้อย ขับเคลื่อนองค์กรสู่การเป็น องค์กรแห่งการเรียนรู้	อย่างน้อย ส่งเสริมและสนับสนุนการ ๑. และนักวิจัย (Researcher) นวัตกรรม (Innovator) ผู้นำทางวิชาการ (Academic Leader) รวมทั้งสร้าง บรรยากาศและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ๒. เร่งรัดกลไกการสื่อสาร เผยแพร่ กำกับ ติดตาม และ ประเมินผล งานวิจัยและนวัตกรรม ๓. ส่งเสริมการแสวงหาแหล่งเรียนรู้และแหล่งงบประมาณ เพื่อเร่งรัดและผลักดันการพัฒนางานงานวิจัยและ นวัตกรรม
๑๑. ที่มีสมรรถนะ สูง (HPO)	เป็นองค์กร คุณภาพการ บริหารจัดการ ภาครัฐ (PMQA)	๒๐) (สะสม)	การผ่านเกณฑ์ (สะสม)	๓ หมวด (สะสม)	๔ หมวด (สะสม)	๕ หมวด รับรองตาม ระบบ PMQA ครบทุกหมวด	๖ หมวด ขับเคลื่อนองค์กรสู่การเป็น องค์กรคุณภาพ	ได้รับการ ส่งเสริมและสนับสนุนการ ๑. กำกับ ติดตามและประเมินผลอย่างเข้มข้น โดย เทียบเคียงกับองค์กรที่มีสมรรถนะสูงทั้งในระดับชาติ และระดับนานาชาติ ๒. ส่งเสริมการบริหารและพัฒนากำลังคนของกรมอนามัย (วางแผน พัฒนา รักษากำลังคน) ให้ทำงานบนฐาน ความรู้ ๓. เร่งรัดการปรับเปลี่ยน (Lean) กระบวนการหลัก (Re-process) เพื่อส่งมอบคุณค่าตามภารกิจหลัก (Core Business)

ส่วนที่ 4

แนวทางการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ

การแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นกระบวนการที่จะผลักดันหรือขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้แผนยุทธศาสตร์ให้สามารถบรรลุ ผลสำเร็จและผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้น กรมอนามัยจึงกำหนดกระบวนการแปลงแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) สู่การปฏิบัติ (DoH Strategy Implementation Process) ดังภาพที่ ๑๔

แนวคิดของกระบวนการนำแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ มีดังนี้

๑) กระบวนการนำแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ เริ่มจากการสื่อสารสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและสาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ กลยุทธ์ และมาตรการสำคัญ ผ่านคณะกรรมการขับเคลื่อนการบริหารการเปลี่ยนแปลงด้านวิชาการและพัฒนาองค์ความรู้ ๖ กลุ่ม (กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย, กลุ่มวัยเรียน, กลุ่มวัยรุ่น, กลุ่มวัยทำงาน, กลุ่มวัยสูงอายุ, กลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อม) และคณะกรรมการสนับสนุนการบริหารการเปลี่ยนแปลง ๓ กลุ่ม (ยุทธศาสตร์กำลังคน, การจัดการความรู้ ข้อมูลและการเฝ้าระวัง, การคลังและงบประมาณ) ซึ่งจะสื่อสารต่อไปยังบุคลากรกรมอนามัยทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เพื่อให้ทราบถึงบทบาทความรับผิดชอบของตนที่จะสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนและมีส่วนร่วมในกระบวนการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ โดยมีระบบสนับสนุนต่าง ๆ เช่น ระบบ e-distribution เป็นช่องทางในการสื่อสารและเผยแพร่แผนยุทธศาสตร์ ระบบการจัดการความรู้ ข้อมูลและการเฝ้าระวังที่สนับสนุนการจัดการข้อมูลในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้ภาคีเครือข่าย และประชาชนเข้าถึงข้อมูลได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว รวมทั้งระบบงบประมาณและบุคลากรที่สนับสนุนการดำเนินงาน

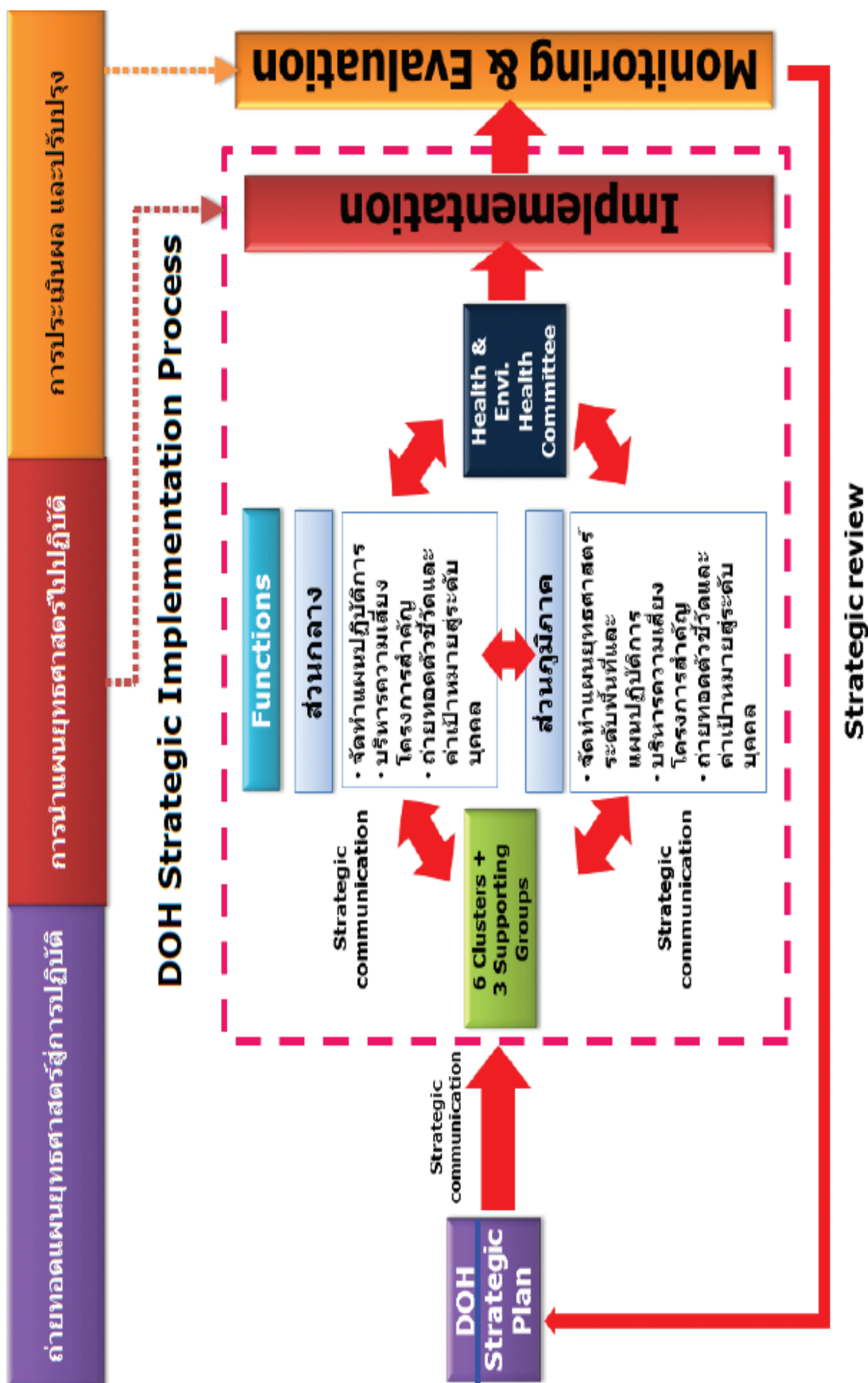
๒) หน่วยงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ของหน่วยงานที่สอดคล้องเชื่อมโยงกันและเป็นไปในทิศทางเดียวกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ โดยส่วนภูมิภาคจะจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับพื้นที่สำหรับใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานแบบบูรณาการในพื้นที่ที่รับผิดชอบด้วย และนำเสนอต่อคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (Health and Environmental Health Committee) ซึ่งอธิบดีกรมอนามัยเป็นประธาน พิจารณาให้ความเห็นชอบและอนุมัติใช้แผนปฏิบัติการ โดยทุกหน่วยงานจะต้องบันทึกรายละเอียดแผนปฏิบัติการในระบบศูนย์ติดตามผลการปฏิบัติงาน กรมอนามัย หรือระบบ

