

ร่างแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย (Thailand Healthy Lifestyle Strategic Plan) พ.ศ.2550-2559

ร่างแผนฯ ฉบับนี้ ได้จัดทำขึ้นเป็นแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติเพื่อใช้เป็นกรอบ
ชี้ทิศทางการพัฒนาในการสร้างวิถีชีวิตพอเพียงของคนไทย เป็นวิถีชีวิตที่ลดเสี่ยง ลดโรค
ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการตาย และลดภาระค่าใช้จ่ายจากโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของ
ประเทศ คือโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และ
โรคมะเร็ง

การจัดทำร่างแผนที่ผ่านมาได้ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายทุกภาค
ส่วน และขณะนี้อยู่ระหว่างการปรับร่างแผนฯ ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ควบคู่ไปกับการ
ขับเคลื่อนสู่การจัดทำแผนปฏิบัติการและแผนปฏิบัติการรองรับ ทั้งนี้เพื่อนำเสนอต่อ
คณะกรรมการอำนวยการฯ และคณะกรรมการดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อ
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบตามลำดับต่อไป

หากท่านมีข้อคิดเห็น ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ และต้องการเป็นเครือข่ายร่วมพลัง
ขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติการให้บังเกิดผลสัมฤทธิ์ตามที่ได้กำหนดไว้ ขอให้โปรดติดต่อผ่าน
ผู้ประสานงานที่เกี่ยวข้องตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง
ที่ได้ให้ความร่วมมือด้วยดีมา ณ โอกาสนี้

การติดต่อประสานงาน “ยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย”

- ภาพรวม : สุมาภรณ์ แซ่ลิ้ม สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง สธ.
โทร/โทรสาร 02 590 2348 E-mail: sumaporn@health.moph.go.th
- ยุทธศาสตร์ 1 : นโยบายสาธารณสุขสร้างสุข
วนิชา กิจวรพัฒน์ กองโภชนาการ กรมอนามัย
โทร 02 590 4327 มือถือ 089 551 0113 E-mail: wanicha.kitvorapat@yahoo.co.th
- ยุทธศาสตร์ 2 : การขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะ
วิรุณศิริ อารยวงศ์ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ
โทร 02 590 1534 โทรสาร 02 590 1530, 1546 มือถือ 089 776 4055
E-mail: viroonsiri@gmail.com
- ยุทธศาสตร์ 3 : การพัฒนาศักยภาพชุมชน
จურიพร คงประเสริฐ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
โทร 02 590 3987 โทรสาร 02 590 3988 มือถือ 081 341 5408 E-mail: jurekong@hotmail.com
- ยุทธศาสตร์ 4 : 4.1 การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง
ศุภวรรณ มโนสุนทร ศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
โทร 02 590 3962-4 โทรสาร 02 590 3964
มือถือ 081 597 4870 E-mail: supawan@health.moph.go.th
4.2 การพัฒนาระบบการจัดการโรค
บุปผา ป่าแดง สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์
โทร 02 590 6395-96 โทรสาร 02 965 9844
มือถือ 081 935 1254 E-mail: buppa pardang<leklop@yahoo.com
- ยุทธศาสตร์ 5 : การสร้างความเข้มแข็งของระบบสนับสนุนยุทธศาสตร์
อินทิตรา ปัทมินทร สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
โทร 02 590 8580 โทรสาร 02 951 1384 มือถือ 081 456 0632
E-mail: padmindr@health.moph.go.th

ร่าง

แผนยุทธศาสตร์ สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย

(Thailand Healthy Lifestyle Strategic Plan)
พ.ศ. 2550 – 2559

คณะกรรมการอำนวยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
คณะกรรมการดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง



สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ



กระทรวงสาธารณสุข



สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

(เอกสารประกอบการประชุมกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 11/2550 วันที่ 20 ธันวาคม 2550)

คำนำ

จากการเผชิญกับกระแสโลกาภิวัตน์ระบบทุนนิยมที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทางวัตถุ เอาเงินเป็นตัวตั้ง ก่อให้เกิดความเสื่อมถอยและล่มสลายของสถาบันครอบครัว สถาบันทางสังคม การดำเนินธุรกิจที่ขาดความรับผิดชอบ เกิดค่านิยม วัฒนธรรม วิธีการดำเนินชีวิตที่ไม่เพียงพอและขาดความสมดุล สภาพแวดล้อมไม่ปลอดภัย ขาดการใส่ใจดูแลควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากพฤติกรรมกรรมกรบริโภคที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย เกิดความเครียดทางอกโดยการกินอาหาร สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ทำให้มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน เป็นสาเหตุหลักสำคัญทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือเรียกว่าโรควิถีชีวิตแพร่ระบาดไปทั่วโลก และมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น หากไม่สามารถสกัดกั้นหรือหยุดยั้งปัญหาได้จะทำให้เกิดการเจ็บป่วย พิการ เสียชีวิต มีภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพและการสูญเสียทางเศรษฐกิจตามมาอย่างมหาศาล ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาที่วิกฤติเช่นกัน ต้องประสบกับแนวโน้มปัญหาที่เพิ่มขึ้นมาโดยตลอดจากโรคที่ป้องกันได้ที่สำคัญใน 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง ซึ่งได้กำหนดเป็นเป้าหมายหลักการพัฒนาในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้เล็งเห็นตระหนักถึงความสำคัญที่จำเป็นต้องสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนและระดมพลังทั้งสังคม เพื่อป้องกัน แก้ไขและขจัดปัญหาดังกล่าว ผ่านกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทยขึ้น ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติเพื่อใช้เป็นกรอบชี้ทิศทางการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติอย่างบูรณาการ เป็นเอกภาพทุกระดับ ในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่เป็นวิถีชีวิตที่ลดเสี่ยง ลดโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการตาย และลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศ ให้ก้าวสู่วิถีชีวิตพอเพียง สุขภาพพอเพียง ระบบสุขภาพพอเพียง และสังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันอย่างยั่งยืน

คณะกรรมการอำนวยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
คณะกรรมการดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ธันวาคม 2550

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	
สรุปสาระสำคัญแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2550-2559	ก-ข
บทนำ	1
ภาคที่ 1 สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากวิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไป	3
ส่วนที่ 1 บริบทใหม่ทางเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและสุขภาพ	3
ส่วนที่ 2 แบบแผนการบริโภคและการดำรงชีวิตที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพ	6
ส่วนที่ 3 สถานการณ์ความรุนแรงของโรควิถีชีวิต	13
ส่วนที่ 4 แนวทางและมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหา	18
ภาคที่ 2 ปรัชญา แนวคิด และยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย	20
ส่วนที่ 1 ปรัชญาและแนวคิดหลักในการพัฒนา	20
ส่วนที่ 2 วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์สูงสุด และเป้าหมายหลักในการพัฒนา	23
ส่วนที่ 3 เส้นทางและยุทธศาสตร์การพัฒนา	25
ส่วนที่ 4 กรอบแผนงานภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนา	25
ภาคที่ 3 แนวทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย	33
ส่วนที่ 1 แนวทางการบริหารจัดการสู่ความสำเร็จ	33
ส่วนที่ 2 กลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย	34
ภาคผนวก	37
1. กรอบขั้นตอนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย	38
2. ความสัมพันธ์ของเป้าหมาย และยุทธศาสตร์การพัฒนาในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทยกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10	39
3. ตัวชี้วัดหลักในการพัฒนาภายใต้ยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย	40
4. (ร่าง) คณะกรรมการอำนวยการ คณะกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการ และการจัดตั้งศูนย์อำนวยการยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย	42
5. คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 742/2550 ลงวันที่ 21 สิงหาคม พ.ศ. 2550 เรื่องการแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	59

สรุปสาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2550-2559

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทยได้จัดทำขึ้นให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ หรือเรียกว่าโรควิถีชีวิต ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญลำดับต้นๆ ที่ระบาดอยู่ในปัจจุบันและในอนาคตที่คาดว่าจะมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น หากปล่อยให้สถานการณ์ดำเนินไปโดยมิได้ดำเนินการสกัดกั้นปัญหาอย่างจริงจัง และได้กำหนดไว้เป็นเป้าหมายและทิศทางการพัฒนาคุณภาพคนและสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 แผนนี้ได้ต่อยอดความคิดเชิงลึกในแต่ละประเด็นปัญหา สานต่อแนวคิดสุขภาพพอเพียงตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ผ่านมุมมองแบบบูรณาการเป็นองค์รวมในบริบทแวดล้อมที่กว้างขวาง ที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางและมีความชัดเจนของเป้าหมายการพัฒนาที่มุ่งสร้างวิถีชีวิตที่พอเพียงเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของคนไทย ด้วยการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในทุกระดับทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศ ให้ก้าวไปสู่ระบบสุขภาพพอเพียง และสังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันอย่างยั่งยืน สรุปสาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทยได้ดังนี้

1. สถานการณ์ขอบเขตของปัญหา ได้วิเคราะห์เฉพาะปัจจัยเสี่ยงพื้นฐานที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน มัน เค็มมากเกินไป กินผักและผลไม้ไม่พอ ขาดการออกกำลังกาย ไม่สามารถจัดการความเครียด สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ที่ส่งผลกระทบต่อโรควิถีชีวิตที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศที่มีปัจจัยเสี่ยงร่วมกันและมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันใน 5 โรค คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง

2. แนวคิดหลักในการพัฒนาสุขภาพวิถีชีวิตไทย ได้ยึดแนวคิดการสร้างวิถีชีวิตไทยที่พอเพียงเพื่อการมีสุขภาพดี ตามแนวคิดสุขภาพพอเพียงและปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และมุมมองการบูรณาการเป็นองค์รวมในระบบสุขภาพ บริบทแวดล้อมและการมีส่วนร่วมของทั้งสังคมและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่เชื่อมโยงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรควิถีชีวิตตามแนวปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

3. วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์สูงสุด และเป้าหมายหลักในการพัฒนา ได้กำหนดไว้ตามแนวคิดหลักดังกล่าวข้างต้น ดังนี้

วิสัยทัศน์ : ประชาชนมีศักยภาพในการจัดการปัจจัยเสี่ยงและสภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อโรควิถีชีวิต ด้วยการรวมพลังขับเคลื่อนจากทุกภาคส่วนอย่างบูรณาการ สมดุล ยั่งยืน และเป็นสุข บนพื้นฐานปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

พันธกิจ : สร้างชุมชน ท้องถิ่น สังคม ที่ตระหนักรู้ ลดปัจจัยเสี่ยง เสริมปัจจัยเอื้อ และมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติการค้นหา ฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม จัดการปัญหา และพัฒนาของทุกภาคส่วนอย่างเป็นระบบ องค์กรรวม ครอบคลุม มีประสิทธิภาพ

เป้าหมายสูงสุด : ประชาชน ชุมชน สังคม และประเทศมีภูมิคุ้มกันและศักยภาพในการสกัดกั้นภาคคุกคามสุขภาพจากโรควิถีชีวิตที่สำคัญได้

เป้าหมายหลักในการพัฒนา : ลดปัญหาโรควิถีชีวิตที่สำคัญ 5 โรค (เบาหวาน ความดัน หัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมอง มะเร็ง) ใน 4 ด้าน (การเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อน การตาย ภาระค่าใช้จ่าย) ด้วยการเพิ่มวิถีชีวิตพอเพียงใน 2 ด้าน (การบริโภคที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เพียงพอ) โดยมีตัวชี้วัดหลักในการพัฒนา 16 ตัวชี้วัดใน 3 ระยะ (ระยะสั้น ระยะกลาง ระยะยาว)

เส้นทางการพัฒนา : ได้กำหนดไว้เป็น 3 ระยะ 1) ระยะสั้น : บูรณาการความคิด สร้างความเชื่อมั่นและการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนของภาคีเครือข่ายร่วม 2) ระยะกลาง : ปฏิบัติการเชิงรุกสู่การวางรากฐานที่มั่นคงเชิงโครงสร้างและระบบ 3) ระยะยาว : สร้างความเข้มแข็งเชิงโครงสร้างและระบบในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน

4. ยุทธศาสตร์ เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ยุทธวิธี และแผนงานในการพัฒนา ที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมายการพัฒนาในแต่ละช่วงของเส้นทางการพัฒนาไว้ 5 ยุทธศาสตร์ (3 ยุทธวิธีร่วม 11 ยุทธวิธีรายยุทธศาสตร์ 28 แผนงาน) คือ 1) นโยบายสาธารณะสร้างสุข (4 เป้าหมาย 3 ยุทธวิธี 11 แผนงาน) 2) การขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะ (2 เป้าหมาย 2 ยุทธวิธี 3 แผนงาน) 3) การพัฒนาศักยภาพชุมชน (1 เป้าหมาย 2 ยุทธวิธี 3 แผนงาน) 4) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการโรค (3 เป้าหมาย 3 ยุทธวิธี 7 แผนงาน) 5) การสร้างความเข้มแข็งของระบบสนับสนุนยุทธศาสตร์ (4 เป้าหมาย 1 ยุทธวิธี 4 แผนงาน)

5. แนวทางและกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย ได้กำหนดกรอบแนวทางในการผลักดันสู่การปฏิบัติการ ภายใต้กลไกระดับชาติในการขับเคลื่อนระดับนโยบาย : คณะกรรมการอำนวยการยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย ระดับบริหาร : คณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย ระดับสนับสนุนและปฏิบัติการ : คณะอนุกรรมการรับผิดชอบรายยุทธศาสตร์ และศูนย์อำนวยการยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์และเป้าหมายที่กำหนดไว้

บทนำ

จากการตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพที่เป็นผลจากบริบททางด้านเศรษฐกิจ และสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ ระบบทุนนิยม และเทคโนโลยีการสื่อสารไร้พรมแดน ส่งผลให้คนไทยเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตอย่างไม่พอเพียง ท่ามกลางค่านิยม วัฒนธรรม และสังคมแวดล้อมที่เต็มไปด้วยความเสี่ยงและเป็นภัยคุกคามสุขภาพ เกิดการระบาดของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรควิถีชีวิตที่สามารถป้องกันได้ที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น จึงได้กำหนดเป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของคนไทยไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 และถูกหยิบยกมาเป็นประเด็นในการวิเคราะห์ แจกแจงให้เห็นแก่นแท้ของสาเหตุต้นตอของปัญหา สถานการณ์ ความรุนแรงที่แท้จริง กำหนดเป้าหมายและทิศทางการพัฒนาที่ชัดเจน ตรงประเด็น และครอบคลุมอย่างรอบด้าน โดยผ่านกระบวนการร่วมคิด ร่วมทำ และยอมรับร่วมกันของภาคีเครือข่ายการพัฒนาทุกภาคส่วนไว้ในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์เพื่อชี้นำทิศทางการพัฒนาวิถีชีวิตไทยเพื่อการมีสุขภาพดี (ดูภาคผนวกที่ 1 และ 2) โดยได้นำเสนอสาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยไว้ ดังนี้

ภาคที่ 1 สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ได้ทบทวนวิเคราะห์สถานการณ์ที่เปลี่ยนไปภายใต้บริบททางด้านเศรษฐกิจ สังคม วิถีการดำเนินชีวิต แบบแผนการบริโภคที่เป็นสัมพันธเชื่อมโยงกับปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมสุขภาพ โรคภัยไข้เจ็บ ความรุนแรงของปัญหา ข้อจำกัดของการพัฒนาที่ผ่านมา เพื่อให้มองเห็นทิศทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น

ภาคที่ 2 ปรัชญา แนวคิด และยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ได้ยึดหลักของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ผ่านมุมมองของการบูรณาการแบบองค์รวมภายใต้บริบทแวดล้อมและวิถีชีวิตที่เป็นพื้นฐานของปัจจัยเสี่ยงและภัยคุกคามสุขภาพอย่างรอบด้าน บนเส้นทางการพัฒนาที่มีจังหวะก้าวเป็นขั้นตอน ไม่ก้าวกระโดด และไม่สุดโต่ง ที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง การมีส่วนร่วมของทั้งสังคม จึงได้กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์สูงสุด เป้าหมายหลักในการพัฒนา ด้วยการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนา ยุทธวิธี และแผนงานรองรับที่สอดคล้องกัน ในการสร้างวิถีชีวิตไทยที่พอเพียงเพื่อการมีสุขภาพดี นำไปสู่วิถีชีวิตพอเพียง สุขภาพพอเพียง และสังคมอยู่เย็นเป็นสุขได้อย่างยั่งยืน

ภาคที่ 3 แนวทางและกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย เพื่อให้กรอบแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทยสามารถแปลงไปสู่การปฏิบัติของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนอย่างจริงจัง จึงได้กำหนดให้มีแนวทางการดำเนินงานเพื่อใช้เป็นกรอบในการผลักดันสู่การปฏิบัติการจัดตั้งองค์กรในรูปคณะกรรมการและศูนย์อำนวยการในระดับชาติร่วมรับผิดชอบทั้งในระดับนโยบาย ระดับบริหาร ระดับสนับสนุนและปฏิบัติการ เพื่อเป็นแกนขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ให้บรรลุเป้าหมายและเกิดสัมฤทธิ์ผลได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ภาคที่ 1

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป

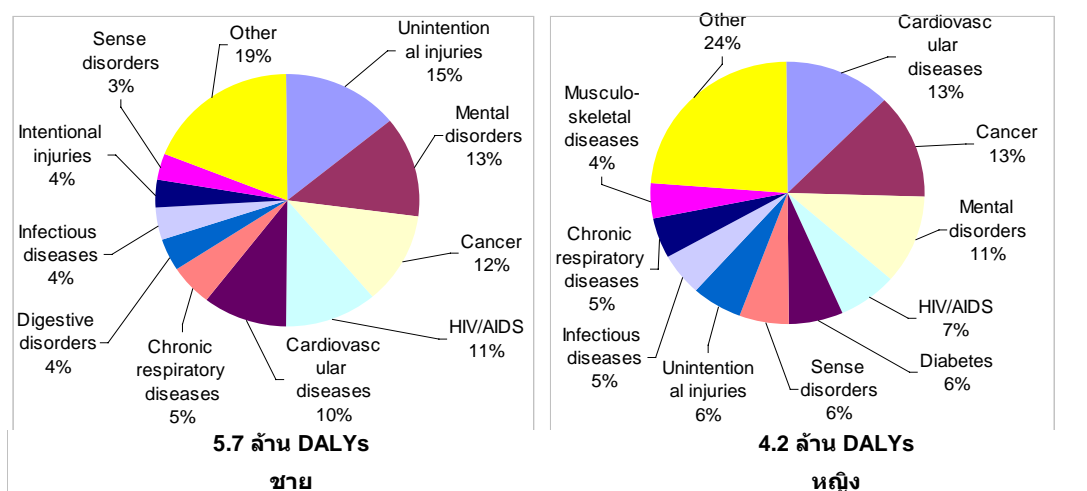
ส่วนที่ 1 บริบทใหม่ทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและสุขภาพ

การพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ขาดความสมดุลของโลก และของประเทศไทยภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ ที่มุ่งเน้นการพัฒนาทางวัตถุโดยเอาเศรษฐกิจหรือเอาเงินเป็นตัวตั้งแบบทุนนิยม ที่ดำเนินธุรกิจการค้าและบริการที่ถูกครอบงำด้วยกลไกตลาดที่มุ่งแสวงหากำไรเป็นสำคัญ และการเติบโตทางเศรษฐกิจในอัตราที่สูง แต่ก็มีคามผันผวนตลอดเวลาจากปัจจัยแวดล้อมภายนอก ทำให้เศรษฐกิจเกิดความเหลื่อมล้ำ สังคมเปลี่ยนไปสู่การเสื่อมสลายจากสังคมตะวันออกเป็นสังคมตะวันตก สังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม สังคมชนบทกลายเป็นสังคมเมืองมากขึ้น เกิดกระแสวัตถุนิยม บริโภคนิยม ที่มีค่านิยมเลียนแบบการบริโภคตามต่างชาติ ละเลยไม่เห็นคุณค่าความเป็นไทย เกิดความฟุ้งเฟ้อฟุ่มเฟือย ไม่เพียงพอ มีการใช้เทคโนโลยีเกินความจำเป็นและไม่เหมาะสม สถาบันทางสังคมอ่อนแอกลายเป็นสังคมที่พร่องทางด้านคุณธรรม ศีลธรรม จริยธรรม มีการใช้ชีวิตอย่างเร่งรีบ แข่งขัน เอาจัดเอาเปรียบ แสวงหารายได้เพื่อเลี้ยงดูตนเอง ครอบครัว และการเติบโตของธุรกิจ ทำให้ขาดความเอื้ออาทรใส่ใจซึ่งกันและกัน ขาดการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพ รับผิดชอบต่อผลกระทบทางด้านสุขภาพและสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องของการผลิตผลิตภัณฑ์ที่ไร้คุณค่าทางโภชนาการ และพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม ไม่ได้สัดส่วน ขาดความสมดุล ละเลยหรือมองข้ามคุณค่าทางโภชนาการ ไม่คำนึงถึงผลกระทบทางสุขภาพที่นำไปสู่ภาวะโรคต่าง ๆ ทำให้อาหารที่นิยมและเข้าถึงง่ายที่เกิดจากการขับเคลื่อนโดยอุตสาหกรรมอาหารและการเกษตรข้ามชาติและในประเทศ จากการส่งเสริมการตลาดเพื่อช่วงชิงผลประโยชน์ทางการค้า อาหารฟาสต์ฟู้ด อาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป กึ่งสำเร็จรูป ที่หาได้ง่าย สะดวก ไม่สิ้นเปลืองเวลามาก ซึ่งส่วนมากมักเป็นอาหารประเภทผัด ทอด ย่างหรือปิ้ง อาหารประเภทเนื้อที่มีโปรตีนและเป็นอาหารที่มีไขมันสูง เป็นอาหารที่เข้มข้นด้วยพลังงานมากขึ้น ทางเลือกในการกินค่อย ๆ ลดน้อยลง นิยมอาหารรสจัดที่มีความเค็มมีเกลือ โซเดียมสูงและหวานมากเกินไป กินผักและผลไม้ไม่พอ ขาดการออกกำลังกาย เนื่องจากวิถีชีวิตที่ถูกขัดขวางด้วยโครงสร้างผังเมืองที่ไร้ทิศทาง ระบบขนส่งจราจรที่ผูกขาดโดยรถยนต์ส่วนบุคคล เกิดภาวะคับคั่งชะงักงันสูญเสียเวลาในการเดินทางและยังคุกคามต่อสวัสดิภาพของคนเดินเท้า หรือขี่จักรยาน สิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยมีมลพิษทำให้วิถีการเดินทางที่เอื้อต่อสุขภาพไม่เกิดขึ้นกับคนส่วนใหญ่ นอกจากนี้ยังเกิดความเครียดสะสม ในบางรายไม่สามารถหาทางออกได้ต้องหันไปพึ่งการกินอาหาร **สุบบุหรี่และดื่มสุรา** ซึ่งมีกลไกการตลาดที่เข้มข้น ต้องมีการควบคุมได้อย่างเท่าทัน ด้วยเหตุดังกล่าวข้างต้น ทำให้ปัญหาทางด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป โดยมีแบบแผนการเจ็บป่วยและตายเปลี่ยนจากภาวะทุพโภชนาการเป็นภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนมากขึ้น จากโรคติดต่อหรือโรคติดต่อทั่วไป เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงภายใต้วิถีชีวิตและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้คาดประมาณว่าในปี

2548 จำนวนการตายของประชากรโลกทั้งหมดประมาณ 58 ล้านคน มีประมาณ 35 ล้านคน (ร้อยละ 60) มีสาเหตุหลักจากโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรคไร้เชื้อเรื้อรัง จากโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease) เป็นปัญหาอันดับต้น ๆ ของทั่วโลก มีการตายประมาณ 17.5 ล้านคน (ร้อยละ 29) และมีแนวโน้มรุนแรงขึ้น โดยคาดว่าในปี 2565 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตประมาณ 25 ล้านคน โดยมีประชากรประมาณ 19 ล้านคน หรือร้อยละ 80 จะเกิดขึ้นในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งจะเป็นเหตุให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัว สังคมและประเทศชาติ และความสูญเสียปีสุขภาวะหรือภาวะทางสุขภาพ (Disability Adjusted Life Year : DALY) จากโรคเรื้อรัง 6 ใน 10 อันดับแรก และมากกว่าเกือบ 2 เท่า เมื่อเทียบกับโรคติดต่อ

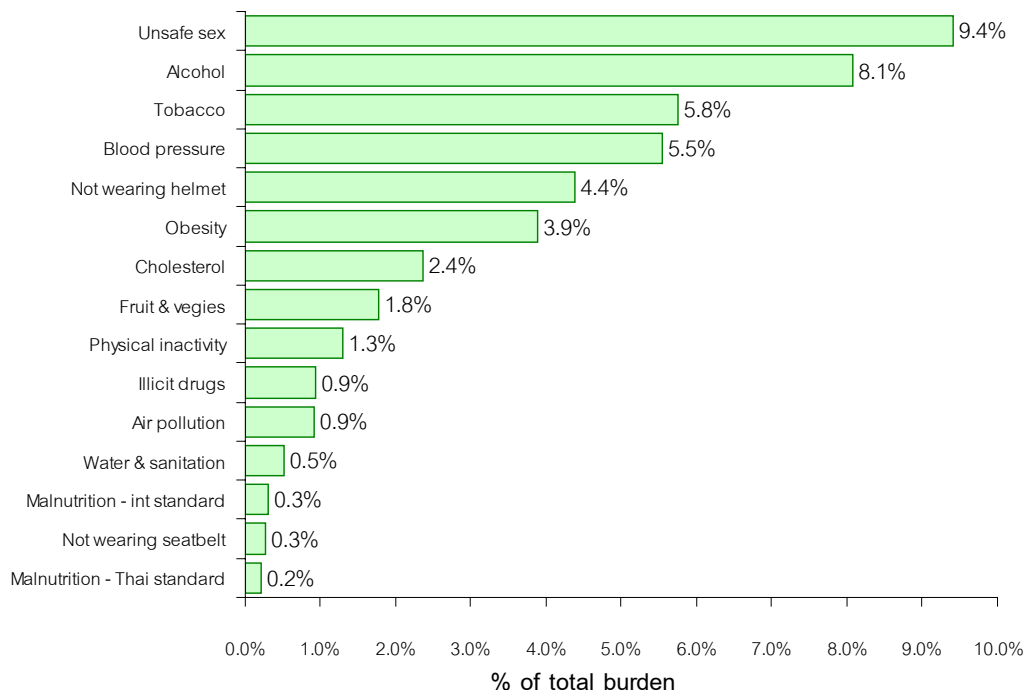
จากการศึกษาภาระโรคและภาวะจากปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของประชาชนไทย ในปี 2547 มีความสูญเสียทางสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 65 ของความสูญเสียทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง และพบว่าภาระโรคที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงจากการดำเนินวิถีชีวิตที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมที่สำคัญคือ การบริโภคแอลกอฮอล์ บุหรี่ ความดันโลหิต ภาวะอ้วน โคเรสเตอรอล การบริโภคผักและผลไม้ กิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายไม่เพียงพอ (ดูรูปที่ 1 และ 2) โดยสถานการณ์อัตราการเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีความสำคัญในอันดับต้น ๆ ใน 5 โรค มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2537 ประมาณ 3.6 – 6.5 เท่า ในปี 2549 คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมองใหญ่ โรคมะเร็ง (ตับ ปอด เต้านม ปากมดลูก) มีอัตราป่วยคิดเป็น 659.57, 618.53, 586.82, 188.33 และ 124.38 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (ดูรูปที่ 3) และมีอัตราตายสูงสุดด้วยโรคมะเร็งในอัตรา 38.1 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองใหญ่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ในอัตรา 28.4, 20.6, 12.0 และ 3.8 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

รูปที่ 1.1 แบบแผนการสูญเสียปีสุขภาวะ คนไทย ปี 2547



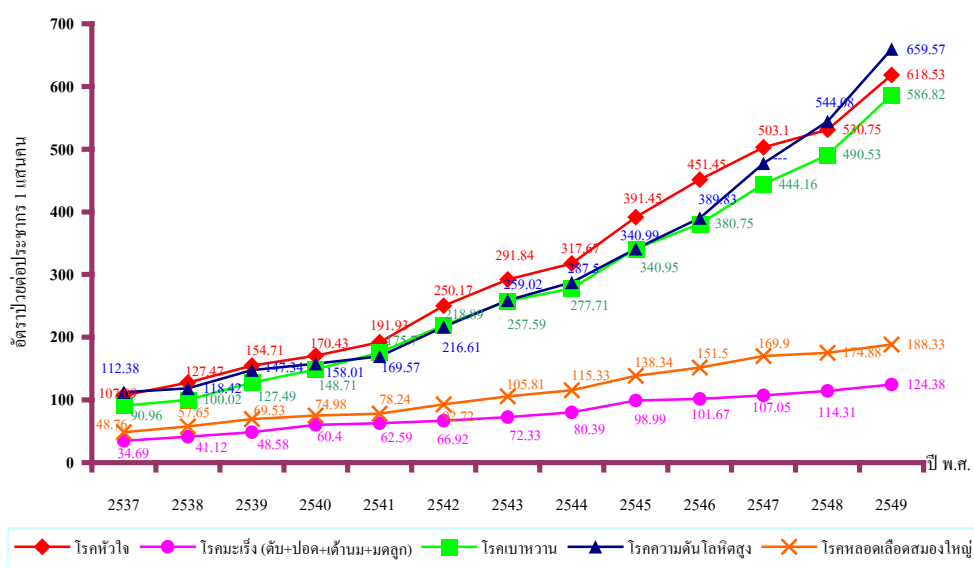
ที่มา : คณะทำงานศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ, 2549

รูปที่ 1.2 ร้อยละของภาระโรคที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงที่ศึกษาเมื่อเปรียบเทียบกับภาระโรครวมทั้งหมด ในปี 2547



ที่มา : คณะทำงานศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ, 2549

รูปที่ 1.3 อัตราการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในทั้งประเทศ (ยกเว้น กทม.) ตามกลุ่มสาเหตุที่สำคัญจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2537 - 2549



ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 แบบแผนการบริโภคและการดำรงชีวิตที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพ

จากแบบแผนการบริโภคและการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพ ทำให้ปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือเรียกว่า **โรควิถีชีวิต**ที่สามารถป้องกันได้ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยตลอด หากไม่สามารถหยุดยั้งพฤติกรรมเสี่ยงได้ก็จะทำให้ทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นในอนาคต

1. พฤติกรรมการบริโภคไม่เหมาะสม

- **การบริโภคผักและผลไม้**น้อย จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2547 พบว่ายังมีการบริโภคผักและผลไม้ในปริมาณที่ต่ำกว่ามาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ 400 – 600 กรัมต่อคนต่อวัน (5 - 7.5 ถ้วยมาตรฐาน) สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ในชายร้อยละ 80 (เฉลี่ย 268 กรัมต่อคนต่อวัน) หญิงร้อยละ 76 (เฉลี่ย 283 กรัมต่อคนต่อวัน) ในภาพรวมหญิงจะบริโภคผักและผลไม้มากกว่าชาย ในทั้งสองเพศ ปริมาณการบริโภคจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น และการบริโภคผักและผลไม้ของผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลและใน กทม. ที่ต่ำกว่ามาตรฐานมีน้อยกว่านอกเขตเทศบาลและภาคอื่น ๆ สิ่งที่ต้องให้ความสำคัญคือความปลอดภัยจากการบริโภคผักและผลไม้ และสามารถหาซื้อได้ง่ายในราคาที่เหมาะสม ซึ่งยังเป็นปัญหาของประเทศไทยที่ยังคงพบสารพิษตกค้างทั้งในผักและผลไม้สด และอาหารสดเกินมาตรฐาน พบผักและผลไม้ที่บริโภคในประเทศมีสารพิษตกค้างเกินมาตรฐาน ร้อยละ 4.0 – 8.2 และจากการนำเข้าจากต่างประเทศพบร้อยละ 2.9 ในขณะที่ผักและผลไม้ปลอดสารพิษก็มีราคาแพงมากขึ้น

คนไทยส่วนใหญ่บริโภคผักและผลไม้ไม่น้อยกว่า 300 กรัมต่อวัน (5 – 7.5 ถ้วยมาตรฐาน) ถ้าบริโภคผักและผลไม้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน จะลดโรคหัวใจขาดเลือดและโรคเส้นเลือดในสมองตีบได้ประมาณร้อยละ 31 และ 19 ตามลำดับ ลดการเจ็บป่วยและตายจากโรคมะเร็งกระเพาะอาหารร้อยละ 19 มะเร็งหลอดอาหารร้อยละ 20 มะเร็งปอดร้อยละ 12 และมะเร็งลำไส้ร้อยละ 2

- **การบริโภคหวาน เค็ม มัน มากเกินไป** จากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เปลี่ยนไปนิยมอาหารฟาสต์ฟู้ด อาหารสำเร็จรูป ขนม ขบเคี้ยว ขนมกรุบกรอบ ช็อคโกแลต ลูกอม น้ำอัดลมและเครื่องดื่มรสหวาน ที่หาซื้อได้ง่าย สะดวก มีการแข่งขันทางการตลาด มีการลงทุนโฆษณาสูงมาก ที่มีส่วนประกอบหลักด้วยแป้ง น้ำตาล น้ำมัน ไขมัน ผงชูรส และเกลือมากขึ้น แต่มีสารอาหารที่จำเป็นต่อการเติบโตของร่างกายและสติปัญญาอยู่ในปริมาณน้อยมาก พบว่ามีมูลค่าการตลาดในปี 2548 สูงเกือบ 5 หมื่นล้านบาท โดยที่ผู้ผลิตไม่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับส่วนประกอบ

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา คนไทยบริโภคน้ำตาลเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่า เป็นประมาณ 33.2 กิโลกรัมต่อคนต่อปี ในปี 2549 กินหวานมากเฉลี่ย 20 ช้อนชาต่อคนต่อวัน มากกว่ามาตรฐานโภชนาการกำหนดไว้ไม่เกินวันละ 6 ช้อนชาต่อคน ประมาณ 3 เท่า และมากกว่าระดับของโลกที่มีเพียงวันละ 11 ช้อนชาต่อคน น้ำตาลร้อยละ 42 มาจากเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม อาหารและขนมร้อยละ 27 ผลิตภัณฑ์นมร้อยละ 21 โดยนมที่คนไทยนิยมดื่มมากที่สุดคือนมปรุงแต่งรสหวาน (ร้อยละ 41) รองลงมาคือนมเปรี้ยว (ร้อยละ 32) และนมจืดน้อยที่สุด (ร้อยละ 25)

และคุณค่าทางโภชนาการ แต่เพิ่มรสชาดหวานมัน เค็มในปริมาณมากขึ้น ในขณะที่มูลค่าตลาดฟาสต์ฟู้ดก็เติบโตขึ้นในแต่ละปีมากกว่า 1,000 ล้านบาท (จากปี 2538 มูลค่า 6,000 ล้านบาท เป็น 8,700 ล้านบาท ในปี 2540) และมีการเติบโตของร้านสะดวกซื้อสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยเฉพาะร้าน 7-Eleven ที่ในปัจจุบันมีอยู่มากกว่า 3,000 สาขา ทำให้มีการบริโภคเครื่องดื่มและอาหารที่มีรสหวานเพิ่มมากขึ้นตามมา พบว่ามีการบริโภคน้ำตาลเกินกว่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ 24 กรัมต่อคนต่อวัน

(6 ช้อนชา) โดยเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี บริโภคน้ำตาลเฉลี่ยวันละ 30.4 กรัม (8 ช้อนชา) หรือประมาณ 11 กิโลกรัมต่อปี และมีเด็กถึง 1 ใน 4 ที่บริโภคน้ำตาลมากกว่าวันละ 40 กรัม (10 ช้อนชา) นอกจากนี้ คนไทยโดยเฉลี่ยบริโภคเกลือเพิ่มขึ้น 3 เท่าตัว จากนิสัยชอบกินผลไม้จิ้มเกลือ พริกน้ำปลา การใช้เกลือแกงที่มีสารอันตรายอย่างโซเดียมหรือโซเดียมคลอไรด์ในการถนอมอาหารและปรุงอาหาร ซึ่งโดยหลักแล้วไม่ควรบริโภคเกลือเกิน 1 – 1.5 ช้อนชา (ประมาณ 2,400 มิลลิกรัม) ช้อนชาต่อวัน น้ำปลาไม่ควรเกิน 2 – 3 ช้อนโต๊ะต่อวัน รวมทั้งโมโนโซเดียมกลูตาเมตในผงชูรส

● **การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์** องค์การอนามัยโลกชี้ว่าวันบุหรี่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจรวมของสารพิษต่าง ๆ กว่า 400 ชนิด มีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 1,300 ล้านคน กว่าร้อยละ 50 อยู่ในเอเชีย ผู้สูบบุหรี่กว่าร้อยละ 50 จะต้องเสียชีวิตก่อนถึงวัยชรา และต่อวันจะมีวัยรุ่นกลายเป็นนักสูบหน้าใหม่เพิ่มขึ้น 80,000 – 100,000 คนทั่วโลก โดยมีผู้เสียชีวิตจากบุหรี่ปีละ 5 ล้านคน ในปี 2563 จะเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า หรือประมาณ 10 ล้านคน เฉลี่ยนาทีละ 19 คน โดยร้อยละ 70 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และจะเพิ่มขึ้นปีละ 1 พันล้านคนในปี 2642 เฉลี่ยวินาทีละ 32 คน มีคนสูบบวันละ 15,000 ล้านมวน มีประชาชนกว่า 5,000 ล้านคน ที่ไม่สูบบุหรี่ได้รับควันบุหรี่มือสอง

สำนักงานสถิติแห่งชาติได้สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของคนไทยในปี 2547 พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 49.4 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ประมาณ 11.3 ล้านคน (ร้อยละ 23) ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน 9.6 ล้านคน (ร้อยละ 19.5) กว่าร้อยละ 90 ของผู้สูบบุหรี่เริ่มสูบตั้งแต่วัยเยาว์ สำหรับในปี 2549 มีสัดส่วนของผู้สูบบุหรี่ลดลงเล็กน้อยเป็น

ร้อยละ 20 แต่มีประมาณการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้นเป็นทั้งสิ้น 36,367 ล้านมวน หรือเฉลี่ยคนละประมาณ 87.6 ของต่อปี ทำให้คนไทยต้องเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละประมาณ 42,000 คน หรือวันละ 115 คน เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคมะเร็งที่สำคัญคือ โรคมะเร็งปอด กล้องเสียง และหลอดอาหาร สำหรับการดื่มสุรา มีผู้ดื่มสุราเครื่องมีนเมา 16.1 ล้านคน (ร้อยละ 32.7) เป็นกลุ่มที่ดื่มนาน ๆ ครั้ง 7.3 ล้านคน ดื่มสม่ำเสมอ 8.8 ล้านคน โดยอายุที่ริเริ่มดื่มสุราครั้งแรกมีแนวโน้มลดลง เป็นเยาวชนอายุ 15 – 24 ปี จำนวน 3.8 ล้านคน โดยคนไทยดื่มสุราติดอันดับ 5 ของโลก (องค์การอนามัยโลก และองค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ ปี 2543 พบคนไทยบริโภคเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ต่อคนเท่ากับ 13.59 ลิตร) จากการสำรวจในประเทศไทยปี 2546 พบว่าปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์เฉลี่ย 58 ลิตรต่อคนต่อปี เพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่าตัว จากปี 2532 เฉพาะอัตราการบริโภคเบียร์สูงกว่า 8 เท่าตัว เฉลี่ย 39.4 ลิตร คนไทยเสียเงินซื้อสุราอย่างเดียวสูงถึงปีละ 1.5 แสนล้านบาท โดยมีกลุ่มนักดื่มหน้าใหม่เป็นกลุ่มวัยรุ่นหญิงอายุ 15 – 19 ปี มีอัตราดื่มสุราเพิ่มขึ้นจากปี 2539 – 2546 จากร้อยละ 1.0 เป็นร้อยละ 5.6 เพิ่มขึ้นถึง 6 เท่าตัว มีแนวโน้มที่จะดื่มจัดถึงสี่ปาด้าละ 3 – 4 ครั้ง นอกจากนี้ยังพบความชุกโรคจิตเวชในผู้มีอายุ 15 – 59 ปี ในปี 2547 เป็นโรคติดสุราร้อยละ 28.5 ประมาณ 7.8 ล้านคน ผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากการดื่มสุรามีอายุน้อยลงเรื่อย ๆ โดยพบผู้ป่วยอายุเพียง 11 ปี และอายุผู้ติดสุราเฉลี่ยจากอายุ 45 ปีขึ้นไป ลดเหลือ 20 – 30 ปีเท่านั้น ผู้ที่เข้ารับการรักษาร้อยละ 56 มีอาการวิกลจริต ประสาทหลอนจากสุรา ร้อยละ 21.6 ติดสุรา ส่วนอีกร้อยละ 19.3 มีอาการขาดสุรา สำหรับผู้ที่มีปัญหาารุนแรงถึงขั้นฆ่าตัวตายมีปัจจัยนำสำคัญคือ ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง/โรคเอดส์ โรคจิต โรคติดสุรา โรคซึมเศร้า และติดยาเสพติด

2. การออกกำลังกายไม่เพียงพอ จากการสำรวจสภาวะสุขภาพพอนามัยของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2547 พบว่า ชายที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอหรืออยู่ในระดับต่ำร้อยละ 21 หญิงร้อยละ 24 และมีอัตราเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาลทั้งชายและหญิงมีกิจกรรมทางกาย

คนไทยมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอกว่าร้อยละ 20 และมีการออกกำลังกายเป็นประจำร้อยละ 29 การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 25 โรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 28 โรคหัวใจ ร้อยละ 40 และมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 40

ไม่เพียงพอมากกว่านอกเขตเทศบาลเล็กน้อย ในระดับภาคพบว่า ในภาคกลาง กรุงเทพมหานคร และภาคเหนือ มีสัดส่วนผู้มีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอมากกว่าภาคอื่น ๆ แต่จากการสำรวจทางสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2547 พบว่าคนไทยออกกำลังกายเป็นประจำร้อยละ 29 เพศชายออกกำลังกายมากกว่าเพศหญิง การออกกำลังกายจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น