ศูนย์การติดตามผลการปฏิบัติงาน กรมอนามัย (Department Operation Center : DOC) ต่อไป

๓) ทุกหน่วยงานดำเนินการบริหารความเสี่ยงของแผนงาน/โครงการสำคัญในแผนปฏิบัติการตามแนวทางมาตรฐานที่กรมอนามัยกำหนด เพื่อป้องกันและควบคุมความเสี่ยงในด้านต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนและมีผลกระทบต่อความสำเร็จของกรมอนามัย

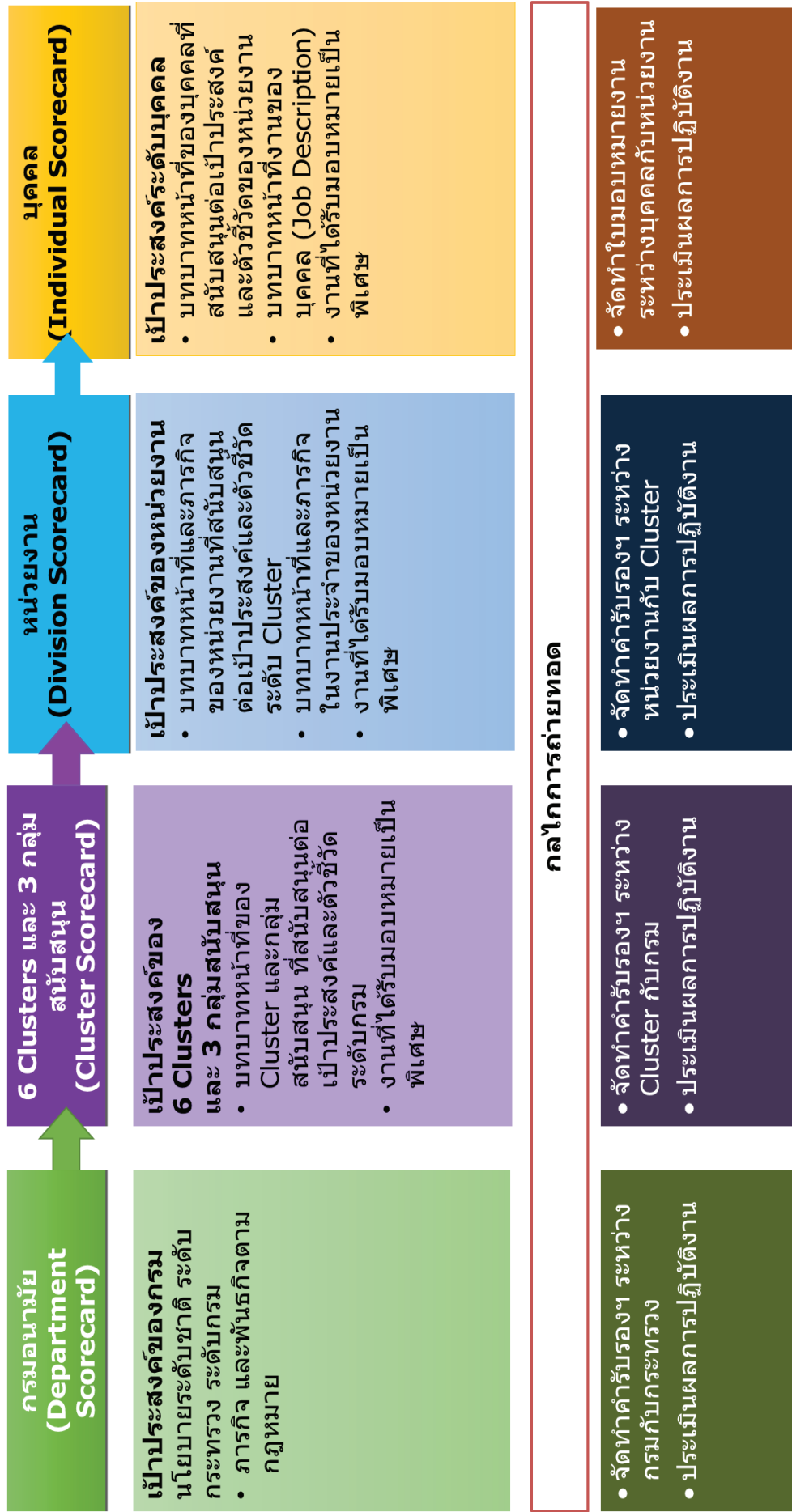
๔) มีการถ่ายระดับหรือการมอบหมายงานแก่บุคลากร เพื่อให้บุคลากรรับรู้และเข้าใจบทบาทของตนเองในการทำให้งานบรรลุผลสำเร็จ โดยกำหนดกรอบแนวทางการถ่ายทอดตัวชี้วัดและเป้าหมายกรมอนามัยสู่ระดับ Cluster ระดับหน่วยงานและระดับบุคคล ดังภาพที่ ๑๕

ทั้งนี้ กรมอนามัยได้จัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategy Map) ขึ้น เพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการแผนยุทธศาสตร์ และสื่อสารให้ภาคีเครือข่าย ผู้ที่มีส่วนได้เสีย และบุคลากร ได้ทราบเพื่อปรับการทำงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีรายละเอียดของแผนยุทธศาสตร์ในมิติต่าง ๆ ดังภาพที่ ๑๖