3. ปัญหาสุขภาพจิต จากการสำรวจทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติ ปี 2546 พบว่าคนไทย 1 ใน 5 คน กำลังมีความทุกข์ทางใจ มีอาการของโรคซึมเศร้า 1.8 ล้านคน มีความเครียดมาก ร้อยละ 8 สาเหตุสำคัญของคนเครียดคือ เรื่องเศรษฐกิจการเงิน ครอบครัวและการงาน และจากการสำรวจสุขภาพจิตของลูกจ้างในสถานประกอบการ พบมีระดับความเครียดสูงและรุนแรงถึงร้อยละ 23.9 และมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 32.8

4. ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน จากพฤติกรรม

การบริโภคเกินจำเป็น ขาดความสมดุลของพลังงาน เข้าและออก ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสมได้ ทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานหรือเป็นโรคอ้วนอันมีสาเหตุจากความนิยมบริโภคที่เน้นความอร่อยตามใจชอบมากกว่าคุณภาพและคุณค่าทางโภชนาการ กินแบบอิมเกินเพราะความเสียดายอาหารที่ต้องทิ้ง และกินให้คุ้มค่าจากการขยายตัวของการตลาดเชิงรุกจากการจำหน่ายอาหารแบบบุฟเฟต์ ลดแลกแจกแถมเป็นกรณีพิเศษ และเป็นประจำ กินอาหารไม่หลากหลาย กินผักและผลไม้ไม่บ่อย กินขนมบรรเทาความหิวหรือรองท้องเป็นอาหารว่างหลังอาหารมื้อหลักหรือแทนอาหารมื้อหลักบางมื้อ กินอาหารเพราะอารมณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความหิวหรือเป็นเพียงความอยากหรือกินตามโฆษณาชวนเชื่อเท่านั้น รวมทั้งการกินที่เพลิดเพลินร่วมกับการดูโทรทัศน์ เล่นเกมส์และคอมพิวเตอร์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารที่อุดมไปด้วยแป้งและไขมันมากเกินไป ขนมหวาน ทอฟฟี่ ขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลม น้ำหวาน ที่มีปริมาณน้ำตาลสูงมาก ก่อให้เกิดปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคภัยร้ายแรงอื่น ๆ ตามมามากมาย

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรควิถีชีวิต

- เอวที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 5 เซนติเมตร จะเพิ่มโอกาสเกิดโรคเบาหวาน 3 – 5 เท่า โรคเบาหวานในผู้หญิงอ้วนมีมากกว่าคนปกติ 8 – 10 เท่า และชาย 2 เท่า
- คนที่มีน้ำหนักเกินตั้งแต่ 13 กิโลกรัมขึ้นไป มีถึงร้อยละ 30 ที่มีปัญหาความดันโลหิตสูง
- คนอ้วนจะเป็นอัมพาต อัมพฤกษ์ และโรคหัวใจได้มากกว่าคนปกติถึง 2 – 4 เท่า
- ผู้หญิงอ้วนมีอัตราเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านมมดลูก รังไข่ เพิ่มขึ้น 3 เท่า จากคนปกติ ผู้ชายอ้วนมีโอกาสดเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ต่อมลูกหมากเพิ่มขึ้น
- คนอ้วนร้อยละ 30 – 40 มีอาการข้อกระดูกเสื่อมเร็วกว่าปกติ และเสี่ยงต่อการเป็นโรคเก๊าท์
- ถ้ามลดน้ำหนักลงได้เพียงแค่อ้อยละ 5 – 10 ของน้ำหนักตัว จะสามารถลดความเสี่ยงที่เป็นโรคต่าง ๆ ได้ถึงร้อยละ 20 (โรคมะเร็ง ร้อยละ 37 โรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 9) ลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ถึงร้อยละ 44

องค์การอนามัยโลกรายงานในปี 2548 ว่า ทั่วโลกกำลังประสบกับปัญหาผู้ใหญ่น้ำหนักเกินมาตรฐาน ประมาณ 1,000 ล้านคน และมีคนอ้วน 300 ล้านคน เป็นอย่างต่ำ ใน

ประเทศแถบละตินอเมริกา ยุโรป เอเชีย พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวนไม่ต่ำกว่า 17.6 ล้านคน มีน้ำหนักเกินจะมีแนวโน้มเพิ่มอย่างรวดเร็วในทวีปเอเชีย ในเด็กและวัยรุ่นอายุ 6 – 17 ปี อ้วนเพิ่มขึ้น 2 เท่า จากร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 11 ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา โดยมีอย่างน้อยปีละ 4.4 ล้านคน เสียชีวิตจากการมีระดับโคเรสเตอรอลสูง และ 2.6 ล้านคน เสียชีวิตจากการมีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ปัญหาจากความอ้วนทำให้สูญเสียเศรษฐกิจร้อยละ 2- 6 ของงบด้านสุขภาพ เมื่อเทียบกับประเทศไทยจะประมาณ 8,000 ล้านบาท ซึ่งขณะนี้สหรัฐอเมริกากำลังเผชิญกับภัยอ้วนอย่างรุนแรง พบผู้ใหญ่ถึง 2 ใน 3 และเด็กอ้วน 25 ล้านคน ที่กำลังกลายเป็นคนอ้วนหรือมีน้ำหนักเกินต้องสูญเสียเงินปีละ 4 ล้านล้านบาท โดยมีข้อมูลการศึกษาที่น่าสนใจว่า หลังจากพ้นวัยทารกแล้วเด็กผู้หญิงจะอ้วนมากกว่าเด็กผู้ชาย เด็กที่อ้วนเมื่ออายุ 6 ขวบขึ้นไป จะมีโอกาสเป็นผู้ใหญ่อ้วนร้อยละ 25 หากเด็กอ้วนเมื่ออายุ 12 ขวบ เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ก็จะมีโอกาสอ้วนได้มากถึงร้อยละ 75 นอกจากนี้จากการศึกษาติดตามเด็กอ้วนในระยะยาวพบว่า 1 ใน 3 ของเด็กที่อ้วนในวัยก่อนเรียน และครึ่งหนึ่งของเด็กที่อ้วนในวัยเรียน จะยังคงอ้วนเมื่อเป็นผู้ใหญ่ หากยังอ้วนเมื่อเป็นวัยรุ่น โอกาสที่จะเป็นผู้ใหญ่อ้วนจะยิ่งสูงมากขึ้น ความอ้วนทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาเรื่องความดันโลหิต ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง ไตวายเรื้อรัง นิ่วในถุงน้ำดี โรคเกาท์ กระดูกและข้อเสื่อม ทำให้ขาอ่อนแอโค้งคั่งและทำให้บริเวณข้อเข่าอักเสบ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 หากอ้วนรุนแรงมีผลกระทบต่อโรคทางเดินหายใจอุดกั้นและหยุดหายใจขณะหลับ การหลังของฮอริโมนผิดปกติ รวมทั้งปัญหาด้านจิตใจและสังคม

เด็กไทยอยู่ในภาวะโภชนาการเกินเพิ่มขึ้นปีละ 5 หมื่นคน บริโภคน้ำตาลมากแต่บริโภคผักน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ เด็กและเยาวชนอายุ 5 – 24 ปี ประมาณ 21 ล้านคน ใช้เงินซื้อขนมปีละ 1.7 แสนล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 46 ของเงินที่ได้ไปโรงเรียน หรือเท่ากับร้อยละ 16 ของเงินงบประมาณแผ่นดินปี 2547 สำหรับในระดับครัวเรือนได้ใช้เงินด้านการศึกษาน้อยกว่าเงินซื้อขนมถึง 3.24 เท่า โดยใช้เงินซื้อขนมเฉลี่ยวันละ 30 บาท ได้พลังงานจากขนมร้อยละ 27 – 30 ของพลังงานทั้งวัน ซึ่งมากกว่าค่าปกติที่ควรได้รับไม่เกินร้อยละ 20 ของพลังงานทั้งหมด

สำหรับสถานการณ์โรคอ้วนในประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2529 – 2547 มีประชากรโรคอ้วนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในช่วงอายุ 20 – 29 ปี เพิ่มขึ้น 7.5 เท่า เป็นร้อยละ 21.7 รองลงมา เป็นกลุ่มอายุ 40 – 49 ปี เพิ่มขึ้น 1.7 เท่า เป็นร้อยละ 38.1 ทำให้ธุรกิจสถาบันลดน้ำหนักมีมูลค่าตลาดรวมในปี 2550 ถึง 1,800 – 2,000 ล้านบาท และมีแนวโน้มขยายตัวเพิ่มขึ้นในปี 2551 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 นอกจากนี้จากการศึกษาหลายแห่งบ่งชี้ได้ว่าปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็กไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยพบว่าเด็กไทยอยู่ในภาวะโภชนาการเกินเพิ่มขึ้น

ปีละ 5 หมื่นคน เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อ้วนเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า ในระยะเวลาเพียง 6 ปี ปัจจุบันเด็กไทยระดับอนุบาลและประถมต้นอ้วนมากถึงร้อยละ 13 - 15 โดยเด็กในเมืองอ้วนมากกว่าเด็กชนบทเกือบ 2 เท่าตัว สำหรับ กทม. มีอัตราสูงถึงร้อยละ 25 สำหรับเด็กวัยเรียนชั้นประถมศึกษาเกือบ 1 ใน 5 เป็นโรคอ้วน นอกจากนี้ความนิยมในการบริโภคเครื่องดื่ม ขนม ลูกอมที่มีรสหวาน ทำให้เด็ก 1 ใน 2 คน มีปัญหาฟันผุ และเป็นโรคอ้วน 1 ใน 10 คน โดยมีแหล่งอาหารที่ได้รับเป็นประจำคือ นมหวาน และนมเปรี้ยว ร้อยละ 42.6 น้ำอัดลมร้อยละ 15.4 ซึ่งเด็กจะได้รับอิทธิพลของสื่อโฆษณา โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการดูโฆษณาในโทรทัศน์จากการวางแผนการตลาดที่ดี การกำหนดรูปลักษณ์ให้ชวนกิน ใช้กลยุทธ์ด้านราคา การวางขายแบบกระจายทั่วหาซื้อง่าย การมีของแถมของเล่นที่มากับขนมและเครื่องดื่มเพื่อจูงใจ ทั้งนี้ จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาบ่งชี้ว่าเด็กดูโทรทัศน์วันละ 2 - 4 ชั่วโมง จะอ้วนเกินปกติ เสี่ยงที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูง อันทำให้กลายเป็นโรคหัวใจและอัมพาตต่อไปได้สูงกว่าปกติ 2.5 เท่า หากมากกว่าวันละ 4 ชั่วโมง จะยิ่งเสี่ยงสูงขึ้นเป็น 3.3 เท่า สำหรับเด็กไทยใช้เวลาออกนอกเหนือจากการเรียนและกิจกรรมประจำวัน 1 ใน 5 กับการดูโทรทัศน์ โดยรายการการ์ตูนเป็นที่นิยมของเด็กในเช้าวันเสาร์ - อาทิตย์ ใช้เวลา 1 ใน 4 เป็นการโฆษณา และ 2 ใน 3 เป็นการโฆษณาขนมเด็ก หรือคิดเป็นร้อยละ 15 ซึ่งเป็นกลุ่มขนมขบเคี้ยว มันฝรั่ง ข้าวเกรียบ ขนมปังอบกรอบ มีความถี่ในการโฆษณาสูงที่สุด รวมทั้งการใช้เวลาไปกับการเล่นเกมส์ คอมพิวเตอร์ และใช้อินเทอร์เน็ต ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคขนมที่อุดมด้วยแป้งและไขมัน และไม่เคลื่อนไหวออกกำลังกาย ทำให้เด็กยิ่งก้าวเข้าไปใกล้ภาวะโภชนาการขาดสมดุลมากขึ้นเรื่อย ๆ นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กไทยบริโภคผักน้อยกว่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ กล่าวคือในปี 2547 เด็กนักเรียนใน กทม. บริโภคผักเฉลี่ยเพียงวันละ 14.3 กรัม หรือ 1.5 ช้อนกินข้าว ซึ่งมีปริมาณน้อยกว่าที่แนะนำไว้ในธงโภชนาการให้เด็กอายุ 6 - 13 ปี บริโภคผักวันละ 4 ทัพพี หรือ 12 ช้อนกินข้าว ในขณะที่ยังมีโรงเรียนที่ไม่มีน้ำดื่มให้เด็กฟรี และยังมีน้ำอัดลมขายในโรงเรียน ถึงแม้ว่าจะมีมาตรการห้ามขายน้ำอัดลม โดยโรงเรียนทำการขายเอง และให้บริษัทมาประมูลขายผูกขาดเพียงเจ้าเดียว มีขนมกรุบกรอบ ขนมของขายในโรงเรียนและหน้าโรงเรียน ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในเด็กมากขึ้น

นอกจากนี้ จากการสำรวจสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2547 พบว่ามีความชุกของภาวะไขมันในเลือดสูง (ระดับ Total Cholesterol \geq 240 mg/dl) ในชายร้อยละ 14 หญิงร้อยละ 17 โดยพบมากตั้งแต่วัยกลางคนจนกระทั่งวัยสูงอายุ พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย กทม. มีความชุกสูงสุด ต่ำสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และยังมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาด้วยยาต่ำสุด และมีภาวะน้ำหนักเกินปกติและอ้วนจากการวัดดัชนีมวลกาย

(Body Mass Index : $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 23 ในชาย และร้อยละ 34 ในหญิง และอ้วนลงพุง (ชายเส้นรอบคอ ≥ 90 เซนติเมตร หญิง ≥ 80 เซนติเมตร) ร้อยละ 15 ในชาย และร้อยละ 36 ในหญิง กล่าวคือ หญิงไทยมีความชุกของภาวะอ้วนมากกว่าชาย โดยเฉพาะวัยตั้งแต่ 30 – 59 ปี ขณะที่การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงในปี 2548 พบความชุกของภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 16 หรือประมาณ 7.4 ล้านคน และภาวะอ้วน ร้อยละ 3 หรือประมาณ 1.4 ล้านคน

ส่วนที่ 3 สถานการณ์ความรุนแรงของโรควิถีชีวิต

1. โรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาที่กำลังขยายตัวอย่างรวดเร็วในประเทศ เศรษฐกิจเกิดใหม่ ที่ใช้ระบบเศรษฐกิจแบบตะวันตก มีส่วนทำให้คนทั่วโลกเสียชีวิตปีละ 7.1 ล้านคน มีผลกระทบไม่เฉพาะแต่คนสูงอายุ แต่ได้รุกเข้าสู่วัยทำงานมากขึ้น โดยมีแนวโน้มสูงขึ้น ตามอายุที่มากขึ้นและเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ และโรค หลอดเลือดสมอง เป็นตัวการสำคัญต่อการป่วยเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตในคนไทยและคนจีน ซึ่งจะ กลายจากผู้ขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสร้างรายได้หลักเป็นผู้รับสวัสดิการสังคมในระยะยาวแทน ทั้งนี้ ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในเมืองไทยจะไม่รู้ตัวเองมาก่อน ได้พรากชีวิตคนไทย จำนวนมากจากภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน โดยความดันโลหิตในทุก ๆ 10 มิลลิเมตรปรอทที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความเสี่ยงในกลุ่มคนไทยและจีนจะเพิ่มสูงประมาณร้อยละ 35 ในขณะที่กลุ่มชาวตะวันออก จะเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 25 เท่านั้น นอกจากนี้ยังทำให้ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ร้อยละ 40 และโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 เมื่อนำมาประเมินภาวะโรคพบว่าประมาณ ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกเกิดจาก

ในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา อัตราความชุกของความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นกว่า 4 เท่าตัว พบว่าในปี 2547 คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 22.1 หรือ 10.1 ล้านคนของประชากรมีความดันโลหิตสูง โดยมีถึง 7.2 ล้านคน ที่ไม่เคยรู้ตัวมาก่อน และสามารถควบคุมอาการได้เพียง 9 หมื่นคน สำหรับในปี 2550 คนไทยอายุ 35 ปีขึ้นไป มีความดันโลหิตสูง 2.4 ล้านคน ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมักมีโคเรสเตอรอล สูงกว่าคนปกติประมาณ 6 – 7 เท่า และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 และ 25 ตามลำดับ ทำให้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 2 – 4 เท่าของคนปกติ

ความดันโลหิตที่มากกว่า 115 มิลลิเมตรปรอท สำหรับประเทศไทยคิดเป็นประมาณร้อยละ 10 ของภาวะโรคทั้งหมด ทั้งนี้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมักมีโคเรสเตอรอลสูงกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตปกติประมาณ 6 – 7 เท่า และเมื่อผู้ป่วยที่มีปัญหาทั้งสองชนิดรวมกันก็เสี่ยงที่จะพัฒนาให้เป็นโรคหัวใจมากขึ้นกว่า 2 เท่า โดยผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะพัฒนาไปสู่การเป็นโรคหัวใจแล้ว ยังมีโอกาสมากกว่าร้อยละ 18 – 50 ในการพัฒนาไปสู่โรคเบาหวานด้วยเมื่อเทียบกับผู้ที่มีปัญหาหรือความเสี่ยงเพียงอย่างเดียว ผู้ที่มีความดัน

โลหิตสูงจะเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 2 – 4 เท่าของผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2547 พบคนไทยมีความดันโลหิตสูงเกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปถึงร้อยละ 22.1 หรือ 10.1 ล้านคนของประชากร (เพิ่มจากปี 2532 ซึ่งมีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้น กว่า 4 เท่าตัว) โดยไม่เคยรู้ตัวว่าเป็นความดันโลหิตสูงประมาณ 7.2 ล้านคน (ร้อยละ 28.4) และสามารถควบคุมอาการได้เพียง 9 หมื่นคน

นอกจากนี้จากการตรวจวัดความดันโลหิตฟรีแก่ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ทั่วประเทศในปี 2550 ทั้งสิ้น 20.7 ล้านคน (ร้อยละ 75) พบผู้มีความดันโลหิตสูงกว่าปกติทั้งหมด 2.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11 กล่าวคือคนไทยอายุ 35 ปีขึ้นไปทุก ๆ 10 คน จะมีคนเป็นความดันโลหิตสูงได้ 1 คน

สมาคมแพทยโรคหัวใจของอเมริกาได้แนะนำให้ลดพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญคือ ลดการบริโภคอาหารที่มีรสเค็มมากเกินไป ออกกำลังกายพอประมาณ หลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมันอิ่มตัว โครสเตอรอลสูง รับประทานอาหารที่มีไฟเบอร์สูง มีแร่ธาตุสารอาหารที่จำเป็นโดยเฉพาะไปแตสเซียมและแมกนีเซียม พักผ่อนเพียงพอ ลดเครียด ลดน้ำหนัก ลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และหยุดสูบบุหรี่

2. โรคเบาหวาน องค์การอนามัยโลก ในปี 2547 ได้ระบุว่า ปัญหาโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่กำลังพัฒนาได้ประมาณการจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมีมากถึง 200 ล้านคน เป็นผู้ป่วยในทวีปเอเชียประมาณ 80 ล้านคน (ร้อยละ 40) ซึ่งมีอัตราการเพิ่มประมาณร้อยละ 1.3 – 1.8 ต่อปี ขณะที่ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากเบาหวาน 3.2 ล้านคนต่อปี เป็นโรคที่อันตรายร้ายกว่าเอดส์ที่มีผู้เสียชีวิตเพียง 3 ล้านคนต่อปี สำหรับปี 2550 พบผู้ป่วยเบาหวานมากกว่า 246 ล้านคน และคาดว่าในปี 2568 จะมีมากกว่า 380 ล้านคน โดยพบเบาหวานในเด็กเพิ่มขึ้นร้อยละ 3 ต่อปี นอกจากนี้สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติได้รายงานว่ามีเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี จำนวน 4.4 แสนคนจากทั่วโลกป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 1 (เบาหวานชนิดที่ต้องพึ่งอินซูลินมักพบในเด็ก ต้องรักษาด้วยการฉีดอินซูลินทุกวัน) และแต่ละปีมีเด็กมากกว่า 70,000 คน กำลังพัฒนาสู่การเป็นเบาหวานชนิดนี้ โดยพบในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มากที่สุด และเด็กที่เป็นเบาหวานจะมีอายุสั้นลงอีก 10 – 20 ปี

สำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วยเบาหวานมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า จากปี 2530 มีผู้ป่วยไม่ถึง 1 ล้านคน ขณะนี้จากการสำรวจสุขภาพคนไทยในปี 2547 พบถึง 3.2 ล้านคน มี 1.8

คนไทยป่วยเป็นโรคเบาหวาน 3.2 ล้านคน แต่มีถึง 1.8 ล้านคนไม่ทราบว่าตนเองป่วย และมีเพียง 3.8 แสนคนที่ได้รับการรักษา เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และสมองสูงถึง 2 - 4 เท่า มากกว่าครึ่งพบความผิดปกติของระบบประสาท ต้องเสียค่ารักษาโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนกว่า 3 หมื่นล้านบาทถึงแสนล้านบาทต่อปี

ล้านคนไม่ทราบว่าตนเองป่วย และมีเพียง 3.8 แสนคนเท่านั้นที่ได้รับการรักษา โดยพบว่าความชุกมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นและพบในเด็กมากขึ้น มีเด็กอายุน้อยที่สุดเป็นเบาหวานอายุเพียง 3 ขวบ และคาดประมาณว่าในปี 2568 จะพบผู้ป่วยถึง 4.7 ล้านคน เสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 52,800 คน ต้องเสียค่ารักษาโรคเบาหวานปีละ

กว่า 3 หมื่นล้านบาท หากรวมการรักษาโรคแทรกซ้อนอาจเพิ่มสูงถึงแสนล้านบาทต่อปี เป็นโรคเรื้อรังที่มักพบภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมาเสมอโดยเฉพาะทางตาคือเบาหวานเข้าจอประสาทตาเฉลี่ยประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยเบาหวาน (ประมาณ 8 แสนคน) ทำให้มีสายตาดูเลือนลางและอาจตาบอดในที่สุดประมาณร้อยละ 2 หากเป็นมานานกว่า 15 ปี ในวัยทำงานหากมีการตรวจรักษาตาในระยะที่เหมาะสมสามารถลดโอกาสตาบอดได้ถึงร้อยละ 50 และมากกว่าครึ่งของผู้ป่วยเบาหวานพบความผิดปกติของปลายระบบประสาท ผู้ชายเกินกว่าครึ่งเสื่อมสมรรถภาพทางเพศมีสาเหตุจากโรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังมีภาวะแทรกซ้อนอื่นได้แก่ โรคหัวใจ เส้นเลือดสมองตีบ โรคไตเรื้อรัง เป็นแผลเรื้อรังบริเวณเท้า ต้องตัดเท้าหรือขา ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมาน ต้องได้รับการดูแลและรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง

ดังนั้นหากสามารถป้องกันควบคุมการเกิดของปัจจัยเสี่ยงร่วม ก็จะสามารถลดโรคได้อีกหลายโรค โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่สำคัญ คือการลดน้ำหนักให้อยู่ในระดับดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ปกติ และออกกำลังกายสม่ำเสมอทำให้ความเสี่ยงจากการเกิดโรคเบาหวานลดลงถึงร้อยละ 58 และถ้าใช้ยา (Metformin) จะมีความเสี่ยงลดลงร้อยละ 31 ดังนั้น การปรับวิถีชีวิต โดยเฉพาะพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มป่วย จึงเป็นสิ่งที่ทุกฝ่ายต้องให้ความสำคัญเพื่อสกัดกั้นปัญหาดังกล่าว

3. โรคหัวใจ ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจมีหลายสาเหตุทั้งทางพันธุกรรม ความเสื่อมหรือความบกพร่องของร่างกายตามเพศ อายุ การสูบบุหรี่ ไขมันโคเลสเตอรอล ความอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และความเครียด หากมีปัจจัยเสี่ยงมากก็ยิ่งมีโอกาสเกิดโรคมกเป็นทวีคูณ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่มคนวัยทำงานและคนวัย 40 ปีขึ้นไป องค์การอนามัยโลกกำหนดให้โรคหัวใจเป็นภัยร้ายแรงคร่าชีวิตมนุษย์ทั่วโลกชั่วโมงละ 33 คน ขณะนี้ประเทศไทยเสียชีวิตเฉลี่ยชั่วโมงละ 5 คน ทั้งนี้ผลการสำรวจพฤติกรรมคนไทยล่าสุดพบว่า มีความเสี่ยงป่วยโรคหัวใจสูงร้อยละ 86 นิยมรับประทานอาหารไขมันสูงทำให้มีไขมันสะสมในเส้นเลือดแดง ทำให้เกิดโรคหัวใจ

คนไทยป่วยเป็นโรคหัวใจต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา เพิ่มขึ้นประมาณ 5.8 เท่า โดยในปี 2549 เฉลี่ย 965 คนต่อวัน ในจำนวนนี้ปัญหาที่สำคัญคือ โรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นถึง 9.5 เท่า หรือเฉลี่ย 363 คนต่อวัน และเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจเฉลี่ยชั่วโมงละ 5 คน

และเส้นเลือดตีบและเสียชีวิตก่อนวันอันควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหัวใจขาดเลือดที่เกิดจากหลอดเลือดตีบจากภาวะโคเลสเตอรอลหรือไขมันในเลือดสูง (ระดับที่เกินกว่า 200 เดซิลิตร) ในปี 2549 พบคนไทยป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเฉลี่ยวันละ 363 คน หรืออัตรา 232.68

ต่อประชากรแสนคน เพิ่มจากปี 2537 ถึง 9.5 เท่า การรณรงค์วันหัวใจโลกในปี 2550 ในกว่า 100 ประเทศ โดยองค์การอนามัยโลกร่วมกับสมาพันธ์หัวใจโลก (World Heart Federation) ซึ่งกำหนดให้ตรงกับวันอาทิตย์สุดท้ายของเดือนกันยายนของทุกปี คือวันที่ 30 กันยายน 2550 ได้กำหนดหัวข้อไว้ว่า “Team Up for Healthy Hearts” ที่ให้ความสำคัญกับการสร้างสุขภาพที่ดีในระดับครอบครัวและชุมชน (Healthy Families Healthy Communities) เพื่อก่อให้เกิดกระแสการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในระดับโลก โดยเริ่มที่ระดับรากหญ้าก่อน ประเทศไทยได้รณรงค์สร้างค่านิยมลดความเสี่ยง 4 อ. คือ อ.อบายมุข งดการสูบบุหรี่ อ.อาหาร และ อ.ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ คือ กินดี ไร้พุง งดอาหารที่มีรสมัน อาหารไขมันสูง การคุมระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือด อาหารหวานจัด น้ำตาล น้ำอัดลม และเค็มเกินไป เพิ่มการกินผัก ผลไม้ที่มีรสหวานไม่มาก และ อ.อารมณ์ไม่เครียด ไม่โกรธ ฉุนเฉียวง่าย ทำจิตใจให้สงบ แจ่มใส มองโลกในแง่ดี ทำสมาธิ ทำชีวิตให้มีความสุข การปรับพฤติกรรมดังกล่าวสัมพันธ์กับการควบคุมเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตสูงให้อยู่ในภาวะที่ปกติจะช่วยลดการเป็นโรคหัวใจขาดเลือด อัมพาต ไตวายได้

4. โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease) หรือโรคอัมพาต อัมพฤกษ์ (Stroke)

จากสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี 2548 พบประชาชนทั่วโลก เสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ของประชากรโลกเกือบ 6 ล้านคน (ประมาณร้อยละ 10) หรือเฉลี่ยนาทีละ 11 ราย จากการศึกษาภาวะโรคในปี 2547 พบว่า โรคหลอดเลือดสมองทำให้สูญเสียปีสุขภาวะหรือเป็นภาระทางสุขภาพอันดับหนึ่งในหญิงไทย และเป็นอันดับ 3 ของชายไทย มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นมาตลอดในปี 2549 มีการเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ เฉลี่ย 294 คนต่อวัน นอกจากนี้สถาบันประสาท

คนไทยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 2.4 แสนคน เสี่ยงที่จะเป็นประมาณ 10 ล้านคน ในแต่ละปีคนเป็นอัมพาต อัมพฤกษ์ ประมาณ 1.5 แสนคน เสียชีวิตกว่า 45,000 คน พิกัดประมาณ 84,000 คน เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะในหญิงเป็นอันดับ 1 ในชายเป็นอันดับ 3 ส่วนหนึ่งเสียชีวิตทันที ถ้ารอดชีวิตส่วนใหญ่มีความพิการ ต้องใช้เวลาพักฟื้นร่างกายเป็นเวลานาน ต้องเสียค่าใช้จ่ายดูแลผู้ป่วยรายละประมาณ 5 แสนบาท รวมทั้งสิ้นถึง 75,000 ล้านบาท

วิทยาและสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทยได้ชี้ว่าคนไทยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 2.4 แสนคน เสี่ยงที่จะเป็นโรคประมาณ 10 ล้านคน โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยง 3 – 17 เท่าตัว และผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเสี่ยง 2 – 4 เท่าตัว ได้รับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมง เพียงร้อยละ 1.96 เท่านั้น ร้อยละ 10 – 20 เป็นการเสียชีวิตแบบเฉียบพลันทันที ที่เหลือเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนหลังจากมีอาการโรค อีก 1 – 2 เดือน ถ้ารอดชีวิตก็มักจะมีอาการหลงเหลืออยู่ ทำให้อัตราการเสียชีวิตและความพิการมีสูงมาก คาดว่าในแต่ละปีจะมีคนไทยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือเกิดปัญหาสมองขาดเลือดทำให้เป็นอัมพาต อัมพฤกษ์เพิ่มขึ้นเป็น 150,000 คน เสีย

ชีวิตกว่า 45,000 คน ผู้ที่รอดชีวิตร้อยละ 80 จะพิการปีละประมาณ 84,000 คน ต้องเสียค่าใช้จ่ายรายละประมาณ 1 แสนบาทต่อปี และต้องเสียค่าใช้จ่ายรักษาผู้ป่วยรายละประมาณ 5 แสนบาท คิดเป็นเงินทั้งสิ้นถึง 75,000 ล้านบาท แม้ว่าโรคนี้จะเป็นปัญหาที่ใหญ่มาก แต่การรักษาในปัจจุบันกลับไม่มีวิธีการรักษาที่ได้ผลดี การป้องกันไม่ให้เกิดโรคจึงเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในปัจจุบัน โดยลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือด ความเครียด การสูบบุหรี่ดื่มสุรา

5. โรคมะเร็ง โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตร้อยละ 13 ของคนเสียชีวิตทั่วโลก มีผู้ป่วยมะเร็งมากกว่า 18 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 9 ล้านคนในทุก ๆ ปี ทุก ๆ 6 วินาที จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง 1 คน และองค์การอนามัยโลกได้คาดไว้ในปี 2563 ทั่วโลกจะมีคนเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 11 ล้านคน และจะเกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนามากกว่า 7 ล้านคน โรคมะเร็งที่พบบ่อย 6 อันดับแรกของโลกคือ มะเร็งปอด กระเพาะอาหาร เต้านม ลำไส้ใหญ่ ตับ และมดลูก ตามลำดับ

จากสถิติการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยโรคมะเร็งที่สำคัญคือ ตับ ปอด เต้านม

คนไทยป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับ ปอด เต้านมและมดลูก ในปี 2549 เพิ่มขึ้นจากปี 2537 ถึง 3.6 เท่า และ 2.4 เท่า เฉลี่ยวันละ 194 คน และ 65 คน ตามลำดับ คาดว่าในปี 2551 จะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 120,000 ราย ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงจากพฤติกรรมบริโภคไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ดื่มสุราและยังมีการตรวจคัดกรองมะเร็งต่างๆ น้อยมาก

และมดลูก และพบมีอัตราเพิ่มขึ้นจากปี 2537 ถึง 3.6 เท่า ในปี 2549 ในอัตรา 124.4 ต่อประชากร แสนคน หรือเฉลี่ย 194 คนต่อวัน และอัตราตายเพิ่มขึ้น 2.4 เท่า เป็น 38.1 ต่อประชากรแสนคน หรือเฉลี่ย 65 คนต่อวัน นอกจากนี้ การคาดการณ์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี 2551 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยมะเร็ง

รายใหม่ 120,000 ราย และประมาณการว่าจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 50 ในช่วง 10 ปี โดยมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรก คือ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทั้งนี้ปัจจุบันพบผู้หญิงเป็นมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นมาโดยตลอด ในปี 2549 พบผู้ป่วยในจำนวน 19,599 คน (34.42 ต่อประชากรแสนคน) เริ่มพบมากในสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป และพบสูงสุดในอายุ 45 ปี โดยเกือบร้อยละ 50 อยู่ในระยะที่มีการกระจายในต่อมน้ำเหลืองแล้ว โรคนี้สามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตไม่ให้เกิดความเสี่ยง และสามารถรักษาให้หายได้หากตรวจพบตั้งแต่ระยะก่อนเป็นมะเร็ง หรือในระยะเริ่มแรก แต่ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ในระยะลุกลามแล้ว

ทั้งนี้ สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งที่สำคัญส่วนมากเกิดจากสิ่งแวดล้อมภายนอกร่างกาย จากสารก่อมะเร็งที่ปนเปื้อนในอาหาร อาหารไขมันสูง เค็มจัด หวานจัด อาหารปิ้งย่างเผาเกรียม สารเคมีในผักและผลไม้และที่ใช้ในการถนอมอาหาร อาหารที่มีสารเจือปนผสมสีสังเคราะห์ มีสารอะฟาทอกซิน บุหรี่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เชื้อไวรัส พยาธิใบไม้ตับ เป็นต้น และเกิดจากความผิดปกติในร่างกายเพียงส่วนน้อยเท่านั้น

ส่วนที่ 4 สถานการณ์ปัญหาและแนวโน้มการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรควิตีชีวิต

จากสถานการณ์ปัจจุบันซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรควิตีชีวิต ที่เป็นปัญหาสำคัญของทั่วโลกและของประเทศไทย จากประสบการณ์ที่ดำเนินการทั้งที่ประสบความสำเร็จและยังมีข้อจำกัดเกิดปัญหาอุปสรรค ซึ่งทุกฝ่ายต้องตระหนักให้ความสำคัญและเร่งรัดแสวงหาทางออกเพื่อกำหนดแนวทางและมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาย่างจริงจังและบังเกิดผลสำเร็จ เพื่อสกัดกั้นปัญหาไม่ให้ลุกลามรุนแรงต่อไป โดยมีประเด็นสำคัญที่ต้องเร่งรัดป้องกันและแก้ไขปัญหาดังนี้

1. การขาดความตระหนักรู้ถึงภัยคุกคามสุขภาพ นับว่าประชาชนทั้งในกลุ่มคนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ยังขาดความรู้ความเข้าใจตระหนักและละเอียดถึงโทษพิษภัยความรุนแรงของปัญหาโรควิตีชีวิต ตลอดจนความรู้และแนวปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมและถูกต้อง จากข้อจำกัดในการสื่อสารสู่สาธารณะที่สื่อและช่องทางสื่อสารยังขาดประสิทธิภาพ ขาดการรวมพลังเครือข่ายสื่อสารทุกภาคส่วนในทุกระดับ ในการหนุนเสริมการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่มีความแตกต่างจากกลุ่มเป้าหมายทั่วไป ไม่ตรงประเด็นและขาดความน่าเชื่อถือ สร้างความสับสน ไม่เหมาะสมกับบริบทและภูมิสังคมไทย ทำให้ไม่สามารถสร้างกระแสการเปลี่ยนแปลงความตระหนักของสังคมและจิตสำนึกสุขภาพให้เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของสังคมไทยได้

2. นโยบายระดับชาติและระดับพื้นที่ขาดความเป็นเอกภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบายสาธารณะในระดับชาติทั้งนโยบายทางเศรษฐกิจ การค้า การเกษตร อุตสาหกรรม เทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม ที่มีความขัดแย้ง บั่นทอนและไม่หนุนเสริมการปรับเปลี่ยนค่านิยม วัฒนธรรมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ ในขณะที่การสร้างนโยบายสาธารณะในกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่เฉพาะก็ยังมีข้อจำกัดในการขยายผลสู่ระดับประชากรในวงกว้าง ซึ่งจำเป็นต้องมีความชัดเจนของทิศทางนโยบาย แผนและแนวปฏิบัติ ในการลดปัจจัยเสี่ยงและโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่าง ๆ โดยใช้มาตรการที่เน้นการป้องกันระดับปฐมภูมิที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพทั้งทางด้านสิ่งแวดล้อมและด้านประชากร เป็นมาตรการทั้งที่เชื่อมโยงในทุกมิติของสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษา การใช้มาตรการทางกฎหมาย ภาษี การเงินการคลัง และมาตรการทางสังคม การสร้างเสริมสนับสนุนเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการที่มีคุณค่า คุณภาพ เข้าถึงง่าย ราคาเหมาะสม การสร้างสภาพแวดล้อมทางกายภาพและเทคโนโลยีที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายที่เพียงพอ ลดการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จัดการความเครียด

ตลอดจนการควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสม ลดเสี่ยงและจัดการได้ด้วยตนเองทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศ โดยมีมาตรการจัดการโรคเป็นมาตรการเสริมและสนับสนุน

3. ระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง ค้นหากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยอ่อนแอ เนื่องจากยังมีลักษณะต่างคนต่างทำ ขาดการบูรณาการและการจัดวางระบบงาน การพัฒนาระบบข้อมูลการเฝ้าระวัง ติดตามควบคุมป้องกันและการใช้ประโยชน์ในลักษณะเครือข่ายเชื่อมโยงในระดับชาติ ขาดความรู้ ทักษะและความพร้อมของบุคลากรและเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการตรวจวัดคัดกรองที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ โดยส่วนใหญ่การคัดกรองเป็นเพียงเพื่อหาผู้ป่วยมิใช่เพื่อการหากลุ่มเสี่ยง และเตรียมการป้องกันตั้งแต่เริ่มต้น และการดำเนินการกับกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มปกติ มักเป็นการแนะนำให้ตรวจซ้ำ แต่การให้คำแนะนำเพื่อป้องกันยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนและขาดความเข้มแข็งจริงจัง

4. ระบบบริการสุขภาพมีศักยภาพไม่เพียงพอ ระบบงานในการดูแลรักษาพยาบาลและการจัดการโรควิถีชีวิตส่วนใหญ่ดำเนินการในลักษณะตั้งรับในสถานพยาบาล และขาดการบูรณาการเป็นองค์รวม ตลอดจนมีข้อจำกัดของศักยภาพในการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่ต้องดูแลไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน พิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมทั้งการดำเนินการเชิงรุกสู่กลุ่มเป้าหมายในระดับชุมชน จัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงได้ไม่มาก ระบบการติดตามภาวะแทรกซ้อนยังจัดการไม่ต่อเนื่อง มีได้มุ่งเน้นการส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมและพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพระดับบุคคล ครอบครัว และการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นในการลดเสี่ยง ลดโรคและจัดการโรคได้ด้วยตนเอง

5. การบริหารจัดการความรู้ยังขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากองค์ความรู้ที่มีอยู่กระจุกกระจายเฉพาะจุด เฉพาะพื้นที่ ขาดความจำเพาะ จำเป็นต้องพัฒนากระบวนการรวบรวม สังเคราะห์ วิจัย พัฒนา และการประยุกต์ใช้ประโยชน์จากองค์ความรู้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ ยุทธศาสตร์ การพัฒนาการบริหารจัดการแผนงานโครงการ ระบบงาน การบริหารจัดการทรัพยากร การพัฒนาระบบข้อมูลและระบบบริการสุขภาพทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการติดตามประเมินผล ที่ลดความซ้ำซ้อนมีความเชื่อมโยงในภาพรวมแบบบูรณาการครบวงจรที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทแวดล้อมของสังคมไทย และมีประสิทธิภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ภาคที่ 2

ปรัชญา แนวคิด และยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ทำให้วิถีการดำรงชีวิตของคนไทยภายใต้บริบทแวดล้อมที่เต็มไปด้วยความเสี่ยงต่อสุขภาพ ซึ่งในขณะนี้ จะให้ความสำคัญเฉพาะปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ การออกกำลังกายที่ไม่สมดุลเพียงพอ รวมทั้งอารมณ์และความเครียดที่เป็นปัจจัยเสริมหนุน ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจากโรควิถีชีวิตที่สำคัญสัมพันธ์เกี่ยวโยงซึ่งกันและกันใน 5 โรค คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและโรคมะเร็ง และภาวะทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคมและประเทศตามมามากมาย หากไม่สามารถสกัดกั้นปัญหาตั้งแต่ต้นเหตุจนถึงปลายเหตุอย่างเป็นระบบครบวงจร ก็จะทำให้แนวโน้มสถานการณ์ปัญหาทวีความรุนแรงมากขึ้นอย่างแน่นอน ด้วยเหตุปัจจัยดังกล่าวแผนนี้จึงจำเป็นต้องให้ทุกองคาพยพเข้ามามีส่วนร่วมผลักดันให้เกิดแนวทางการพัฒนาที่เป็นรูปธรรมและยั่งยืนบนพื้นฐานปรัชญาแนวคิด และยุทธศาสตร์การพัฒนาที่สอดคล้องรองรับกับแนวนโยบายแห่งรัฐ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ที่ผูกโยงกับปัจจัยพื้นฐาน ภูมิสังคมและบริบทของสังคมไทย