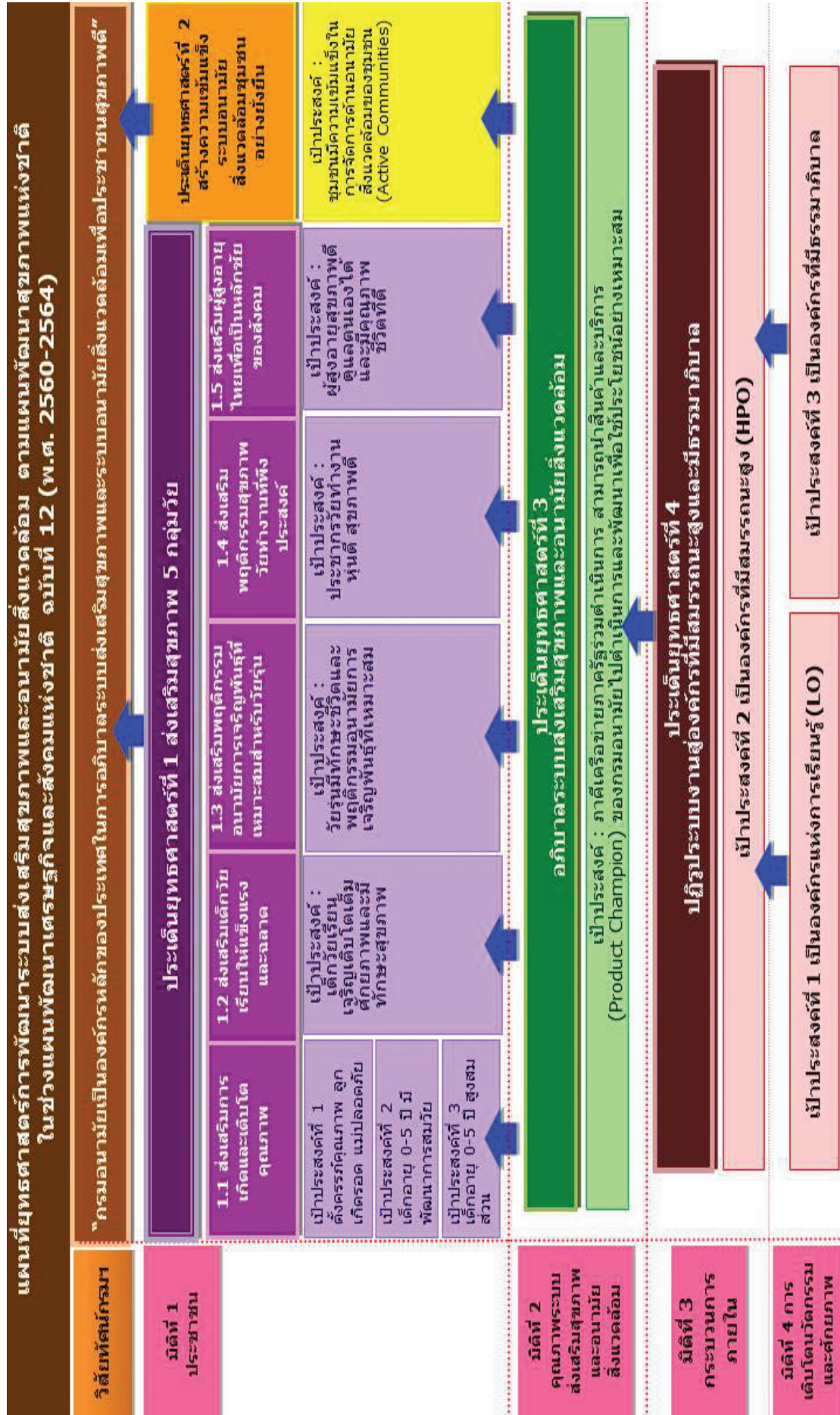


ภาพที่ ๑๕ DoH Strategy Implementation Process

กรอบแนวทางการถ่ายทอดตัวชี้วัดและเป้าหมายกรมอนามัยสู่ระดับ Cluster ระดับหน่วยงานและระดับบุคคล



ภาพที่ ๑๖ กรอบแนวทางการถ่ายทอดตัวชี้วัดและเป้าหมายกรมอนามัยสู่ระดับ Cluster



ภาพที่ ๑๗ แผนที่ยุทธศาสตร์การพัฒนาการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ภายใต้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔)

ส่วนที่ 5

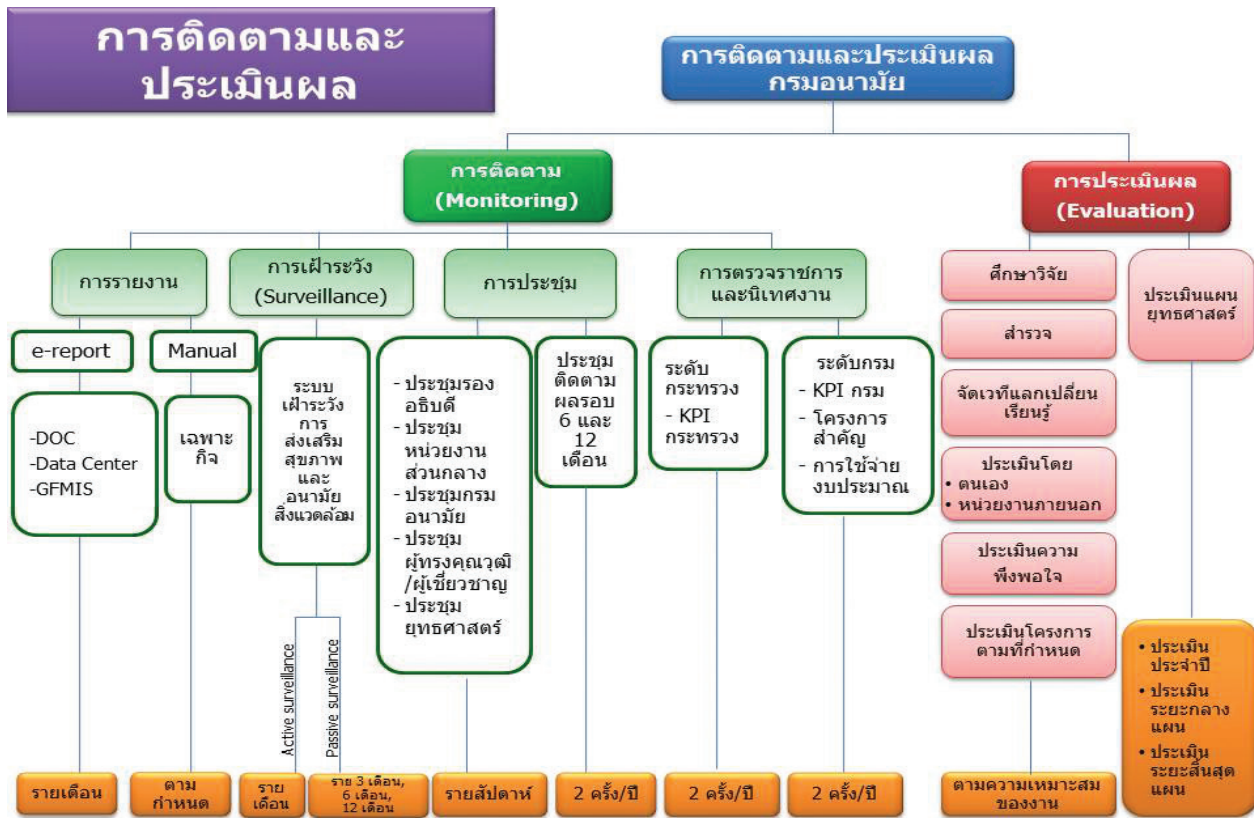
แนวทางการติดตามและประเมินผล

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

การติดตามและประเมินผลจึงมีความสำคัญในการควบคุมกำกับการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ให้บรรลุวิสัยทัศน์เพื่อให้แน่ใจว่าโครงการต่าง ๆ ภายใต้ยุทธศาสตร์นั้นจะก่อให้เกิดผล การปฏิบัติงานที่นำเสนอตัวชี้วัดเป้าประสงค์ได้ตรงตามที่กำหนดไว้เนื่องจากความสำเร็จของแผนยุทธศาสตร์ ขึ้นกับความสำเร็จของโครงการที่ประกอบอยู่ในแต่ละประเด็นยุทธศาสตร์ นอกจากนี้ยังเป็นข้อมูลแสดงให้เห็นว่าโครงการนั้น ๆ บรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดมากน้อยเพียงใดหรือไม่ มีปัจจัยอะไรบ้างที่กระทบต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของ การดำเนินงานซึ่งจะสะท้อนภาพความสำเร็จของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ ในภาพรวม ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จะนำมาเป็นข้อมูลในการจัดทำโครงการของหน่วยงานและเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งของบทวนแผนยุทธศาสตร์ฯ ในปีต่อไป

การติดตามและประเมินผล

ในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด กรมอนามัยกำหนดกรอบแนวทางในการติดตาม และประเมินผล ดังภาพที่ ๑๗