ส่วนที่ 1 ปรัชญาและแนวคิดหลักในการพัฒนา

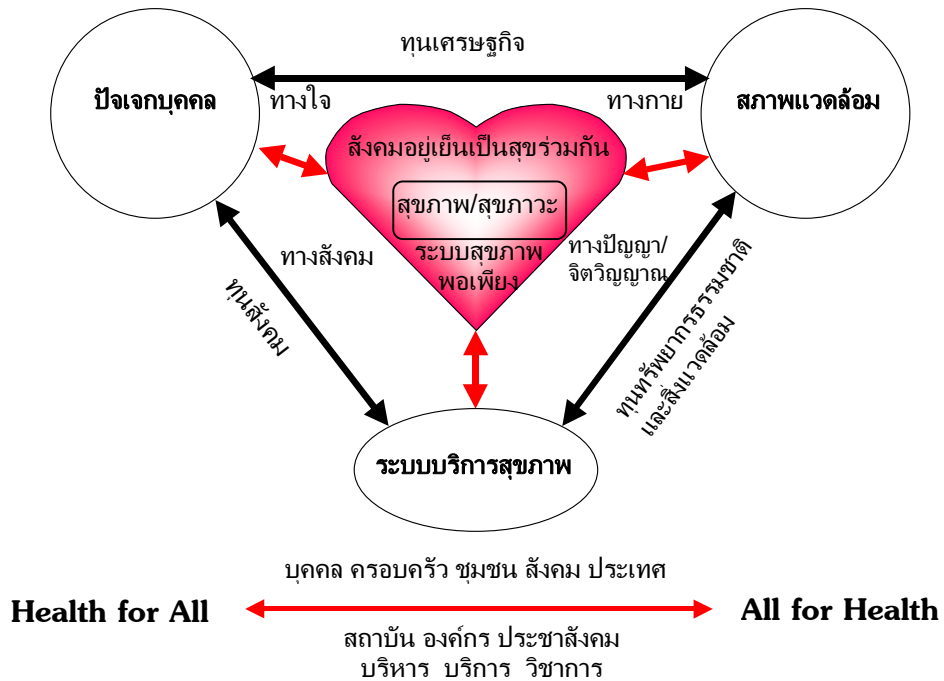
ปรัชญาและแนวคิดหลักในการพัฒนาวิถีชีวิตไทยให้ห่างไกลและปราศจากปัจจัยเสี่ยง มีปัจจัยเสริมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สร้างภูมิคุ้มกันและสุขภาพะของทั้งสังคม สามารถลดโรคและภัยคุกคามสุขภาพภายใต้ปรัชญาและแนวคิดการบูรณาการระบบสุขภาพของทั้งสังคม การมองถึงบริบทแวดล้อมและวิถีชีวิตไทยที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีตามแนวปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

1. มุมมองการบูรณาการระบบสุขภาพของทั้งสังคม

การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้จัดทำขึ้นบนพื้นฐานการคำนึงถึงการสร้างสุขภาพหรือสุขภาพะทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม ทางปัญญา/จิตวิญญาณ อันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษยชนที่เกี่ยวโยงกับปัจจัยกำหนดสุขภาพในระดับปัจเจกบุคคล สภาพแวดล้อมและระบบบริการสุขภาพภายใต้บริบทของการสร้างทุนทางเศรษฐกิจ ทุนทางสังคมและทุนทางทรัพยากร

ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ด้วยวิธีคิดและวิธีปฏิบัติที่บูรณาการเป็นองค์รวมของทุกภาคส่วนในทุก
ระดับเพื่อสร้างสังคมดีที่เป็นสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันและสร้างระบบสุขภาพพอเพียงเพื่อการมี
สุขภาพที่ดีของทุกคน (ดูรูปที่ 2.1)

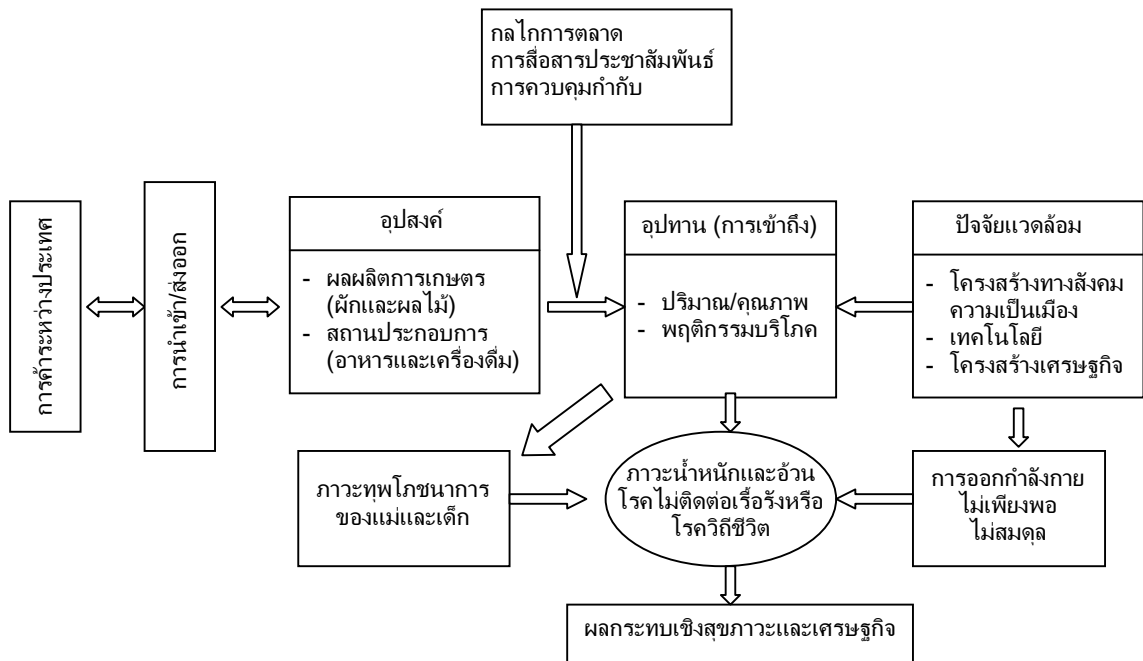
รูปที่ 2.1 มุมมองการบูรณาการระบบสุขภาพของทั้งสังคม



2. บริบทแวดล้อมและวิถีชีวิตที่ลดเสี่ยง ลดโรค และภัยคุกคามสุขภาพ

จากมุมมองการบูรณาการในภาพกว้างสู่บริบทแวดล้อมและวิถีชีวิตที่ลดเสี่ยง ลดโรค และภัยคุกคามสุขภาพ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่ได้กำหนดเป็นเป้าหมายการพัฒนาไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ในการลดอัตราเพิ่มของการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ หรือเรียกว่าโรควิถีชีวิต ซึ่งแผนนี้ได้ให้ความสำคัญเฉพาะกับปัจจัยเสี่ยงพื้นฐานหลักที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม และการออกกำลังกายที่ก่อให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ภายใต้ปัจจัยแวดล้อมทั้งโครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยีและผ่านกลไกทางด้านอุปสงค์และอุปทานภายในประเทศและระหว่างประเทศ (ดูรูปที่ 2.2)

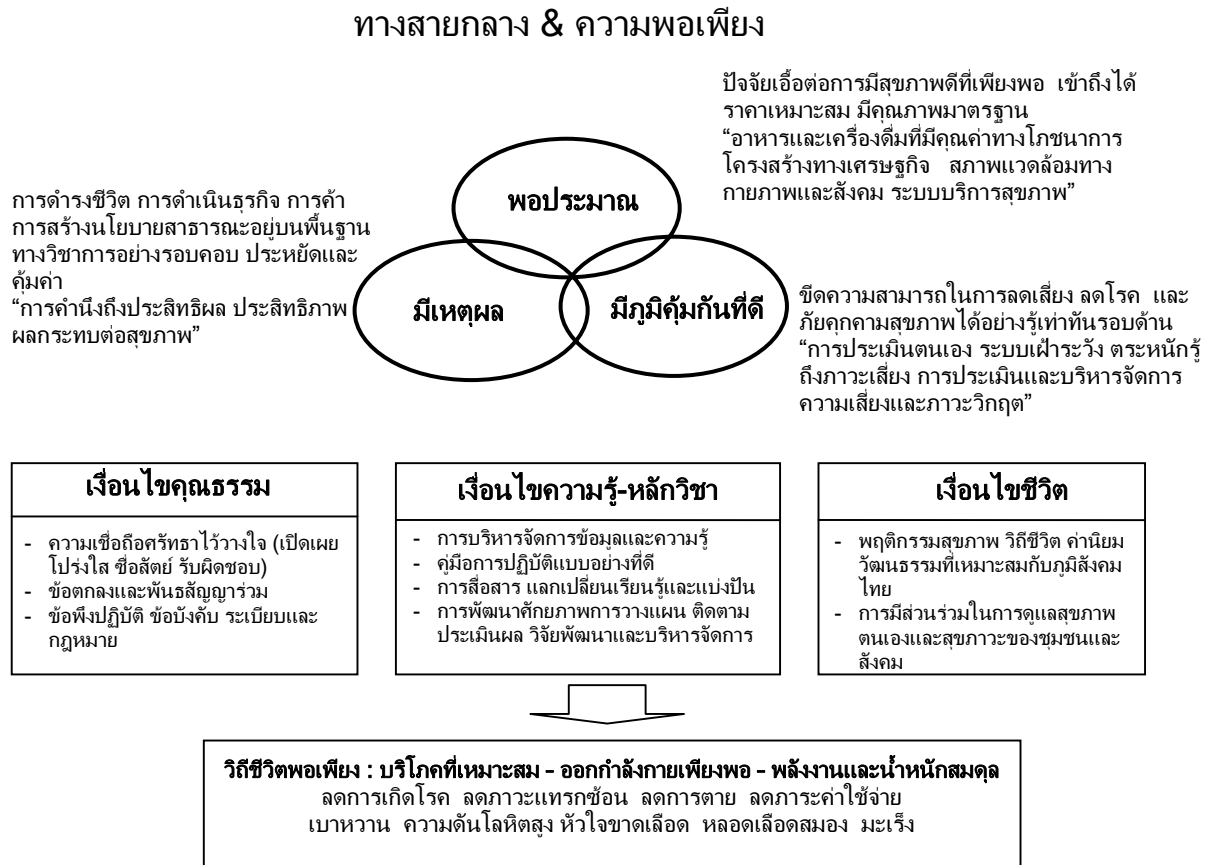
รูปที่ 2.2 บริบทแวดล้อมและวิถีชีวิตที่ลดเสี่ยง ลดโรค และภัยคุกคามสุขภาพ



3. กรอบแนวคิดสุขภาพวิถีชีวิตไทยตามแนวปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเป็นปรัชญา ที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงมีพระราชดำริชี้แนะให้เป็นรากฐานในการดำเนินชีวิต การบริหาร และการพัฒนาในทุกระดับทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศ และได้เป็นปรัชญานำทางในการสร้างสังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน ระบบสุขภาพพอเพียง และนำไปสู่การสร้างสุขภาพวิถีชีวิตไทยที่ยึดหลักทางสายกลางและความพอเพียง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ ความพอประมาณ มีเหตุผล และมีภูมิคุ้มกันที่ดี ภายใต้เงื่อนไขคุณธรรม เงื่อนไขความรู้-หลักวิชา และเงื่อนไขชีวิต ในการสร้างวิถีชีวิตที่เหมาะสม หรือวิถีชีวิตพอเพียง จากกรณีพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสม ออกกำลังกายเพียงพอ มีพลังงานและน้ำหนัที่สมดุล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการลดการเกิดโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการตาย และลดภาระค่าใช้จ่ายจากโรควิถีชีวิตที่สำคัญใน 5 โรค (ดูรูปที่ 2.3)

รูปที่ 2.3 กรอบแนวคิดสุขภาพวิถีชีวิตไทยตามแนวปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง



ส่วนที่ 2 วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์สูงสุดและเป้าหมายหลักในการพัฒนา

1. วิสัยทัศน์

ประชาชนมีศักยภาพในการจัดการปัจจัยเสี่ยงและสภาพแวดล้อม ที่ส่งผลกระทบต่อโรควิถีชีวิตด้วยการรวมพลังขับเคลื่อนจากทุกภาคส่วนอย่างบูรณาการ สมดุล ยั่งยืน และเป็นสุข บนพื้นฐานปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

2. พันธกิจ

สร้างชุมชน ท้องถิ่น สังคม ที่ตระหนักรู้ ลดปัจจัยเสี่ยง เสริมปัจจัยเอื้อ และมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง ในการผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติการค้นหา เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม จัดการปัญหา และพัฒนาของทุกภาคส่วน อย่างเป็นระบบ องค์กรรวม ครอบคลุม มีประสิทธิภาพ

3. เป้าประสงค์สูงสุด

ประชาชน ชุมชน สังคม และประเทศ มีภูมิคุ้มกันและศักยภาพในการสกัดกั้นภัยคุกคามสุขภาพจากโรควิถีชีวิตที่สำคัญได้

4. เป้าหมายหลักในการพัฒนา

ลดปัญหาโรควิถีชีวิตที่สำคัญ 5 โรค คือ 1) โรคเบาหวาน 2) โรคความดันโลหิตสูง 3) โรคหัวใจขาดเลือด 4) โรคหลอดเลือดสมอง 5) โรคมะเร็ง ใน 4 ด้าน คือ 1) ลดการเกิดโรค 2) ลดภาวะแทรกซ้อน 3) ลดการตาย 4) ลดภาระค่าใช้จ่าย ด้วยการเพิ่มวิถีชีวิตพอเพียงใน 2 ด้าน คือ 1) การบริโภคที่เหมาะสม 2) การออกกำลังกายที่เพียงพอ ประกอบด้วยตัวชี้วัดหลักในการพัฒนาใน 3 ระยะในช่วงเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2550 – 2559) จำนวน 16 ตัวชี้วัด ดังนี้ (ดูภาคผนวก 3)

ระยะสั้น 1-3 ปี

1) ผู้นำเชิงยุทธศาสตร์ของทุกภาคส่วน ทั้งระดับส่วนกลางและระดับจังหวัด ร่วมผลักดันนโยบายอาหาร การดำรงชีวิต และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพสู่การปฏิบัติครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย “เพิ่มขึ้น”

2) ประชาชนกลุ่มเป้าหมายพึงพอใจต่อนโยบาย รับรู้ เข้าใจ ตระหนักถึงภาวะเสี่ยง แนวทางสร้างเสริมสุขภาพ และมีพฤติกรรมควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงและโรควิถีชีวิตได้ “เพิ่มขึ้น”

3) ชุมชน ท้องถิ่น และองค์กรที่สามารถดูแลและจัดการเกี่ยวกับการลดโรคและภาวะโรควิถีชีวิตได้ด้วยตนเอง “เพิ่มขึ้น”

4) สถานพยาบาลทุกระดับทั้งภาครัฐและเอกชนมีนโยบาย กระบวนการต้นของผู้นำและทีมปฏิบัติงาน และศักยภาพใหม่ในการจัดการระบบเฝ้าระวัง ระบบบริการโรควิถีชีวิต “เพิ่มขึ้น”

ระยะกลาง 5 ปี

5) การบริโภคผักและผลไม้มากกว่า 5 หน่วยมาตรฐานต่อวัน “เพิ่มขึ้น”

6) การบริโภคหวาน เค็ม และมัน “ลดลง”

7) เด็กอายุ 6 – 14 ปี มีน้ำหนักเทียบกับส่วนสูง เป็นปกติ “เพิ่มขึ้น”

8) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีดัชนีมวลกายไม่เกิน 25 กก./ตรม. “เพิ่มขึ้น”

9) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ชายมีรอบเอวไม่เกิน 90 ซม. (36 นิ้ว) และหญิงมีรอบเอวไม่เกิน 80 ซม. (32 นิ้ว) “เพิ่มขึ้น”

10) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายเพียงพอ “เพิ่มขึ้น”

11) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีทักษะในการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม “เพิ่มขึ้น”

12) อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง “ลดลง”

ระยะยาว 10 ปี

13) อายุขัยเฉลี่ยของคนไทยที่ปราศจากโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง “เพิ่มขึ้น”

14) อัตราตายปรับฐานอายุด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง “ลดลง”

15) ความชุกของโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง “ไม่เพิ่มขึ้น”

16) ค่าใช้จ่ายโดยรวมด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง “ลดลง”

ส่วนที่ 3 เส้นทางและยุทธศาสตร์การพัฒนา

แผนนี้ได้กำหนดเส้นทางการพัฒนาและเป้าหมายการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอน ไม่ก้าวกระโดด โดยการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนา 5 ยุทธศาสตร์ ใน 3 ระยะ ดังนี้

1. เส้นทางการพัฒนา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ระยะสั้น 1-3 ปี: บูรณาการความคิด สร้างความเชื่อมั่นและการมีส่วนร่วม (พ.ศ. 2550-2552) ขับเคลื่อนของภาคีเครือข่ายร่วม

ระยะสั้น 5 ปี: ปฏิบัติการเชิงรุกสู่การวางรากฐานเชิงโครงสร้างและระบบ (พ.ศ. 2550-2554)

ระยะสั้น 10 ปี: สร้างความเข้มแข็งเชิงโครงสร้างและระบบในการป้องกันและแก้ไขปัญหาย่างยั่งยืน (พ.ศ. 2550-2559)

2. ยุทธศาสตร์การพัฒนา ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ 14 เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 3 ยุทธวิธีร่วมและ 11 ยุทธวิธีย่อยรายยุทธศาสตร์ (ดูรูปที่ 2.4 และตารางที่ 2.1)

ยุทธศาสตร์ที่ 1: นโยบายสาธารณะสร้างสุข (Healthy Public Policy)

ยุทธศาสตร์ที่ 2: การขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะ (Social Mobilization & Public Communication)

ยุทธศาสตร์ที่ 3: การพัฒนาศักยภาพชุมชน (Community Building)

ยุทธศาสตร์ที่ 4: การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการโรค (Surveillance & Care System)

ยุทธศาสตร์ที่ 5: การสร้างความเข้มแข็งของระบบสนับสนุนยุทธศาสตร์ (Capacity Building)

ส่วนที่ 4 กรอบแผนงานภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนา

จากเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ได้กำหนดกรอบแผนงานการพัฒนาภายใต้ยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยไว้ 28 แผนงาน (ดูตารางที่ 2.2)

ตารางที่ 2.1 ยุทธวิธีภายใต้กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2550 – 2559

ยุทธศาสตร์	เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์	ยุทธวิธีรายยุทธศาสตร์	ยุทธวิธีร่วม	
ยุทธศาสตร์ 1 นโยบายสาธารณะสร้างสุข (Healthy Public Policy)	1.1 มีนโยบายสาธารณะในการควบคุมเครื่องดื่มและอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ	1-1 สร้างความเข้มแข็งของมาตรการบังคับใช้กฎหมาย	I สร้างกระบวนการบูรณาการ แนวคิด แผนนโยบาย และแนวปฏิบัติ ด้วยการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนและการมีส่วนร่วมของผู้ผู้นำและภาคีเครือข่ายในทุกระดับ ตั้งแต่เริ่มต้นจนครบวงจร	
	1.2 มีนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมการผลิตและบริโภคเครื่องดื่มอาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ	1-2 สร้างทางเลือกของนโยบายสาธารณะระดับชาติ บนพื้นฐานสิทธิ หน้าที่ และความเห็นร่วมระดับประชาสังคม		1-3 สร้างนโยบายสาธารณะระดับสถาบัน องค์กร ที่สร้างสภาพแวดล้อมสำหรับปรับพฤติกรรมในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะได้อย่างเพียงพอ
	1.3 มีนโยบายส่งเสริมการออกกำลังกาย			
	1.4 มีนโยบายการจัดการน้ำหนักสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ			
ยุทธศาสตร์ 2 การขับเคลื่อนทางสังคม และสื่อสารสาธารณะ (Social Mobilization & Public Communication)	2.1 ประชาชนและสังคม รับรู้ เข้าใจ ตระหนักถึงภาวะเสี่ยง การป้องกันโรค และแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อโรควิถีชีวิต	2-1 รณรงค์สร้างกระแสสังคม และสื่อสารสาธารณะประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรควิถีชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม และความร่วมมือของสังคมอย่างต่อเนื่อง		
	2.2 สถาบันภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน มีส่วนร่วมและเป็นเครือข่ายในการสร้างวิถีชีวิตเพื่อการมีสุขภาพดีได้อย่างมีประสิทธิภาพ	2-2 การจัดการความรู้ สร้างเครือข่ายและช่องทางการสื่อสารเชิงรุกแบบบูรณาการ เพื่อเตือนภัย เรียนรู้ และจัดการความเสี่ยงได้อย่างทันการณ์		
ยุทธศาสตร์ 3 การพัฒนาศักยภาพชุมชน (Community Building)	3.1 ชุมชน ท้องถิ่น และองค์กร รับรู้ เข้าใจ ตระหนัก สามารถดูแลและจัดการลดเสี่ยงลดโรคและภาวะโรควิถีชีวิต	3-1 เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในการตรวจสอบและเร่งรัดการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน วัฒนธรรม และค่านิยมใหม่ของผู้ผู้นำ เจ้าหน้าที่และประชาชน	II สร้างนโยบาย กลไก มาตรการ การบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์และระบบอย่างเชื่อมโยงเสริมแรงกันบนพื้นฐานภูมิสังคมที่เข้มแข็ง	
	3.2	3-2 สร้างความร่วมมือ ขยายเครือข่าย พัฒนารูปแบบเพิ่มคุณภาพและสร้างความเป็นเจ้าของให้จัดการปัจจัยเสี่ยงเพื่อการมีวิถีชีวิตสุขภาพที่ดี		
ยุทธศาสตร์ 4 การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง และการจัดการโรค (Surveillance & Care System)	4.1 มีระบบเฝ้าระวังโรควิถีชีวิตที่มีคุณภาพมาตรฐาน	4-1 พัฒนาศักยภาพระบบเฝ้าระวังโรคที่มีคุณภาพมาตรฐาน เพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	III สร้างนวัตกรรม นโยบาย รูปแบบการพัฒนา และแบบอย่างปฏิบัติที่ดี ที่มีอิทธิพลต่อการขยายผลให้เกิดการพึ่งพาตนเองและพัฒนาอย่างยั่งยืนในระดับชุมชน ท้องถิ่น สังคม และประเทศ	
	4.2 กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองที่มีคุณภาพ ครอบคลุม และสามารถจัดการได้ด้วยตนเอง	4-2 สร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลง ต้นแบบของผู้มีกระบวนการทัศนและศักยภาพบริการใหม่ และกระบวนการเรียนรู้สู่กระแสการเปลี่ยนแปลงแบบเชื่อมโยงเป็นระบบในทุกระดับ		
	4.3 กลุ่มผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง มีระบบและมาตรฐานการจัดการโรค และภาวะแทรกซ้อน และการดูแลส่งต่อผู้ป่วยโรควิถีชีวิตแบบบูรณาการเป็นองค์รวม	4-3 เพิ่มโอกาสการเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ โดยใช้ชุมชนและเครือข่ายร่วมภาครัฐ-เอกชน-วิชาการ เป็นกลไกนำเข้าสู่ระบบการจัดการได้ด้วยตนเองอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน		
ยุทธศาสตร์ 5 การสร้างความเข้มแข็งของระบบสนับสนุนยุทธศาสตร์ (Capacity Building)	5.1 ผู้นำและบุคลากรมีศักยภาพในการบริหารจัดการ และสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ในทุกระดับ	5-1 สร้างวัฒนธรรมที่เอื้อต่อการเรียนรู้วิชาการแนวใหม่ เพิ่มศักยภาพระบบบริหารจัดการทรัพยากร และสร้างระบบพัฒนางานเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง		
	5.2 องค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ และการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ได้อย่างเหมาะสม			
	5.3 มีระบบบริหารจัดการและกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ			
	5.4 มีระบบคุณภาพและการประเมินผลภาพรวมอย่างบูรณาการ			