ภาพที่ ๑๘ การติดตามและประเมินผลกรมนามัย

การติดตามผลการดำเนินงาน (Monitoring) วัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติงานตามแผนงาน/โครงการให้มีความครบถ้วน ถูกต้อง ทันสมัย เพื่อประโยชน์ในการควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน รวมทั้งใช้เป็นฐานข้อมูลประกอบการวางแผนในระยะต่อไป จำแนกเป็น ๓ ระบบใหญ่ คือ การรายงาน การประชุม และการตรวจราชการและนิเทศงาน ดังนี้

๑. การรายงานผลการดำเนินงาน

๑.๑) การรายงานผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-report) และออกรายงานที่สนับสนุนการตัดสินใจและการวางแผนของผู้บริหาร ตลอดจนติดตามงานตามภารกิจกรมนามัยได้แก่

- การรายงานผ่านระบบศูนย์ติดตามผลการปฏิบัติงาน กรมนามัย (DOC) เป็นการรายงานข้อมูลแผน/ผลการดำเนินงานงานโครงการ และการใช้จ่ายงบประมาณตามแผนปฏิบัติการให้รายงานข้อมูลภายในวันที่ ๑๕ ของเดือนถัดไป ณ สิ้นไตรมาส

- การรายงานผ่านระบบฐานข้อมูลกลาง กรมนามัย (Data Center) ซึ่งเป็นระบบบริหารข้อมูลของกรมนามัย ที่รวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกกรมนามัย มาใช้งานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพและออกรายงานที่สนับสนุน การตัดสินใจและการวางแผนของผู้บริหาร ตลอดจนติดตามงานตามภารกิจกรมนามัย

- การรายงานผ่านระบบการบริหารงานการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMIS) ใช้สำหรับรายงานการใช้จ่ายงบประมาณ

๑.๒) การรายงานด้วยการกรอกข้อมูล (Manual) ได้แก่ การรายงานความก้าวหน้าโครงการสำคัญกรมอนามัยตามแบบฟอร์มที่กองแผนงานกำหนดให้รายงานข้อมูลภายในวันที่ 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-๕ ปี พัฒนาการสมวัย, ๓) เด็กปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่นสูติสมส่วน, ๔) วัยเรียนเจริญเติบโตเต็มศักยภาพและมีทักษะสุขภาพ, ๕) วัยรุ่นมีทักษะชีวิตและพฤติกรรมอนามัย การเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม, ๖) วัยทำงานหุ่นดี สุขภาพดี, ๗) ผู้สูงอายุสุขภาพดีดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี, ๘) ชุมชนมีความเข้มแข็งในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน โดยมี ๓๖ 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 ซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ใช้องค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ที่สอดคล้องกับพฤติกรรมกลุ่มวัย เพื่อให้ประชาชนกลุ่มปกติมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองและชุมชนให้อยู่ในระดับสูงสุด

๒. กลุ่มเสี่ยง (Risk) ใช้มาตรการ Elimination and Risk Reduction เป็นมาตรการที่ร่วมมือกันทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องดำเนินการกำจัดหรือลดความรุนแรงของ ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ การเกิดโรคและสิ่งแวดล้อม รวมถึงการคัดกรองโรค เพื่อที่จะให้การวินิจฉัยได้ตั้งแต่วัยแรก (Early Diagnosis) เพื่อให้การรักษาหรือส่งต่อได้อย่างรวดเร็ว (Prompt Treatment)

๓. กลุ่มป่วย (Ill) ใช้มาตรการ Maintain and Improve เพื่อดูแลระดับประคองให้สถานะและสถานการณ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อมไม่เลวลงหรือดีขึ้น

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

๓. การประชุม

๓.๑) การประชุมกรมอนามัย ซึ่งอธิบดีกรมอนามัยเป็นประธาน

- การประชุมรองอธิบดีกรมอนามัย ทุกสัปดาห์

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

๓.๒) การประชุมติดตามผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน และ ๑๒ เดือน

๔. การตรวจราชการและนิเทศงาน ทั้งในระดับกระทรวงและระดับกรมจำนวน ๔ ครั้ง โดยจัดไตรมาสละ ๑ ครั้ง

ทั้งนี้ ให้มีการติดตาม ควบคุม กำกับ การดำเนินงานให้เป็นไปตามระยะเวลาและเป้าหมาย การดำเนินงาน ตลอดจนประเมินปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดมาตรการ และแนวทางการแก้ไขปัญหา เพื่อให้งานมีความก้าวหน้าและบรรลุผลสำเร็จตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

การประเมินผลการดำเนินงาน (Evaluation)

๑. เปรียบเทียบผลที่ได้จากการดำเนินงานตามเกณฑ์หรือมาตรฐานที่ตั้งไว้ โดยเก็บรวบรวม ข้อมูลเชิงปริมาณจากระบบรายงาน และเชิงคุณภาพจากการศึกษาวิจัย การสำรวจ การจัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ การประเมินตนเอง การประเมินโดยหน่วยงานภายนอก การประเมินความพึงพอใจต่าง ๆ และ การประเมินโครงการสำคัญของกรมอนามัย

๒. ประเมินผลสำเร็จและผลกระทบของการพัฒนางาน ตามกรอบทิศทาง แผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ เป็นระยะ ดังนี้

๒.๑) ประเมินผลประจำปี โดยจัดทำเป็นรายงานความก้าวหน้าและรายงานผลการดำเนินงาน ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ และเผยแพร่รายงาน ผ่านเวทีการสัมมนาประเมินผลการดำเนินงานระยะ ๖ เดือน และระยะ ๑ ปี

๒.๒) ประเมินผลระยะกลางแผนฯ โดยประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ รวมทั้ง ผู้เชี่ยวชาญ/นักวิชาการจากหน่วยงานภายนอก เพื่อประเมินผลภาพรวมของการพัฒนางานตามกรอบ ทิศทางการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบ ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ ทั้งในเชิงปริมาณและในเชิงคุณภาพ เพื่อนำผลการประเมินมา ใช้ในการทบทวนกรอบทิศทางฯ และแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัย สิ่งแวดล้อมฯ พร้อมทั้งปรับปรุงการดำเนินงานในช่วงแผนฯ ต่อไป