ตารางที่ 2.2 กรอบแผนงานภายใต้ยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2550 – 2559

ยุทธศาสตร์ 1 นโยบายสาธารณะสร้างสุข (Healthy Public Policy)

เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์	กรอบแผนงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก
1.1 มีนโยบายสาธารณะในการควบคุมเครื่องดื่มและอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ	1.1.1 การบังคับมาตรการทางกฎหมาย (ฉลากโภชนาการและข้อมูลแสดงปริมาณพลังงาน ทั้งอาหารสำเร็จรูป กึ่งสำเร็จรูป อาหารปรุงสำเร็จและพร้อมปรุง ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง)	กสธ. สำนักนายกรมต. สศช. สช. สคบ.
	1.1.2 การศึกษาวิจัยและพัฒนานโยบาย กฎหมาย และมาตรการบังคับ/ส่งเสริม (การลดความซ้ำซ้อน/ขัดแย้งของกฎหมาย กลไกภาษีเพื่อปรับราคา ควบคุมการจำหน่าย โฆษณา ขนาดบรรจุภัณฑ์ของเครื่องดื่มที่มีรสหวานและอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น ซอสน้ำตาลขนาดพอดิบกับ 1 ซ้อนชา, ควบคุมการโฆษณาอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ, การควบคุมการโฆษณาที่มีผลกระทบต่อ การขับเคลื่อนและสร้างกระแสสังคมเกี่ยวกับวิถีชีวิตที่ถูกต้องเหมาะสม, พรบ.อาหาร เป็นต้น)	ก.การคลัง ก.อุตสาหกรรม ก.เกษตรฯ ก.พาณิชย์ ก.วิทยาศาสตร์ฯ องค์การระหว่างประเทศ/นานาชาติ
1.2 มีนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมการผลิตและบริโภคเครื่องดื่ม อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ	1.2.1 การศึกษาวิจัยและพัฒนามาตรการสนับสนุนการผลิตและการบริโภคเครื่องดื่ม อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณค่าทางโภชนาการ (การรณรงค์ทางมาตรฐานอาหารแห่งชาติ : Food National Guideline from Farm To Table (Food Safety, Food Security, Food Education), ขนมและอาหารไทยเพื่อสุขภาพ, อาหารว่างเพื่อสุขภาพ, อาหารขจัดความเครียด, ขนมขบเคี้ยว และอาหารจุกจิกที่ส่งเสริมสุขภาพ : Healthy Snack ; Smart Snack, น้ำผลไม้ไม่ใส่น้ำตาล, น้ำดื่มสะอาด, ส่งเสริมให้มีตราสัญลักษณ์ ธงโภชนาการ)	สศช. สช. ก.เกษตรฯ ก.อุตสาหกรรม ก.วิทยาศาสตร์ฯ ก.ศึกษา กสธ.
	1.2.2 การส่งเสริมการผลิตและบริโภคอาหารเกษตรปลอดสารพิษ (ผักและผลไม้)	ก.เกษตรฯ ก.อุตสาหกรรม
	1.2.3 การเพิ่มการเข้าถึงวัตถุดิบ เครื่องดื่ม อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ และอาหารเกษตรปลอดสารพิษ (ผักและผลไม้) ในราคาที่เหมาะสมและมีความรับผิดชอบ	ก.พาณิชย์ สคบ. สภาอุตสาหกรรมฯ สภาหอการค้าฯ กสธ.
	1.2.4 การยกระดับมาตรฐานโรงแรม ภัตตาคาร ร้านอาหาร ผู้ผลิตอาหาร และผู้จำหน่าย (จัดให้มีเมนูอาหารมื้อหลักและอาหารว่างสุขภาพ, ให้แสดงปริมาณพลังงาน เกลือ น้ำตาล, มีการใช้วัตถุดิบที่มีคุณค่าทางโภชนาการ)	กสธ. ก.การท่องเที่ยวฯ ภาคเอกชน สถาบันวิชาชีพ (สมาคมโรงแรม, ผู้ประกอบการ)
1.3 มีนโยบายส่งเสริมการออกกำลังกาย	1.3.1 ท้องถิ่นมีสถานที่ออกกำลังกายและเล่นกีฬาในพื้นที่ (สวนสาธารณะ ทางเดินเท้า ทางจักรยาน สถานที่และอุปกรณ์ในการออกกำลังกายและเล่นกีฬา, ฟิตเนสเซนเตอร์, ส่งเสริมการจัดกิจกรรมและสิ่งอำนวยความสะดวกอย่างต่อเนื่อง)	ก.มหาดไทย กสธ. กทม. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
	1.3.2 การส่งเสริมครอบครัวออกกำลังกาย เด็กและเยาวชนเล่นกีฬาและออกกำลังกายเป็นวิถีชีวิต (การเพิ่มศักยภาพการเรียนการสอนวิชาพลศึกษา, การลดหย่อนภาษีสำหรับอุปกรณ์การเล่นกีฬาและออกกำลังกาย, มาตรการส่งเสริมการได้รับประโยชน์จากการออกกำลังกาย, มาตรการสร้างภาพลักษณ์กติกาส่งเสริมสุขภาพ)	ก.พัฒนาสังคมฯ ก.วัฒนธรรมฯ ก.การท่องเที่ยวฯ กสธ.
	1.3.3 นโยบายการสร้างพื้นที่สาธารณะ พื้นที่สีเขียว ระบบขนส่งมวลชน การก่อสร้างอาคาร สภาพแวดล้อม และสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย ใกล้บ้าน ใกล้ที่ทำงาน ใกล้ชุมชน ได้อย่างปลอดภัย	ก.คมนาคม ก.ทรัพยากรฯ ก.มหาดไทย กสธ. หน่วยงานราชการ รัฐวิสาหกิจ กทม. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน
1.4 มีนโยบายการจัดการน้ำหนักสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ	1.4.1 ศูนย์เด็กเล็ก ศูนย์พัฒนาเด็ก สถานรับเลี้ยงเด็กเอกชน และโรงเรียน มีนโยบายส่งเสริมจัดการน้ำหนัก (จัดเมนูอาหารสุขภาพ, กินผักและผลไม้, ปลอดภัยเครื่องดื่มรสหวาน, ปลอดภัยขนมกรุบกรอบ, ออกกำลังกายและเล่นกีฬา)	สสส. ก.ศึกษา ก.มหาดไทย ก.พัฒนาสังคมฯ กสธ. หน่วยงานราชการ รัฐวิสาหกิจ กทม. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน
	1.4.2 ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ธุรกิจเอกชน และแรงงานในสถานประกอบการ “กินดี ไม่มีพุง” (จัดสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่ม อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณค่าทางโภชนาการและถูกสุขอนามัย, สถานที่ออกกำลังกาย, การผ่อนคลายความเครียด, อาหารว่างสุขภาพ, เมนูอาหารสุขภาพ, มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนอื่นๆ : มาตรการทางภาษี; การเงินการคลัง ; สวัสดิการ)	กสธ. ก.พ. ก.พ.ร. ก.แรงงาน หน่วยงานราชการ รัฐวิสาหกิจ กทม. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน

ตารางที่ 2.2 กรอบแผนงานภายใต้กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2550 – 2559 (ต่อ)

ยุทธศาสตร์ 2 การขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะ (Social Mobilization & Public Communication)

เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์	กรอบแผนงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก
<p>2.1 ประชาชนและสังคม รับรู้ เข้าใจ ตระหนักถึง ภาวะเสี่ยง การป้องกันโรค และแนวทางการ สร้างเสริมสุขภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงเชิง พฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อโรควิถีชีวิต</p>	<p>2-1 การรณรงค์และประชาสัมพันธ์การขับเคลื่อนสังคมและการสื่อสารสาธารณะ (การสร้างกระแสสังคม และรณรงค์สื่อสาร ประเด็นนโยบายสาธารณะและประเด็นเฉพาะ เช่น โรควิถีชีวิตป้องกันได้, กินดี ไม่มีพุง, การผลิตและบริโภคอาหารที่ถูกหลัก โภชนาการ, การออกกำลังกาย, ความเครียดทำให้ความดันโลหิตสูง, ความโกรธทำให้เป็นโรคหัวใจ, การจัดการอารมณ์, การดูแลสุขภาพตนเอง, การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง, การพัฒนาคุณภาพระบบบริการ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้เป็นโรค : คุณภาพบริการ เพื่อลดปัญหาตามยอดหรือไตวายจากเบาหวาน และปัญหาจากความดันโลหิตสูง เป็นต้น)</p>	<p>ก.พัฒนาสังคมฯ สำนักนายก รมต. (กปส., อสมท.) สคบ. กสธ. สสส.</p>
<p>2.2 สถาบันภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน มีส่วนร่วมและเป็นเครือข่าย ในการสร้างวิถีชีวิตเพื่อการมีสุขภาพดีได้ อย่างมีประสิทธิภาพ</p>	<p>2-2 การสร้างและพัฒนาเครือข่ายการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม (การสร้างและพัฒนาความร่วมมือด้านการสื่อสารเพื่อสังคม และ เครือข่ายการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ท้องถิ่น ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน และสื่อมวลชน)</p> <p>2-3 การจัดการความรู้ในการขับเคลื่อนสังคมและการสื่อสารสาธารณะ (การจัดการความรู้และพัฒนาช่องทางสื่อสารที่ เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น ศึกษาวิจัย, แลกเปลี่ยนเรียนรู้, ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านปัจจัยเสี่ยงฯ, การพัฒนาคุณภาพสื่อและ เทคโนโลยีการสื่อสาร เป็นต้น)</p>	<p>ก.วัฒนธรรม ก.เทคโนโลยีฯ ก.มหาดไทย ก.ศึกษาธิการ ก.แรงงาน ก.การท่องเที่ยวฯ ก.ทรัพยากร กทม. สื่อมวลชน ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน</p>

ตารางที่ 2.2 กรอบแผนงานภายใต้กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2550 – 2559 (ต่อ)

ยุทธศาสตร์ 3 การพัฒนาศักยภาพชุมชน (Community Building)

เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์	กรอบแผนงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก
<p>3.1 ชุมชน ท้องถิ่น และองค์กร รับรู้ เข้าใจ ตระหนัก สามารถดูแลและจัดการลดเสี่ยงโรคและภาวะโรควิถีชีวิต</p>	<p>3.1.1 การสร้างความตระหนักและเสริมสร้างพลังชุมชน (การปรับกระบวนการทัศน์ของบุคลากร ผู้นำภาครัฐ เอกชน ชุมชน และประชาชน, การบูรณาการนโยบาย แผน การจัดการทรัพยากร สภาพแวดล้อมของเครือข่ายในระดับชุมชนร่วมกับภาครัฐ ท้องถิ่น ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน, การสนับสนุนกิจกรรมนำร่องเสริมสร้างสุขภาพชุมชน, การสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานเสริมสร้างสุขภาพวิถีชีวิตไทยภายในชุมชน)</p>	<p>ก.มหาดไทย ก.พัฒนาสังคมฯ ก.วัฒนธรรม กสธ. สช. พศ. กทม.</p>
	<p>3.1.2 บูรณาการบริหารจัดการข้อมูลและข่าวสารชุมชน (การสนับสนุนข้อมูลและข่าวสารอย่างบูรณาการ, การบูรณาการข้อมูลข่าวสารโดยชุมชนเพื่อชุมชน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างชุมชนและเครือข่าย)</p>	<p>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p>
	<p>3.1.3 การพัฒนาและขยายรูปแบบชุมชน ท้องถิ่น และองค์กร ที่มีศักยภาพในการจัดการลดเสี่ยงโรค (สร้างชุมชนต้นแบบสุขภาพวิถีไทย, ชุมชนต้นกล้าลดเสี่ยง, การทำบัญชีพลังงาน (Energy Accounting), การทำชุมชนอ่อนหวาน, ชุมชนปลอดความโกรธ, ถนนชุมชนสุขภาพ, ต่อยอดชุมชนเกษตรทฤษฎีใหม่/เศรษฐกิจพอเพียง, ความร่วมมือกับผู้ประกอบการในชุมชน, การคัดกรองความเสี่ยงระดับหมู่บ้าน, การพัฒนากลไกการทำงานและสนับสนุนทรัพยากร, การจัดการความรู้แบบบูรณาการของเครือข่าย, การใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมายที่ลดเสี่ยงและภาวะสุขภาพ)</p>	<p>ภาคเอกชน สถาบันวิชาชีพ ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน</p>

ตารางที่ 2.2 กรอบแผนงานภายใต้กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2550 – 2559 (ต่อ)

ยุทธศาสตร์ 4 การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง และการจัดการโรค (Surveillance & Care System)

เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์	กรอบแผนงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก
4.1 มีระบบเฝ้าระวังโรควิถีชีวิตที่มีคุณภาพมาตรฐาน	4.1.1 การพัฒนาศักยภาพระบบเฝ้าระวังโรควิถีชีวิตที่มีคุณภาพมาตรฐานเพื่อป้องกัน ควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ (การสร้างระบบเครือข่ายการเฝ้าระวังโรควิถีชีวิตที่มีคุณภาพมาตรฐาน : การพัฒนากลไกระบบเครือข่าย; ระบบการสำรวจสุขภาพประชากร; ระบบทะเบียนข้อมูลสุขภาพของโรคเป้าหมาย; ระบบสถิติชีพ; ระบบ National Electronic Surveillance System ที่มีมาตรฐาน, การพัฒนาระบบรายงานการเฝ้าระวังโรควิถีชีวิตที่มีคุณภาพมาตรฐาน : ระบบการสื่อสารและรายงานการเฝ้าระวังโรคที่เป็นปัจจุบันและมีมาตรฐานสูงกลุ่มเป้าหมาย; การเพิ่มศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้สามารถเฝ้าระวังโรควิถีชีวิต; การจัดตั้ง National Health and Lifestyle Surveillance System Center)	กสธ. ก.มหาดไทย ก.เทคโนโลยีฯ สนง.สถิติแห่งชาติ สปสช. ก.แรงงาน (สนง.ประกันสังคม) สวรส. กทม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน สถาบันวิชาชีพ
4.2 กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองที่มีคุณภาพและครอบคลุม และสามารถจัดการได้ด้วยตนเอง	4.2.1 การพัฒนาการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (Comprehensive/Composite/Target Screening) (การคัดกรองภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วน ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลและอินซูลินผิดปกติ ความเครียด และอื่น ๆ ที่เป็นพฤติกรรมเสี่ยง) 4.2.2 การบริการลดเสี่ยงต่อเนื่อง (การพัฒนาแนวคิดและระบบบริการคัดกรองและลดเสี่ยงให้บูรณาการกับระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ และสนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงสามารถจัดการดูแลลดเสี่ยงได้ด้วยตนเอง)	กสธ. สปสช. ก.แรงงาน (สนง.ประกันสังคม) กทม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
4.3 กลุ่มผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง มีระบบและมาตรฐานการบริหารจัดการโรคและภาวะแทรกซ้อน และการดูแลส่งต่อผู้ป่วยโรควิถีชีวิตแบบบูรณาการเป็นองค์รวม	4.3.1 การพัฒนากระบวนทัศน์และศักยภาพใหม่ของบุคลากรสาธารณสุข (แนวคิดการให้ความรู้แบบบูรณาการ, แนวคิดการจัดการตนเอง, แนวคิดต้นแบบดูแลสุขภาพเรื้อรัง (Chronic Care Model)) 4.3.2 การพัฒนาการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วย (เช่น เบาหวาน มีการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า และอื่น ๆ) 4.3.3 การพัฒนามาตรฐาน ระบบ และการจัดการด้านการดูแลรักษาในกลุ่มโรควิถีชีวิตในระดับชาติ (คู่มือเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรควิถีชีวิตในระดับชาติ พัฒนาระบบทะเบียนและรายงานโรค (เสริมความเข้มแข็งจากระบบเดิม), การจัดตั้ง Assessment Center, การติดตามประเมินผล (Clinical Audit / Clinical Indicator), การพัฒนาบุคลากรในการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนและดูแลรักษาของกลุ่มโรควิถีชีวิตแบบบูรณาการ, การพัฒนามาตรฐานวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับบริการลดเสี่ยงลดโรค, การกำหนดมาตรฐานค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรควิถีชีวิต) 4.3.4 การประสานความร่วมมือในการจัดทำแผนระบบบริการที่มีคุณภาพร่วมกัน (การบูรณาการระบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยแบบบูรณาการอย่างครบวงจร, การจัดการผู้ป่วย (Disease Management) แบบบูรณาการตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงระดับจังหวัด)	กสธ. สปสช. ก.แรงงาน (สนง.ประกันสังคม) ก.ศึกษาฯ ก.พ.ร. กทม. กสธ. สปสช. ก.แรงงาน (สนง.ประกันสังคม) สถาบันวิชาชีพ ก.กลาไหม ตช. กทม. ก.มหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานพยาบาลภาครัฐเอกชน สนง.สถิติแห่งชาติ กสธ. สปสช. ก.แรงงาน (สนง.ประกันสังคม) สถาบันวิชาชีพ สถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน

ตารางที่ 2.2 กรอบแผนงานภายใต้กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2550 – 2559 (ต่อ)

ยุทธศาสตร์ 5 การสร้างความเข้มแข็งของระบบสนับสนุนยุทธศาสตร์ (Capacity Building)

เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์	กรอบแผนงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก
5.1 ผู้นำและบุคลากรมีศักยภาพในการบริหารจัดการ และสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ในทุกระดับ	5.1.1 การเพิ่มขีดความสามารถของผู้นำและบุคลากร (การเสริมสร้างศักยภาพผู้นำระดับบริหารและแกนนำระดับปฏิบัติการ : ระดับนโยบายส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ระดับจังหวัด ระดับพื้นที่/ท้องถิ่น ระดับองค์กร ระดับบุคคล, การพัฒนาศูนย์ประสานและจัดการความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพองค์กรร่วมกับชุมชน)	ก.ศึกษา ก.มหาดไทย ก.เทคโนโลยีฯ ก.วัฒนธรรม ก.พัฒนาสังคมฯ กสธ. สปสช. พศ. กทม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันวิชาชีพ ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน
5.2 องค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ และการบริหารจัดการ ยุทธศาสตร์ได้อย่างเหมาะสม	5.2.1 การจัดการความรู้และวิจัยแบบบูรณาการในทุกระดับ (การพัฒนาระบบต้นแบบดำรงชีวิตไทยเพื่อการมีสุขภาพดี, การพัฒนาระบบการจัดการความรู้และวิจัยด้านสุขภาพดีวิถีไทยที่นำไปใช้ได้, การศึกษาวิจัยนโยบายและยุทธศาสตร์ การบริหารทรัพยากร การบริหารความเสี่ยง, การศึกษาผลกระทบทางด้านสุขภาพที่มีนโยบายระดับชาติมาเกี่ยวข้อง, การแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างชุมชน ท้องถิ่น ประเทศ)	กสธ. สนง.คกก.วิจัยแห่งชาติ สนง.สถิติแห่งชาติ สวรส. สปสช. สสส. ก.แรงงานฯ (สนง.ประกันสังคม) ก.มหาดไทย
5.3 มีระบบบริหารจัดการและกลไกการขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ	5.3.1 การสร้างระบบบริหารจัดการและกลไกการดำเนินงานวิธใหม่ (การจัดตั้งศูนย์และสร้างต้นแบบการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ (Work System Model), Management Information System, รูปแบบและกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์, การสร้างแรงจูงใจให้เกิดผลผลิตตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้)	สำนักงบประมาณ กสธ. สปสช. ก.เทคโนโลยีฯ ก.แรงงาน (สนง.ประกันสังคม) สสส. ก.มหาดไทย
5.4 มีระบบคุณภาพและการประเมินผลภาพรวม อย่างบูรณาการ	5.4.1 การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ประเมินผลและพัฒนาคุณภาพอย่างบูรณาการ (การพัฒนากรอบการวางแผนร่วมกันของการ ประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ร่วม, การพัฒนาระบบข้อมูลและการใช้ประโยชน์ข้อมูลในการเฝ้าระวังเชิงบริหารและการประเมินผลนโยบายและยุทธศาสตร์, การพัฒนาระบบคุณภาพเพื่อการบริหารจัดการอย่างบูรณาการและต่อเนื่อง)	กสธ. สช. สปสช. สสส. ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน

หมายเหตุ : กรอบแผนงานในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ไม่รวมถึงการลดปัจจัยเสี่ยงจากการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรค มะเร็ง ซึ่งมีแผนงานขององค์กรรับผิดชอบโดยตรงที่เข้มแข็งอยู่แล้ว จึงเป็นการหนุนเสริมซึ่งกันและกันเท่านั้น

ภาคที่ 3

แนวทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย

จากกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทยจำเป็นต้องมีการผลักดันขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ การให้บังเกิดผลสัมฤทธิ์ตามที่ได้กำหนดไว้ ผ่านกระบวนการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์และ กลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ด้วยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนอย่างเป็นเอกภาพ และจริงจัง

ส่วนที่ 1 แนวทางการบริหารจัดการสู่ความสำเร็จ

1.1 สร้างเจตจำนงทางการเมือง ให้กลไกทางการเมืองทุกฝ่ายทุกระดับต้องให้ความสำคัญและความร่วมมือในการกำหนดนโยบายและสนับสนุนการดำเนินงาน

1.2 สร้างจิตสำนึก ค่านิยม อุดมการณ์ ความรักและภาคภูมิใจในความเป็นไทย ดำรงไว้ซึ่งขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม ประเพณีอันดีงามและภูมิปัญญาท้องถิ่นทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สถาบัน องค์กร ท้องถิ่น ชุมชน สังคมและประเทศ

1.3 มุ่งเน้นป้องกัน ส่งเสริม ขจัดปัญหา สร้างศักยภาพของประชาชนและชุมชนในระดับรากหญ้าให้เข้มแข็ง มีภูมิคุ้มกัน สามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืนบนพื้นฐานปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อสร้างวิถีชีวิตพอเพียงที่ทำให้มีสุขภาพดีอย่างพอเพียง ยกกระดับคุณภาพชีวิต สร้างสังคมที่เข้มแข็ง สังคมคุณธรรม สังคมที่เกื้อกูลต่อกันและสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจของประเทศ

1.4 แสวงหาความร่วมมือและเสริมสร้างบทบาทการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคมและภาคประชาชนผ่านกระบวนการบูรณาการแผนในทุก รูปแบบและทุกระดับ สู่การปฏิบัติการในลักษณะหุ้นส่วนและพันธมิตรทางด้านยุทธศาสตร์และการพัฒนาในทุกประเด็นและทุกขั้นตอนอย่างเป็นเอกภาพ เข้มแข็งและยั่งยืน

1.5 จัดโครงสร้างองค์กร/กลไกการขับเคลื่อนในทุกระดับตั้งแต่ระดับชาติ จังหวัด อำเภอ/กิ่งอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน/ชุมชน เพื่อเป็นแกนนำรับผิดชอบดำเนินการในลักษณะการบูรณาการ ทั้งแนวคิด แนวนโยบาย แผนงาน งบประมาณ ทรัพยากร การปฏิบัติการและกำหนดเป็นตัวชี้วัด ในการพัฒนาและการติดตามประเมินผล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน

1.6 ให้ทุกส่วนราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจทุกระดับต้องให้ความสำคัญมีส่วนร่วมรับผิดชอบจัดให้มีระบบบริหารจัดการสนับสนุนดำเนินการที่มุ่งผลสัมฤทธิ์อย่างจริงจังและต่อเนื่อง เพื่อให้บังเกิดผลในทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ตอบสนองต่อนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ได้กำหนดไว้

ส่วนที่ 2 กลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย

ได้กำหนดกลไกการขับเคลื่อนในระดับชาติที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กัน ใน 2 ระดับ ดังนี้ (ดูรูปที่

3.1, 3.2 และภาคผนวก 4)

1. ระดับนโยบายและระดับบริหาร ประกอบด้วย คณะกรรมการ 2 คณะ คือ

1.1 คณะกรรมการอำนวยการยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย

1.2 คณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย

ทั้งนี้ ให้ยกเลิกคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 742/2550 ลงวันที่ 21 สิงหาคม 2550 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ดูภาคผนวก 5) แล้วปรับเป็นคณะกรรมการอำนวยการยุทธศาสตร์ฯ และคณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์ฯ แทน

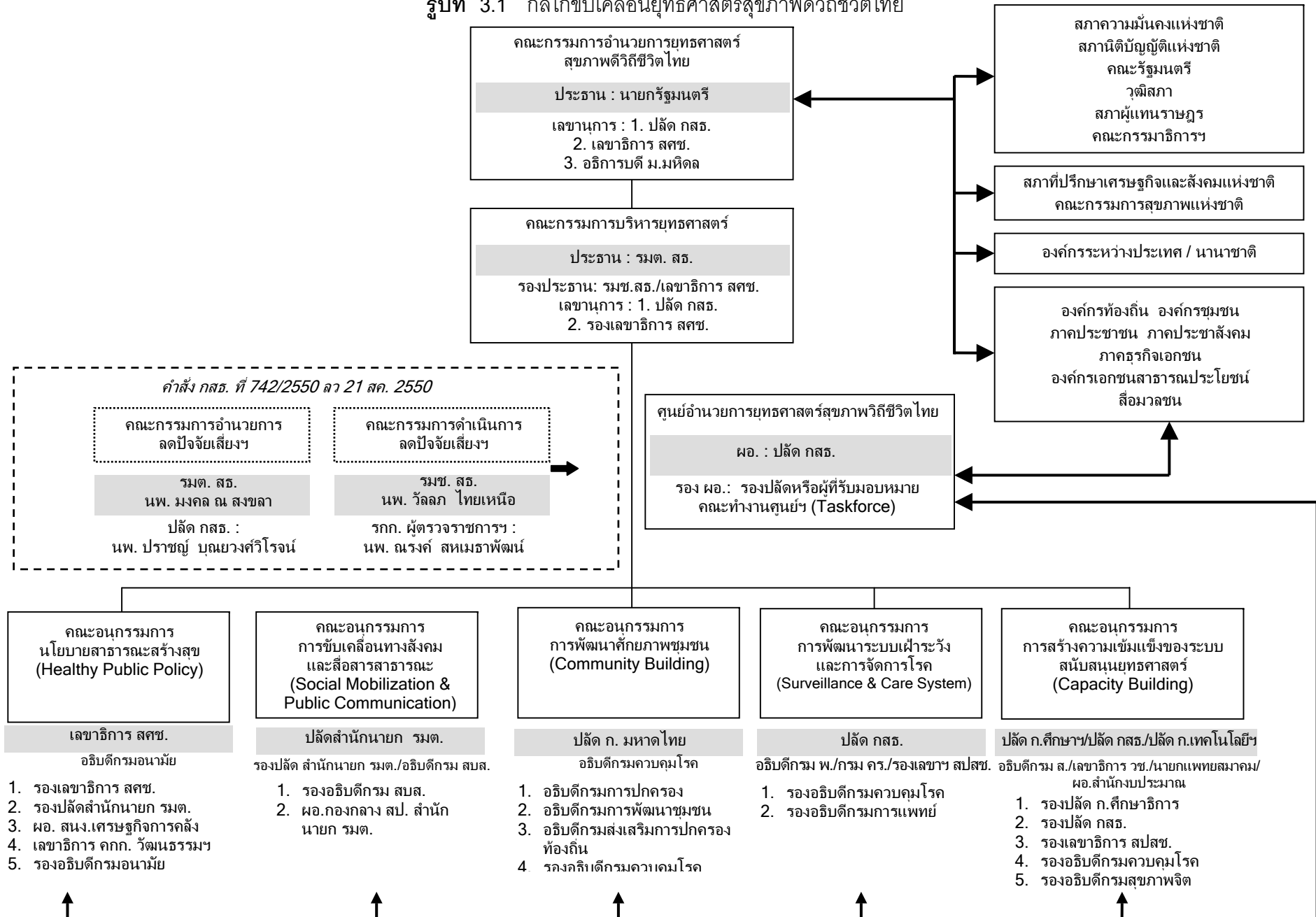
2. ระดับสนับสนุนและปฏิบัติการ ประกอบด้วย การจัดตั้งศูนย์อำนวยการและคณะอนุกรรมการ 5 คณะ คือ

2.1 ศูนย์อำนวยการยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย โดยการจัดตั้งศูนย์อำนวยการยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย สำนักงานตั้งอยู่ที่กระทรวงสาธารณสุข มีปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้อำนวยการศูนย์ฯ

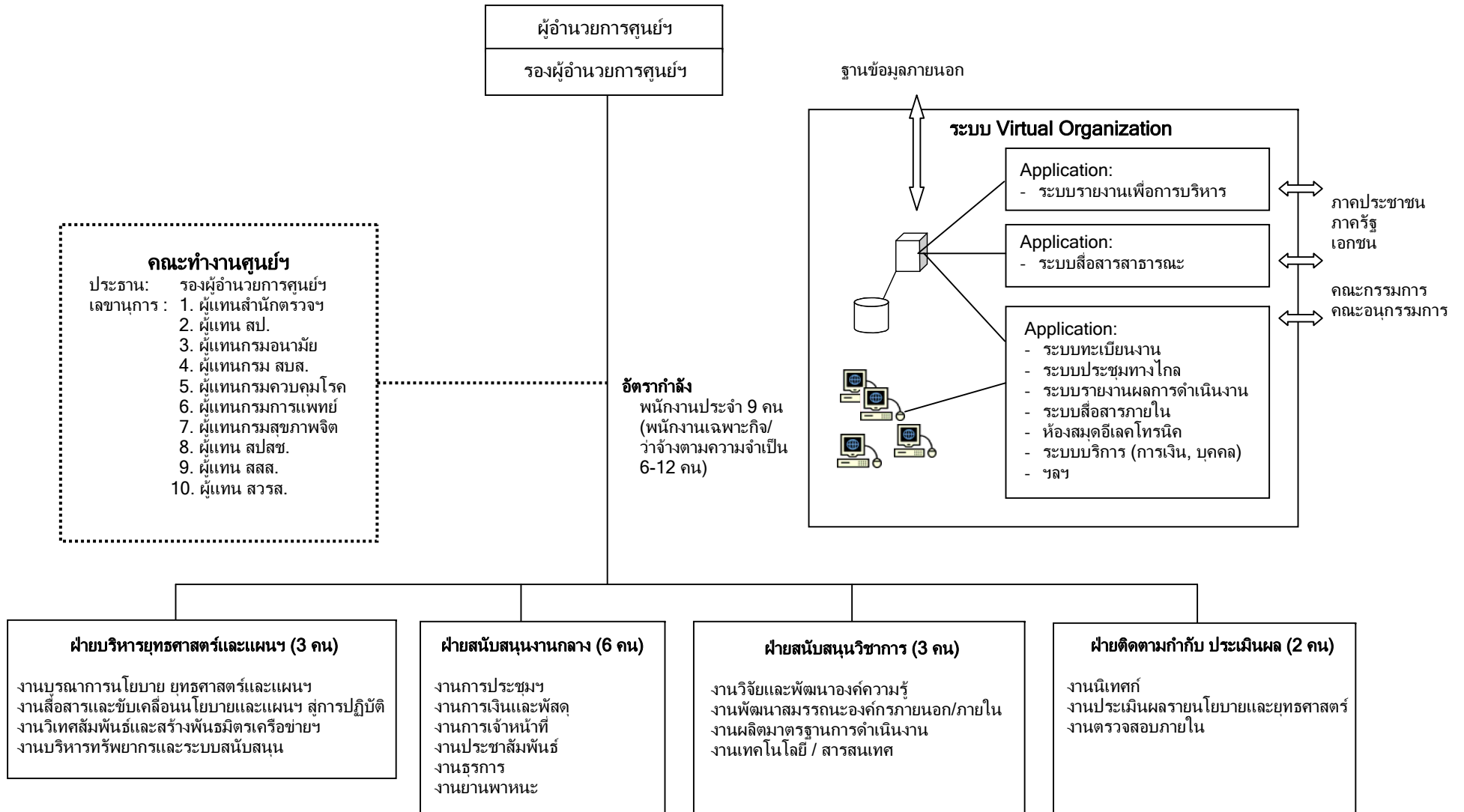
2.2 คณะอนุกรรมการยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย ประกอบด้วยคณะอนุกรรมการรับผิดชอบยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านต่าง ๆ ใน 5 ยุทธศาสตร์ย่อยดังนี้

- 1) คณะอนุกรรมการนโยบายสาธารณสุขสร้างสุข
- 2) คณะอนุกรรมการการขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะ
- 3) คณะอนุกรรมการการพัฒนาศักยภาพชุมชน
- 4) คณะอนุกรรมการการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการโรค
- 5) คณะอนุกรรมการการสร้างความเข้มแข็งของระบบสนับสนุนยุทธศาสตร์

รูปที่ 3.1 กลไกขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย



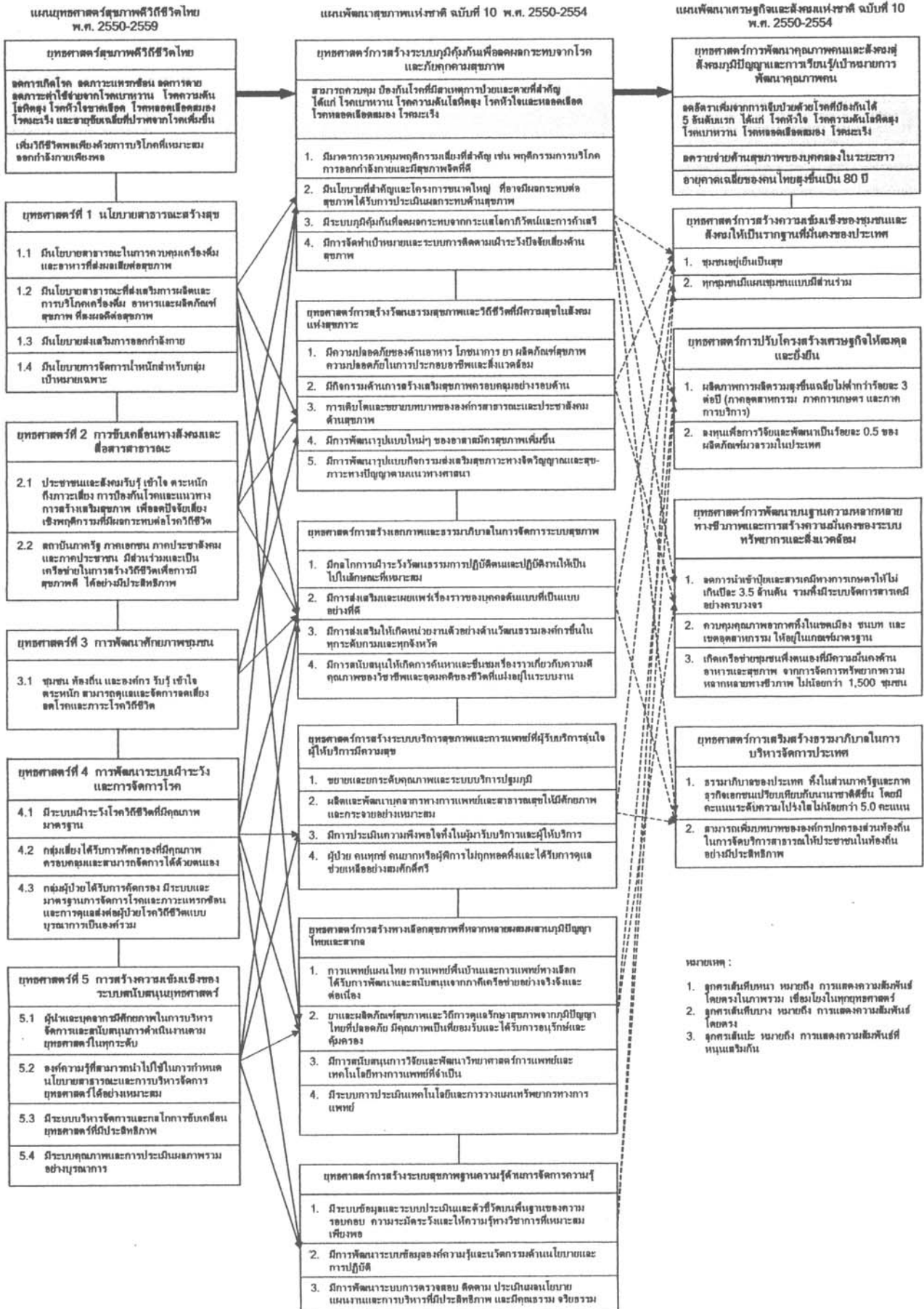
รูปที่ 3.2 ศูนย์อำนวยการยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลประเทศไทย



ภาคผนวก

ภาคผนวก 2

ความสัมพันธ์ของเป้าหมายและยุทธศาสตร์การพัฒนาในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2550-2559 กับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554



ภาคผนวก 3

ตัวชี้วัดหลักในการพัฒนาภายใต้ยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2550 - 2559

รหัส	ตัวชี้วัด	หน่วย	ค่าพื้นฐาน			ค่าเป้าหมาย		
			แหล่งข้อมูล	ปี	ค่าพื้นฐาน	3 ปี	5 ปี	10 ปี
A011	ผู้นำเชิงยุทธศาสตร์ของทุกภาคส่วนทั้งระดับส่วนกลางและระดับจังหวัด ร่วมผลักดันนโยบายอาหาร การดำรงชีวิต และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ส่งเสริมปฏิบัติครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย	ร้อยละ	ริเริ่มสำรวจ	2550	ไม่มี			
A021	ประชาชนกลุ่มเป้าหมายพึงพอใจต่อนโยบาย รับรู้ เข้าใจ ตระหนักถึงภาวะเสี่ยง แนวทางสร้างเสริมสุขภาพ และมีพฤติกรรมควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงและโรควิถีชีวิตได้	ร้อยละ	ริเริ่มสำรวจ	2550	ไม่มี			
A031	ชุมชน ท้องถิ่น และองค์กรที่สามารถดูแลและจัดการเกี่ยวกับการลดโรคและภาวะโรควิถีชีวิตได้ด้วยตนเอง	ร้อยละ	ริเริ่มสำรวจ	2550	ไม่มี			
A041	สถานพยาบาลทุกระดับทั้งภาครัฐและเอกชน มีนโยบาย กระบวนการทัศน์ของผู้นำและทีมปฏิบัติงาน และศักยภาพใหม่ในการจัดการระบบเฝ้าระวัง ระบบบริการโรควิถีชีวิต	ร้อยละ	ริเริ่มสำรวจ	2550	ไม่มี			
B051	การบริโภคผักและผลไม้มากกว่า 5 หน่วยมาตรฐานต่อวัน	ร้อยละ	NHES III	2547	26.60		30.00	
B061	การบริโภคหวาน		ริเริ่มสำรวจ					
B062	การบริโภคเค็ม		ริเริ่มสำรวจ					
B063	การบริโภคมัน		ริเริ่มสำรวจ					
B071	เด็กอายุ 6 – 14 ปี มีน้ำหนักเทียบกับส่วนสูง เป็นปกติ	ร้อยละ	กรมอนามัย					
B081	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีดัชนีมวลกายไม่เกิน 25 กก./ตรม.	ร้อยละ	รพวิเคราะห์					
B091	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ชายมีรอบเอวไม่เกิน 90 ซม. (36 นิ้ว)	ร้อยละ	NHES III	2547	85.00		90.00	
B092	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป หญิงมีรอบเอวไม่เกิน 80 ซม. (32 นิ้ว)	ร้อยละ	NHES III	2547	64.00		70.00	
B101	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายเพียงพอ	ร้อยละ	กรมอนามัย	2549	10.60			
B111	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีทักษะในการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม	ร้อยละ	กรมสุขภาพจิต	2549	70.00	80.00	85.00	90.00
B121	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน		รพวิเคราะห์					
B122	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		รพวิเคราะห์					
B123	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด		รพวิเคราะห์					
B124	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		รพวิเคราะห์					
B125	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคมะเร็ง		รพวิเคราะห์					