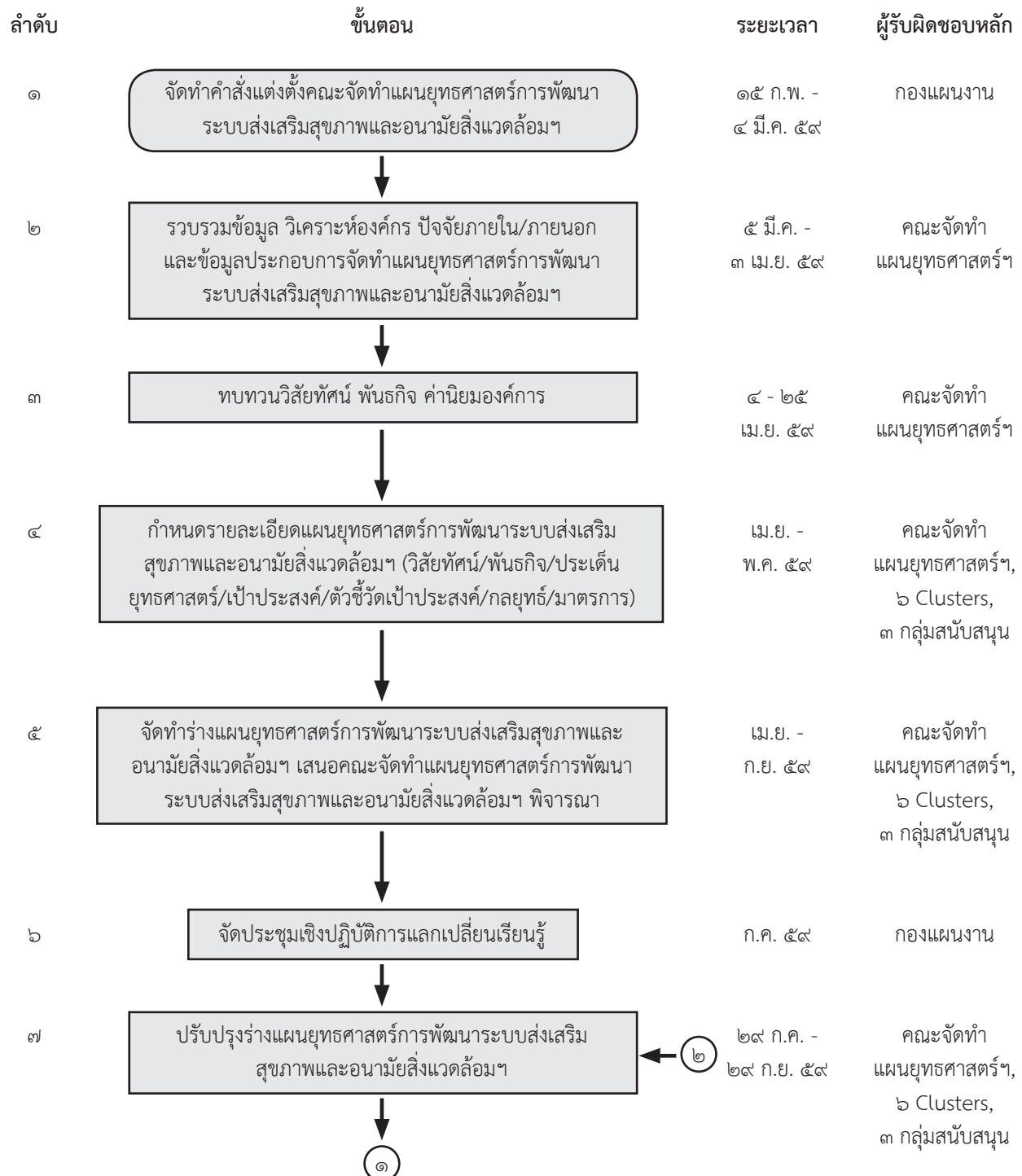
๒.๓) ประเมินผลระยะสิ้นสุดแผนฯ โดยผู้เชี่ยวชาญ/นักวิชาการจากหน่วยงานภายนอก เพื่อ ประเมินผลสำเร็จ ผลลัพธ์ และผลกระทบของแผนยุทธศาสตร์ระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัย สิ่งแวดล้อม สำหรับใช้เป็นปัจจัยนำเข้าในการกำหนดทิศทางนโยบายและยุทธศาสตร์ในอนาคต

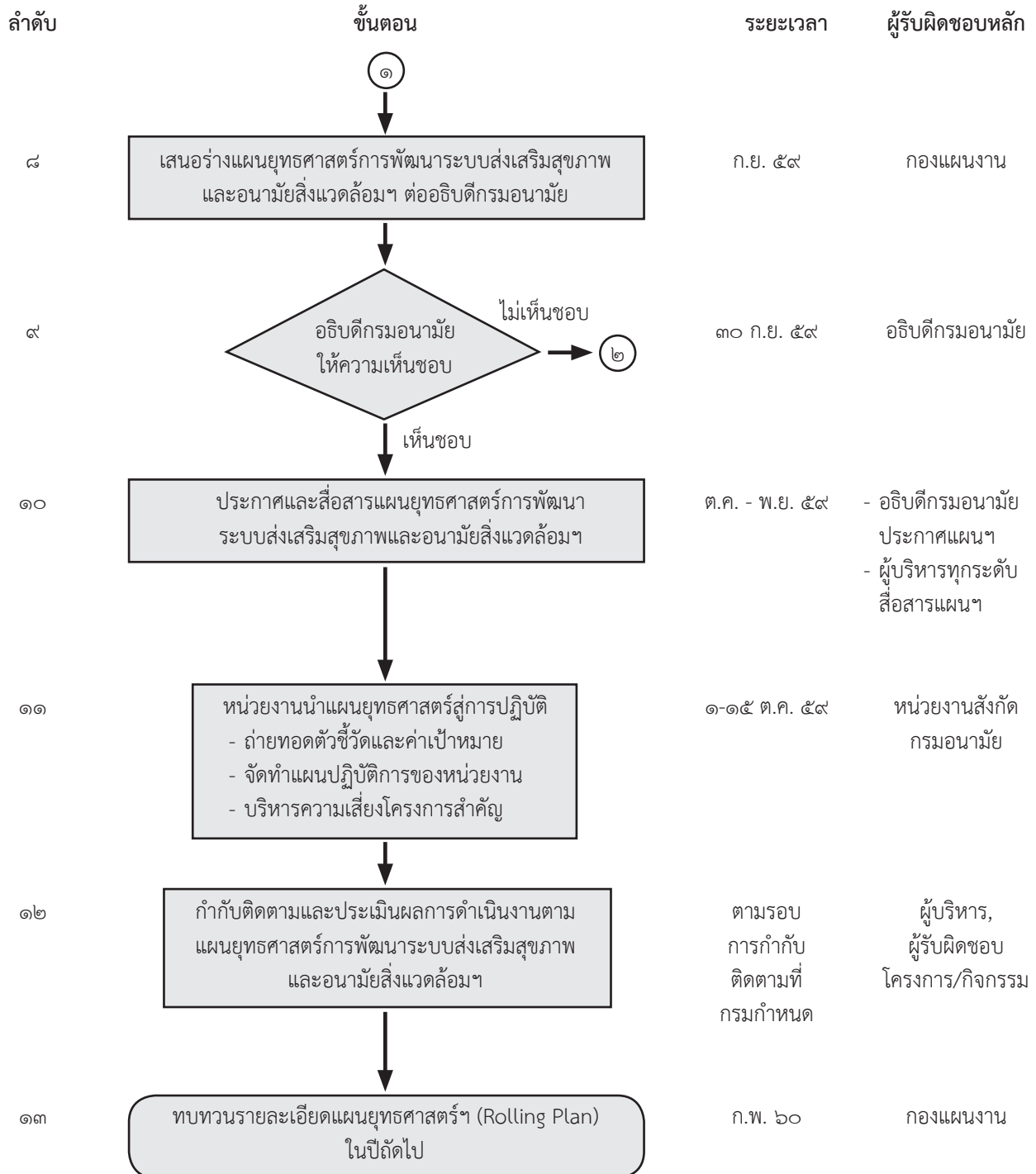
ภาคผนวก

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1

ขั้นตอนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔)





ภาคผนวก 2

คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและ อนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564)



คำสั่งกรมอนามัย

ที่ ๓๔๕/๒๕๕๙

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒

พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔

อนุสนธิคำสั่งกรมอนามัยที่ ๒๐๕/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๕๙ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ นั้น

เพื่อให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ๒๐๕/๒๕๕๙ และแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ โดยมีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑. คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 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 วงษ์ศุทธิภากร)	รองประธาน
๑.๑.๔	รองอธิบดีกรมอนามัย (นายสุธา เจียรณณ์โชติชัย)	รองประธาน
๑.๑.๕	รองอธิบดีกรมอนามัย (นายदनัย ชีวันดา)	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	ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนานามัยเด็กแห่งชาติ	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
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	นางณิรุษ อาภาจรัส สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ ๓
๑.๒	อำนาจหน้าที่	
๑.๒.๑	กำหนดนโยบายและกรอบแนวทางการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพ และอนามัย สิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔	
๑.๒.๒	กำกับ ดูแล เสนอแนะและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริม สุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ	
๑.๒.๓	สนับสนุนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ	
๑.๒.๔	แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงานตามความเหมาะสม	
๒.	คณะทำงานจัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามแผนพัฒนาสุขภาพ แห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔	
๒.๒	องค์ประกอบ	
๒.๒.๑	รองอธิบดีกรมอนามัย (นางธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์)	ประธาน
๒.๒.๒	ผู้อำนวยการกองแผนงาน	รองประธาน
๒.๒.๓	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่	คณะทำงาน
๒.๒.๔	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๔ สระบุรี	คณะทำงาน
๒.๒.๕	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๖ ชลบุรี	คณะทำงาน
๒.๒.๖	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี	คณะทำงาน
๒.๒.๗	นายแพทย์ธีรชัย บุญยะสิทธิ์พรณ	สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ คณะทำงาน
๒.๒.๘	นางสาวพิริยา วัฒนารุ่งกานต์	สำนักส่งเสริมสุขภาพ คณะทำงาน
๒.๒.๙	นางสาววรางคณา เวชวิธ	สำนักทันตสาธารณสุข คณะทำงาน
๒.๒.๑๐	นางณัฐวรรณ เขาวนลิลิตกุล	สำนักโภชนาการ คณะทำงาน
๒.๒.๑๑	นางวิมล บ้านพวน	สำนักอนามัยผู้สูงอายุ คณะทำงาน
๒.๒.๑๒	นางณิรุษ อาภาจรัส	สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะทำงาน
๒.๒.๑๓	นางจิรพรพรณ พรหมลิขิตชัย	สำนักสุขภาพอาหารและน้ำ คณะทำงาน

๒.๑.๑๔ นายฐิติกร โคโตร์ไทย	กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	คณะกรรมการ
๒.๑.๑๕ นางสาวกานดา พัดพาดิ	กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ	คณะกรรมการ
๒.๑.๑๖ นางสาวรณนา จีระโกศล	ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข	คณะกรรมการ
๒.๑.๑๗ นางวิมล โรมา	สำนักงานบริหารการเปลี่ยนแปลง	คณะกรรมการ
๒.๑.๑๘ นางนัทธ์หทัย ไตรรัตน์	กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	คณะกรรมการ
๒.๑.๑๙ นางสาวตรุณี อ้นขวัญเมือง	กองการเจ้าหน้าที่	คณะกรรมการ
๒.๑.๒๐ นางจารุมน บุญสิงห์	สำนักความร่วมมือระหว่างประเทศ	คณะกรรมการ
๒.๑.๒๑ นายธวัชชัย บุญเกิด	กองแผนงาน	คณะกรรมการ
๒.๑.๒๒ นางกุลนันท์ แสนคำ	กองแผนงาน	คณะกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ ๑
๒.๑.๒๓ นางปภาวี ไชยรักษ์	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์	คณะกรรมการและ 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 ต่อคณะอนุกรรมการฯ
- ๒.๒.๔ ดำเนินการอื่นใดที่เกี่ยวข้องตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๙



(นายวัชร เพ็ญจันทร์)
อธิบดีกรมอนามัย

ภาคผนวก 3

คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการบริหารการเปลี่ยนแปลงด้านวิชาการและพัฒนา องค์ความรู้ 6 กลุ่ม และคณะกรรมการสนับสนุนการบริหารการเปลี่ยนแปลง 3 กลุ่ม (เพิ่มเติม)



คำสั่งกรมอนามัย

ที่ ๓๔๑/๒๕๕๙

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการบริหารการเปลี่ยนแปลงด้านวิชาการและพัฒนาองค์ความรู้ ๖ กลุ่ม
และคณะกรรมการสนับสนุนการบริหารการเปลี่ยนแปลง ๓ กลุ่ม (เพิ่มเติม)

เพื่อให้การบริหารจัดการภายในของกรมอนามัยเกิดการขับเคลื่อนปรับเปลี่ยนภายในองค์กร บรรลุตามวัตถุประสงค์ และ
ตอบสนองภารกิจการปฏิบัติระบบการสาธารณสุขของประเทศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๓ และมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔
และที่แก้ไขเพิ่มเติม พระราชกฤษฎีกาการเปลี่ยนแปลงด้านวิชาการและพัฒนาองค์ความรู้ ๖ กลุ่ม และคณะกรรมการสนับสนุนการ
บริหารการเปลี่ยนแปลง 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)		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 ลีละศิริ	สำนักทันตสาธารณสุข	กรรมการ
๑๑. นายปิยะ ปุริโส	สำนักโภชนาการ	กรรมการ
๑๒. นางฐาปะณี คงรุ่งเรือง	กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	กรรมการ
๑๓. นางกุลนันท์ แสนคำ	กองแผนงาน	กรรมการ
๑๔. นายสราวุฒิ บุญสุข	ปฏิบัติราชการที่สำนักส่งเสริมสุขภาพ	กรรมการและเลขานุการ
๑๕. นายบุญฤทธิ์ สุขรัตน์	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์	กรรมการและเลขานุการ
๑๖. นางฉวีวรรณ เขาวนัลลิตกุล	สำนักโภชนาการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๗. นางฉวีวรรณ ดันพุดชา	สำนักส่งเสริมสุขภาพ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

กลุ่มที่ ๒ กลุ่มวัยเรียน

๑. รองอธิบดีกรมอนามัย (นายณัฐพร วงษ์ศุทธิภากร)		ประธาน
๒. ผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ		รองประธาน
๓. ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ		รองประธาน
๔. รก.ทันตแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านทันตสาธารณสุข) (นางสุปราณี ดาโลดม)		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 ประเสริฐธรรม	สำนักทันตสาธารณสุข	กรรมการ
๑๑. นางนภัสภกช ศุภพิชน์	กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	กรรมการ
๑๒. นางสาวละมัย มั่นคง	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์	กรรมการ
๑๓. นางสาวชนัญญา เลิศสุโขทัย	สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ	กรรมการ
๑๔. นางปริญญ์ บุณยะภักดิ์	สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
๑๕. นายอนุกิจ พุทธธร	กองแผนงาน	กรรมการ
๑๖. นางสาวพรวิภา ดาวดวง	สำนักโภชนาการ	กรรมการและเลขานุการ
๑๗. นางปนัดดา จันทวงศ์	สำนักส่งเสริมสุขภาพ	กรรมการและเลขานุการ

กลุ่มที่ ๓ กลุ่มวัยรุ่น

๑. รองอธิบดีกรมอนามัย (นายธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์)		ประธาน
๒. ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์		รองประธาน
๓. ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ		รองประธาน
๔. รก.นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ (ด้านสุขาภิบาล)		กรรมการ
๕. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๔ (จังหวัดสระบุรี)		กรรมการ
๖. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๕ (จังหวัดราชบุรี)		กรรมการ
๗. นางประกายดาว พรหมประพัฒน์	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์	กรรมการ
๘. ว่าที่ร้อยตรีภัทรพงศ์ ชูเดช	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์	กรรมการ
๙. นางสาวจิราพร ชิตดี	สำนักทันตสาธารณสุข	กรรมการ
๑๐. นายฐิติกร โตโพธิ์ไทย	กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	กรรมการ
๑๑. นางสาวรัตนวดี พึ่งคำ	สำนักโภชนาการ	กรรมการ
๑๒. นางสาวใจรัก ลอยสงเคราะห์	สำนักโภชนาการ	กรรมการ
๑๓. นางสาวปิยะวรรณ กลิ่นสุคนธ์	สำนักส่งเสริมสุขภาพ	กรรมการ
๑๔. นางสาวชุตีวรรณ นพวิสิทธิ์สกุล	กองแผนงาน	กรรมการ
๑๕. นายบุญฤทธิ์ สุจริต	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์	กรรมการและเลขานุการ
๑๖. นายกิตติ ลาภสมบัติศิริ	สำนักส่งเสริมสุขภาพ	กรรมการและเลขานุการ
๑๗. นางสาวบุษกร แสงแก้ว	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๘. นางสาวพาริศา เม้าะสนิ	สำนักส่งเสริมสุขภาพ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