รหัส	ตัวชี้วัด	หน่วย	ค่าพื้นฐาน			ค่าเป้าหมาย		
			แหล่งข้อมูล	ปี	ค่าพื้นฐาน	3 ปี	5 ปี	10 ปี
C131	อายุขัยเฉลี่ยของคนไทยที่ปราศจากโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ชาย	ปี	สนง.สถิติฯ					
C132	อายุขัยเฉลี่ยของคนไทยที่ปราศจากโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน หญิง	ปี	สนง.สถิติฯ					
C133	อายุขัยเฉลี่ยของคนไทยที่ปราศจากโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ชาย	ปี	สนง.สถิติฯ					
C134	อายุขัยเฉลี่ยของคนไทยที่ปราศจากโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง หญิง	ปี	สนง.สถิติฯ					
C135	อายุขัยเฉลี่ยของคนไทยที่ปราศจากโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจขาดเลือด ชาย	ปี	สนง.สถิติฯ					
C136	อายุขัยเฉลี่ยของคนไทยที่ปราศจากโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจขาดเลือด หญิง	ปี	สนง.สถิติฯ					
C137	อายุขัยเฉลี่ยของคนไทยที่ปราศจากโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง ชาย	ปี	สนง.สถิติฯ					
C138	อายุขัยเฉลี่ยของคนไทยที่ปราศจากโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง หญิง	ปี	สนง.สถิติฯ					
C139	อายุขัยเฉลี่ยของคนไทยที่ปราศจากโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคมะเร็ง ชาย	ปี	สนง.สถิติฯ					
C140	อายุขัยเฉลี่ยของคนไทยที่ปราศจากโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคมะเร็ง หญิง	ปี	สนง.สถิติฯ					
C141	อัตราตายปรับฐานอายุ ด้วยโรคเบาหวาน	ต่อแสน	กรม คร.	2548	10.56			
C142	อัตราตายปรับฐานอายุ ด้วยโรคความดันโลหิตสูง	ต่อแสน	กรม คร.	2548	3.15			
C143	อัตราตายปรับฐานอายุ ด้วยโรคหัวใจขาดเลือด	ต่อแสน	กรม คร.	2548	15.98			
C144	อัตราตายปรับฐานอายุ ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง	ต่อแสน	กรม คร.	2548	22.11			
C145	อัตราตายปรับฐานอายุ ด้วยโรคมะเร็ง	ต่อแสน	กรม คร.					
C151	ความชุกและอัตราการเกิดของโรคเบาหวานตามกลุ่มอายุ (age adjusted)	ร้อยละ	NHES III	2547				
C152	ความชุกและอัตราการเกิดของโรคความดันโลหิตสูงตามกลุ่มอายุ (age adjusted)	ร้อยละ	NHES III	2547				
C153	ความชุกและอัตราการเกิดของโรคหัวใจขาดเลือดตามกลุ่มอายุ (age adjusted)		รวิธีศึกษา					
C154	ความชุกและอัตราการเกิดของโรคหลอดเลือดสมองตามกลุ่มอายุ (age adjusted)	ร้อยละ	TES	2547	1.90			
C155	ความชุกและอัตราการเกิดของโรคมะเร็งตามกลุ่มอายุ (age adjusted)		รวิธีศึกษา					
C161	ค่าใช้จ่ายโดยรวมด้วยโรคเบาหวาน		รวิธีศึกษา					
C162	ค่าใช้จ่ายโดยรวมด้วยโรคความดันโลหิตสูง		รวิธีศึกษา					
C163	ภาระโรค (DALY) ด้วยโรคเบาหวาน		IHPP					
C164	ภาระโรค (DALY) ด้วยโรคความดันโลหิตสูง		IHPP					

ภาคผนวก 4

(ร่าง) คณะกรรมการอำนวยการ คณะกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการ และการจัดตั้งศูนย์อำนวยการยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย



คำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี

ที่ / 2550

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการ คณะกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการ และจัดตั้งศูนย์อำนวยการยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย

ตามที่มีรัฐบาลได้กำหนดนโยบายด้านสังคมในการพัฒนาสุขภาวะของประชาชน โดยการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมที่เน้นการมีส่วนร่วม เกิดความสมดุล มีคุณภาพอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ตลอดจนแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ด้านการพัฒนาคุณภาพคนและสังคม และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาสุขภาพที่เน้นการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งประเทศไทยต้องประสบกับปัญหาจากปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อให้เกิดโรคจากวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสมและขาดความสมดุลและมีแนวโน้มความรุนแรงเพิ่มขึ้นมา โดยตลอด ซึ่งเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ หรือเรียกว่าโรควิถีชีวิต ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง ทำให้บั่นทอนสุขภาพของประชาชน สร้างภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ และเกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมากมาย เป็นปัญหาที่มีความสำคัญระดับชาติในการพัฒนาคุณภาพคน สังคม และสุขภาพที่เน้นการลดปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อโรควิถีชีวิต ทั้งในระดับนโยบายของรัฐบาลและแผนพัฒนาระดับชาติดังกล่าวข้างต้น ตลอดจนสอดคล้องกับการที่องค์การอนามัยโลกได้เตือนประเทศสมาชิกว่า โรควิถีชีวิตจะเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศในอนาคตอันใกล้อย่างแน่นอน

เพื่อให้การลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรควิถีชีวิตและสร้างสุขภาพดีวิถีชีวิตไทยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการรวมพลังขับเคลื่อนของทุกภาคส่วนในสังคมทุกระดับในการป้องกัน แก้ไขปัญหา และพัฒนาสุขภาวะของประชาชน ให้สามารถตอบสนองต่อนโยบายของรัฐบาลและทิศทางการพัฒนาตามแผนพัฒนาระดับชาติที่กำหนดไว้ จึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการ คณะกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการ และจัดตั้งศูนย์อำนวยการยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยขึ้น โดยมีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ ดังนี้

1. คณะกรรมการอำนวยการยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย

1.1 องค์ประกอบ

- 1) นายกรัฐมนตรี ประธานกรรมการ
- 2) รองนายกรัฐมนตรีที่ได้รับมอบหมาย รองประธานกรรมการ

3) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
4) รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
5) ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี	กรรมการ
6) ปลัดกระทรวงการคลัง	กรรมการ
7) ปลัดกระทรวงมหาดไทย	กรรมการ
8) ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ	กรรมการ
9) ปลัดกระทรวงกลาโหม	กรรมการ
10) ปลัดกระทรวงแรงงาน	กรรมการ
11) ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	กรรมการ
12) ปลัดกระทรวงคมนาคม	กรรมการ
13) ปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	กรรมการ
14) ปลัดกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร	กรรมการ
15) ปลัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
16) ปลัดกระทรวงพาณิชย์	กรรมการ
17) ปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์	กรรมการ
18) ปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา	กรรมการ
19) ปลัดกระทรวงอุตสาหกรรม	กรรมการ
20) ปลัดกระทรวงวัฒนธรรม	กรรมการ
21) เลขาธิการ ก.พ.	กรรมการ
22) เลขาธิการ ก.พ.ร.	กรรมการ
23) ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ	กรรมการ
24) ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ	กรรมการ
25) เลขาธิการสถิติแห่งชาติ	กรรมการ
26) เลขาธิการคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ	กรรมการ
27) เลขาธิการคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค	กรรมการ
28) เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
29) เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
30) ผู้จัดการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	กรรมการ
31) ผู้อำนวยการสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ	กรรมการ
32) ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	กรรมการ
33) ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
34) ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร	กรรมการ

35) นายกสสมาคมต่อต้านโรคมะเร็งแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์	กรรมการ
36) นายกสสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์	กรรมการ
37) รองประธานมูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์	กรรมการ
38) นายกสสมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี	กรรมการ
39) นายกสสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย	กรรมการ
40) นายกสสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย	กรรมการ
41) นายกสสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย	กรรมการ
42) นายกมะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย	กรรมการ
43) ประธานสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย	กรรมการ
44) ประธานกรรมการสภาหอการค้าแห่งประเทศไทย	กรรมการ
45) ประธานมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	กรรมการ
46) ประธานมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่	กรรมการ
47) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและเลขานุการร่วม
48) เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรรมการและเลขานุการร่วม
49) อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและเลขานุการร่วม
50) รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการร่วม
51) รองเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการร่วม
52) นายแพทย์ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการร่วม
53) รองศาสตราจารย์ ดร.เอมอร วสันตวิสุทธิ สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการร่วม

1.2 อำนาจหน้าที่

- 1) กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ แนวทางและมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับแนวนโยบายระดับชาติ ตลอดจนเสนอแนะนโยบายแก่คณะรัฐมนตรี
- 2) อำนวยการ สั่งการ เร่งรัด สนับสนุน กำกับติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการฯ คณะอนุกรรมการฯ ศูนย์อำนวยการฯ ส่วนราชการและองค์กรที่เกี่ยวข้องให้เป็นไปตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ แนวทางและมาตรการที่ได้กำหนดไว้
- 3) บูรณาการแผน งบประมาณ และการปฏิบัติการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

- 4) มอบหมายให้ทุกส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติและสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารฯ คณะอนุกรรมการฯ ศูนย์อำนวยการฯ โดยรวดเร็วเต็มความสามารถตามที่ได้รับการร้องขอ
- 5) แสวงหาความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน ในการเข้ามามีส่วนร่วมและสนับสนุนการปฏิบัติการให้บังเกิดผลสำเร็จเป็นรูปธรรมชัดเจนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
- 6) จัดตั้งศูนย์อำนวยการ/ศูนย์ปฏิบัติการ และแต่งตั้งคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ ตามความจำเป็นและเหมาะสม เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
- 7) รายงานผลการดำเนินการ ตลอดจนปัญหาอุปสรรค ข้อขัดข้องในการปฏิบัติงานให้คณะรัฐมนตรีทราบเป็นระยะๆ
- 8) ดำเนินการอื่นตามที่นายกรัฐมนตรีและคณะรัฐมนตรีมอบหมาย

2. คณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย

2.1 องค์ประกอบ

- | | |
|--|------------------|
| 1) ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เกษม วัฒนชัย องคมนตรี | ที่ปรึกษา |
| 2) ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี | ที่ปรึกษา |
| 3) ศาสตราจารย์ ดร.อัมมาร สยามวาลา | ที่ปรึกษา |
| 4) ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช | ที่ปรึกษา |
| 5) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข | ประธานกรรมการ |
| 6) รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข | รองประธานกรรมการ |
| 7) เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ | รองประธานกรรมการ |
| 8) ศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม | กรรมการ |
| 9) ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์ | กรรมการ |
| 10) รองปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 11) รองปลัดกระทรวงการคลัง ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 12) รองปลัดกระทรวงมหาดไทย ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 13) รองปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 14) รองปลัดกระทรวงกลาโหม ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 15) รองปลัดกระทรวงแรงงาน ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 16) รองปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 17) รองปลัดกระทรวงคมนาคม ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 18) รองปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 19) รองปลัดกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |

- | | |
|---|---------|
| 20) รองปลัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 21) รองปลัดกระทรวงพาณิชย์ ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 22) รองปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 23) รองปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 24) รองปลัดกระทรวงอุตสาหกรรม ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 25) รองปลัดกระทรวงวัฒนธรรม ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 26) รองเลขาธิการ ก.พ. ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 27) รองเลขาธิการ ก.พ.ร. ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 28) หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| 29) อธิบดีกรมอนามัย | กรรมการ |
| 30) อธิบดีกรมควบคุมโรค | กรรมการ |
| 31) อธิบดีกรมการแพทย์ | กรรมการ |
| 32) อธิบดีกรมสุขภาพจิต | กรรมการ |
| 33) อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |
| 34) อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ | กรรมการ |
| 35) อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ | กรรมการ |
| 36) เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา | กรรมการ |
| 37) อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น | กรรมการ |
| 38) อธิบดีกรมการปกครอง | กรรมการ |
| 39) อธิบดีกรมส่งเสริมสิ่งแวดล้อม | กรรมการ |
| 40) อธิบดีกรมประชาสัมพันธ์ | กรรมการ |
| 41) อธิบดีกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน | กรรมการ |
| 42) อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล | กรรมการ |
| 43) เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม | กรรมการ |
| 44) เลขาธิการสำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม | กรรมการ |
| 45) ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาการกีฬาและนันทนาการ | กรรมการ |
| 46) รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 47) รองเลขาธิการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 48) รองเลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 49) รองเลขาธิการคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 50) รองผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ (ฝ่ายบริหาร) | กรรมการ |
| 51) รองเลขาธิการคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |

52) รองผู้อำนวยการสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
53) ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผนงบประมาณ	กรรมการ
54) ผู้จัดการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	กรรมการ
55) ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	กรรมการ
56) ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
57) ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม	กรรมการ
58) รองปลัดกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
59) ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย หรือผู้แทน	กรรมการ
60) ประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย หรือผู้แทน	กรรมการ
61) ประธานชมรมโรคอ้วนแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน	กรรมการ
62) กรรมการผู้อำนวยการใหญ่ บริษัท อสมท. จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทน	กรรมการ
63) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและเลขานุการร่วม
64) รองเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรรมการและเลขานุการร่วม
65) รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการร่วม
66) นายแพทย์ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการร่วม
67) ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการร่วม
68) ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการร่วม
69) ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการร่วม
70) รองศาสตราจารย์ ดร.เอมอร วสันตวิสุทธิ์ สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการร่วม

2.2 อำนาจหน้าที่

- 1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา กลุ่มเป้าหมาย ทรัพยากร และความต้องการสนับสนุนของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
- 2) จัดทำข้อเสนอนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ แนวทางและมาตรการดำเนินงาน ทั้งในระดับส่วนกลางและระดับพื้นที่ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายให้สอดคล้องกันในทุกระดับ
- 3) นำนโยบาย ยุทธศาสตร์ แนวทางและมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากคณะกรรมการอำนวยการฯ ไปสู่การปฏิบัติการ

- 4) ผู้อำนวยการ สังกัด เร่งรัด สนับสนุน ติดตามกำกับ ตรวจสอบ และประเมินผลการปฏิบัติงานของ คณะอนุกรรมการและหน่วยปฏิบัติการให้เป็นไปตามนโยบาย แผนและแนวทางการดำเนินงานที่กำหนดไว้
- 5) ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ดำเนินการด้านวิชาการ และสนับสนุนการดำเนินการของคณะกรรมการอำนวยการฯ
- 6) รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการอำนวยการฯ เป็นระยะๆ
- 7) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ และคณะทำงาน เพื่อดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่คณะกรรมการอำนวยการฯ มอบหมาย และดำเนินงานที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็นและเหมาะสม
- 8) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการอำนวยการฯ มอบหมาย

3. คณะอนุกรรมการยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย ประกอบด้วยคณะอนุกรรมการรับผิดชอบยุทธศาสตร์ การพัฒนาต่าง ๆ ใน 5 ยุทธศาสตร์ย่อย ดังนี้

3.1 คณะอนุกรรมการนโยบายสาธารณะสร้างสุข

มีองค์ประกอบดังนี้

- | | |
|--|---------------------|
| 1) ศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม | ที่ปรึกษา |
| 2) ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์ | ที่ปรึกษา |
| 3) เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ | ประธานอนุกรรมการ |
| 4) อธิบดีกรมอนามัย | รองประธานอนุกรรมการ |
| 5) ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา | อนุกรรมการ |
| 6) ผู้อำนวยการสำนักพัฒนากิจการนักเรียน นักศึกษาและกิจกรรมพิเศษ | อนุกรรมการ |
| 7) ผู้อำนวยการสถาบันอาหาร | อนุกรรมการ |
| 8) ผู้อำนวยการสถาบันคั้นคว่ำและพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหาร | อนุกรรมการ |
| 9) ผู้อำนวยการสำนักบริหารมาตรฐาน 3 | อนุกรรมการ |
| 10) ผู้อำนวยการสำนักมาตรฐานสินค้าและระบบคุณภาพ | อนุกรรมการ |
| 11) ผู้อำนวยการสำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร | อนุกรรมการ |
| 12) ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนการสร้างสุขภาวะและลดปัจจัยเสี่ยง | อนุกรรมการ |
| 13) ผู้อำนวยการสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว | อนุกรรมการ |
| 14) ผู้แทนกระทรวงพาณิชย์ | อนุกรรมการ |
| 15) ผู้แทนกระทรวงการคลัง | อนุกรรมการ |
| 16) ผู้แทนกระทรวงวัฒนธรรม | อนุกรรมการ |
| 17) ผู้แทนกรมส่งเสริมการปกครอง | อนุกรรมการ |
| 18) ผู้แทนกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น | อนุกรรมการ |
| 19) ผู้แทนกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน | อนุกรรมการ |

- 20) ผู้แทนกรมทางหลวงชนบท
- 21) ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค อนุกรรมการ
- 22) ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ อนุกรรมการ
- 23) ผู้แทนกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี อนุกรรมการ
- 24) ผู้แทนกรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม อนุกรรมการ
- 25) ผู้แทนสำนักงาน ก.พ. อนุกรรมการ
- 26) ผู้แทนสำนักงาน ก.พ.ร. อนุกรรมการ
- 27) ผู้แทนสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ อนุกรรมการ
- 28) ผู้ช่วยผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ (ฝ่ายบริหาร) อนุกรรมการ
- 29) นายแพทย์ใหญ่โรงพยาบาลตำรวจ อนุกรรมการ
- 30) ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมและพัฒนานันทนาการ อนุกรรมการ
- 31) ผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร อนุกรรมการ
- 32) ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย อนุกรรมการ
- 33) ผู้อำนวยการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหาร อนุกรรมการ
- 34) ผู้อำนวยการสำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร อนุกรรมการ
- 35) ผู้แทนสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล อนุกรรมการ
- 36) ผู้แทนสมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี อนุกรรมการ
- 37) ผู้แทนมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ อนุกรรมการ
- 38) ผู้แทนสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย อนุกรรมการ
- 39) ผู้แทนสภาหอการค้าแห่งประเทศไทย อนุกรรมการ
- 40) รองศาสตราจารย์ ดร.ประสิทธิ์ ลีระพันธ์ อนุกรรมการ
- 41) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ อนุกรรมการ
- 42) ดร.วราภรณ์ เสถียรนพเก้า อนุกรรมการ
- 43) รองเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ที่ได้รับมอบหมาย อนุกรรมการและเลขานุการร่วม
- 44) รองปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ได้รับมอบหมาย อนุกรรมการและเลขานุการร่วม
- 45) ผู้อำนวยการสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง อนุกรรมการและเลขานุการร่วม
- 46) เลขาธิการคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ อนุกรรมการและเลขานุการร่วม
- 47) รองอธิบดีกรมอนามัย ที่ได้รับมอบหมาย อนุกรรมการและเลขานุการร่วม
- 48) ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการร่วม
- 49) ผู้อำนวยการกองโภชนาการ อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการร่วม

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 50) ผู้อำนวยการกองออกกำลังกาย | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการร่วม |
| 51) ผู้อำนวยการกองควบคุมอาหาร | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการร่วม |
| 52) รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชุติมา ศิริกุลชยานนท์ | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการร่วม |

3.2 คณะอนุกรรมการการขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะ มีองค์ประกอบดังนี้

- | | |
|---|---------------------|
| 1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติ กันภัย | ที่ปรึกษา |
| 2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศุภภัคทวี อภินันท์ | ที่ปรึกษา |
| 3) อาจารย์วิไลลักษณ์ สันติกุล | ที่ปรึกษา |
| 4) ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี | ประธานอนุกรรมการ |
| 5) รองปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ได้รับมอบหมาย | รองประธานอนุกรรมการ |
| 6) อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ | รองประธานอนุกรรมการ |
| 7) ผู้แทนกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ | อนุกรรมการ |
| 8) ผู้แทนกระทรวงศึกษาธิการ | อนุกรรมการ |
| 9) ผู้แทนกระทรวงมหาดไทย | อนุกรรมการ |
| 10) ผู้แทนกระทรวงวัฒนธรรม | อนุกรรมการ |
| 11) ผู้แทนกระทรวงแรงงาน | อนุกรรมการ |
| 12) ผู้แทนกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา | อนุกรรมการ |
| 13) ผู้แทนกระทรวงอุตสาหกรรม | อนุกรรมการ |
| 14) ผู้แทนกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร | อนุกรรมการ |
| 15) ผู้แทนกระทรวงพาณิชย์ | อนุกรรมการ |
| 16) ผู้แทนกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ | อนุกรรมการ |
| 17) ผู้แทนกรมประชาสัมพันธ์ | อนุกรรมการ |
| 18) ผู้แทนกรุงเทพมหานคร | อนุกรรมการ |
| 19) ผู้แทนกรมอนามัย | อนุกรรมการ |
| 20) ผู้แทนกรมควบคุมโรค | อนุกรรมการ |
| 21) ผู้แทนกรมการแพทย์ | อนุกรรมการ |
| 22) ผู้แทนกรมสุขภาพจิต | อนุกรรมการ |
| 23) ผู้แทนกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | อนุกรรมการ |
| 24) ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา | อนุกรรมการ |
| 25) ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ | อนุกรรมการ |
| 26) ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการการคุ้มครองผู้บริโภค | อนุกรรมการ |
| 27) ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | อนุกรรมการ |
| 28) ผู้แทนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ | อนุกรรมการ |

- 29) ผู้แทนการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข อนุกรรมการ
- 30) ผู