กลุ่มที่ ๔ กลุ่มวัยทำงาน

๑. รองอธิบดีกรมอนามัย (นายสุธา เจียรณโชติชัย)		ประธาน
๒. ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ		รองประธาน
๓. ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข		รองประธาน
๔. นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ (ด้านส่งเสริมสุขภาพ) (นายจรัญ จักรवालชัยศรี)		กรรมการ
๕. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑๐ (จังหวัดอุบลราชธานี)		กรรมการ
๖. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑๑ (จังหวัดศรีธรรมราช)		กรรมการ
๗. หัวหน้ากลุ่มอนามัยวัยทำงาน		กรรมการ
๘. นางสาวภาณี หงษ์สุวรรณ	สำนักส่งเสริมสุขภาพ	กรรมการ
๙. นางสาวนพวรรณ โพชนุกูล	สำนักทันตสาธารณสุข	กรรมการ
๑๐. นางกุลพร สุขมาตระกูล	สำนักโภชนาการ	กรรมการ
๑๑. นางสาวณัฐนิช อินทร์ขำ	สำนักโภชนาการ	กรรมการ
๑๒. นางนงพะงา ศิวนาวัฒน์	กองออกกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	กรรมการ
๑๓. นางศรีอรุณ สุขเจริญ	สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
๑๔. นายตุลย์วัฒน์ มาป้อง	กองแผนงาน	กรรมการ
๑๕. นางสาวศศิพร ดัชชนานุสรณ์	สำนักส่งเสริมสุขภาพ	กรรมการและเลขานุการ
๑๖. นางบังอร สุภาเกตุ	สำนักส่งเสริมสุขภาพ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๗. นางพัชรินทร์ กลสิบุตร	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. นางสาวปรีญา จันทรงค์	สำนักอนามัยผู้สูงอายุ	กรรมการ
๙. นางสาววีระวัลย์ กรมงคลลักษณ์	สำนักโภชนาการ	กรรมการ
๑๐. นางสาวทิพรดี คงสุวรรณ	สำนักโภชนาการ	กรรมการ
๑๑. นายพงศธร จินตกานนท์	สำนักทันตสาธารณสุข	กรรมการ
๑๒. ร้อยโทหญิงณิชาธิ์ ภูมิจิตราพัฒน์	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์	กรรมการ
๑๓. นางสาวสุพิชชา วงศ์จันทร์	กองออกกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	กรรมการ
๑๔. นางสาวปริญญ์ ใหม้เจริญศรี	สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
๑๕. นางนุชนารถ รักประเสริฐ	กองแผนงาน	กรรมการ
๑๖. นางวิมล บ้านพวน	สำนักอนามัยผู้สูงอายุ	กรรมการและเลขานุการ
๑๗. นางสาวรางคนา เวชวิธ	สำนักทันตสาธารณสุข	กรรมการและเลขานุการ

กลุ่มที่ ๖ กลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อม

๑. รองอธิบดีกรมอนามัย (นายดนัย ธีวันดา)		ประธาน
๒. ผู้อำนวยการสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม		รองประธาน
๓. ผู้อำนวยการกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ		รองประธาน
๔. รก.นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ (ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม) (นางสาวลีลา นุช สุเทพารักษ์)		กรรมการ
๕. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑ (จังหวัดเชียงใหม่)		กรรมการ
๖. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๖ (จังหวัดชลบุรี)		กรรมการ
๗. นางนภวรรณ นันทพงษ์	สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ	กรรมการ
๘. นายวิโรจน์ วัชรเกียรติศักดิ์	สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ	กรรมการ
๙. นางสาวรณมา จิโรคกุล	ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข	กรรมการ
๑๐. นางสาววิภา รุจิณากุล	ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข	กรรมการ
๑๑. นางวิกุล วิศาลเสถียร	สำนักทันตสาธารณสุข	กรรมการ
๑๒. นางสาวพรชนิ มหาชานิกะ	สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
๑๓. นางปรียานุช บุรณะภักดี	สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
๑๔. นางสาวพนิดา เจริญสุข	กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ	กรรมการ
๑๕. นางสาววิชุดา สมัยนิยม	กองแผนงาน	กรรมการ
๑๖. นางสาวกานดา พัดพาดี	กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ	กรรมการและเลขานุการ
๑๗. นางณิรณัฐ อาภาจรัส	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) (นายจรัญ จักรवालชัยศรี)		กรรมการ
๔. รก.นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ (ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม) (นางสาวลีลา นุช 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. นางสาวตรุณี อ้นขวัญเมือง	กองการเจ้าหน้าที่	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๓. นางปริญญญา สิทธิพร	กองการเจ้าหน้าที่	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๔. นางธีรารณ ไซยศิริวัฒนกุล	กองแผนงาน	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๕. นางนุชนารถ รักประเสริฐ	กองแผนงาน	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

กลุ่ม ๒ คณะกรรมการบูรณาการจัดการความรู้ ข้อมูลและการเฝ้าระวัง (KM & IT Surveillance)

๑. รองอธิบดีกรมอนามัย (นายธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์)		ประธาน
๒. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๕ (จังหวัดราชบุรี)		รองประธาน
๓. รก.นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ (ด้านส่งเสริมสุขภาพ) (นายชัยพร พรหมสิงห์)		กรรมการ
๔. รก.ทันตแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ (ด้านทันตสาธารณสุข) (นางสุปราณี ดาโลดม)		กรรมการ
๕. รก.นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ (ด้านสุขาภิบาล) (นางวีระวรรณ ถิ่นยืนยง)		กรรมการ
๖. ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์		กรรมการ
๗. ผู้อำนวยการกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ		กรรมการ
๘. ผู้อำนวยการสำนักสร้างและจัดการความรู้		กรรมการ
๙. ผู้อำนวยการกองแผนงาน		กรรมการ
๑๐. นางปิยะดา ประเสริฐสม	สำนักทันตสาธารณสุข	กรรมการ
๑๑. ผู้อำนวยการสำนักบริหารการเปลี่ยนแปลง		กรรมการและเลขานุการ
๑๒. นายรัชชัย 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)		กรรมการ
๖. รก.ทันตแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ (ด้านทันตสาธารณสุข) (นางสุปราณี ดาโลดม)		กรรมการ
๗. ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ		กรรมการ
๘. ผู้อำนวยการกลุ่มตรวจสอบภายใน		กรรมการ
๙. นางสาวเพ็ญแข ลาภยั้ง	สำนักทันตสาธารณสุข	กรรมการ
๑๐. นางเกษร ศุภกุลธาดาศิริ	กองคลัง	กรรมการและเลขานุการ
๑๑. นางจารุทัศน์ ตั้งเกียรติชัย	กองแผนงาน	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๒. นางณิรนา อมาจรัส	สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

- กำหนดแนวทางให้บริการจัดการคร่อมและข้ามสายงานเพื่อสนับสนุนให้เกิดกลไกพัฒนาระบบการทำงานในส่วนกลางที่มุ่งเน้นบูรณาการด้านส่งเสริมสุขภาพ ๕ กลุ่มวัยและด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และ ๓ กลุ่ม (HR, Finance, KM & IT & Surveillance) อย่างมีรูปธรรม
- ดำเนินการตามแผนบริหารการเปลี่ยนแปลง (Blueprint for Change & Action Plan for Change) Cluster ๓ กลุ่ม และรายหน่วยงาน) ที่เสนอต่อกรมอนามัยให้บรรลุผลอย่างมีประสิทธิภาพ
- กำกับ ดูแล ติดตามและรายงานผลการดำเนินงาน
- แต่งตั้งคณะกรรมการ หรือคณะทำงานเพื่อช่วยปฏิบัติงานตามที่เห็นสมควร
- ดำเนินการอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

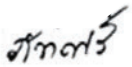
สั่ง ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

(ลงชื่อ) วชิระ เพ็งจันทร์

(นายวชิระ เพ็งจันทร์)

อธิบดีกรมอนามัย

สำเนาถูกต้อง



(นางภัทรี ศรีประภากรณ)

นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ

กรมอนามัย

๔ เมษายน ๒๕๕๙

ภาคผนวก 4

คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์และคณะจัดทำแผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย



คำสั่งกรมอนามัย

ที่ ๑๐๖๙/๒๕๕๘

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์และคณะทำงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย

ตามที่คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้มีการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนการพัฒนาการประเทศสู่เป้าหมาย “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
๑.๑.๓	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านส่งเสริมสุขภาพ)	กรรมการ
๑.๑.๔	นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ (ด้านส่งเสริมสุขภาพ)	กรรมการ
๑.๑.๕	นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ (ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม)	กรรมการ
๑.๑.๖	นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ (ด้านสุขภาพ)	กรรมการ
๑.๑.๗	นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ (ด้านโภชนาการ)	กรรมการ
๑.๑.๘	ทันตแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านทันตสาธารณสุข)	กรรมการ
๑.๑.๙	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
๑.๑.๑๐	ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๑.๑๑	ผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ	กรรมการ
๑.๑.๑๕	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์	กรรมการ
๑.๑.๑๖	ผู้อำนวยการสำนักสุขภาพอาหารและน้ำ	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
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	นางณิรุษ อาภาจรีส สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ ๓

๑.๒ อำนาจหน้าที่

๑.๒.๑ กำหนดนโยบายและกรอบแนวทางการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
๑.๒.๒ กำกับดูแล เสนอแนะ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การบูรณาการ การกำหนดเป้าหมาย และการจัดลำดับความสำคัญของการพัฒนาต่างๆ รวมทั้งกำหนดตัวชี้วัดและระยะเวลาของการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย

๑.๒.๓ สนับสนุนการติดตาม ประเมินความสอดคล้อง และประเมินผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย

๑.๒.๔ แต่งตั้งคณะกรรมการ หรือคณะทำงานตามความเหมาะสม

๒. คณะทำงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย

๒.๑.๑	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๙ 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
๒.๑.๘	นางกอบกาญจน์ มัทธโน	สำนักโภชนาการ
๒.๑.๙	นางสาวพิริยา วัฒนารุ่งกานต์	สำนักส่งเสริมสุขภาพ
๒.๑.๑๐	นางสาวปิยะวรรณ กลิ่นสุคนธ์	สำนักส่งเสริมสุขภาพ
๒.๑.๑๑	นางสาวสุพรรณิ สุคันธรานิล	สำนักทันตสาธารณสุข
๒.๑.๑๒	นางสาวรัตนภรณ์ มั่นคง	สำนักทันตสาธารณสุข
๒.๑.๑๓	ดร.แพทย์หญิงสายพิน โชติวเชียร	สำนักโภชนาการ
๒.๑.๑๔	นางปภาวิ ไชยรักษ์	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
๒.๑.๑๕	นางวิมล บ้านพวน	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
๒.๑.๑๖	นายแพทย์รัฐดิกร โตโพธิ์ไทย	กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ
๒.๑.๑๗	นางจิรพรรณ พรหมลิขิตชัย	สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ
๒.๑.๑๘	นางสุกานดา พัดพาดี	กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ
๒.๑.๒๐	นางสุวรรณา จีระโกศล	ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข
๒.๑.๒๑	นางกุลนันท์ แสนคำ	กองแผนงาน
๒.๑.๒๒	ผู้อำนวยการกองแผนงาน	คณะทำงานและเลขานุการ ๑
๒.๑.๒๓	ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	คณะทำงานและเลขานุการ ๒
๒.๑.๒๔	นางวิมล โรมา กองแผนงาน	คณะทำงานและเลขานุการ ๓

๒.๑.๒๕ แพทย์หญิงชมพูนุท โตโพธิ์ไทย

สำนักส่งเสริมสุขภาพ

คณะทำงานและเลขานุการ ๒

๒.๑.๒๖ นางณิรณัฐ อภาจารัส

สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม

คณะทำงานและเลขานุการ ๓

๒.๒ อำนาจหน้าที่

๒.๒.๑ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลประกอบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย

๒.๒.๒ ทบทวน ปรับปรุงและจัดทำ (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย เสนอต่อคณะกรรมการฯ

๒.๒.๓ ติดตาม ประเมินผลความสอดคล้อง และประเมินผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์กรม
อนามัยให้เป็นไปตามกรอบระยะเวลาที่กำหนด

๒.๒.๔ พัฒนากลไกและวิธีปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมในการส่งเสริม สนับสนุน ติดตาม ตรวจสอบ และการดำเนินงาน
ตามแผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย

๒.๒.๕ ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่คณะกรรมการฯ มอบหมาย

ทั้งนี้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๓ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๙



(นายวชิระ เพ็งจันทร์)

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: การสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย 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.มณีนันท์ อีระวิวัฒน์. (๒๕๕๘). สุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ : ความแตกต่างที่ไม่แตกแยก. *การประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ 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 ด้านอนามัย
และสิ่งแวดล้อม*. เรียกใช้เมื่อ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๕๙ จาก [www.parliament.go.th/news/
news_detail.php?prid=๙๑๗๘๘](http://www.parliament.go.th/news/news_detail.php?prid=๙๑๗๘๘)

สรารุณี 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/cons_๒๐๑๖.pdf](http://www.ect.go.th/th/wp-content/uploads/๒๐๑๖/๐๔/cons_๒๐๑๖.pdf)

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (๒๕๕๐). *ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง*.
เรียกใช้เมื่อ ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๕๙ จาก [http://www.nesdb.go.th/download/article/
article_๒๐๑๕๐๗๒๗๑๗๑๗๕๘.pdf](http://www.nesdb.go.th/download/article/article_๒๐๑๕๐๗๒๗๑๗๑๗๕๘.pdf)

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (๑๒ กันยายน ๒๕๕๗). *คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี
พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา*. เรียกใช้เมื่อ ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๕๙ จาก [http://www.opdc.
go.th/Law/File_download/law๑๙๙๕๗.pdf](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 เชื่อมโยง
เศรษฐกิจไทยสู่โลก*. เรียกใช้เมื่อ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๙ จาก [https://th-th.facebook.com/
drsuvitpage/posts/๑๓๙๖๓๐๖๗๒๔๐๐๙๓๘๗](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
\(กรมอนามัย, ๒๕๕๓\)](http://www.tgo.or.th/๒๐๑๕/thai/content.php?s๑=๙&s๒=๓๐(กรมอนามัย, ๒๕๕๓))

แผนยุทธศาสตร์

**การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)**



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH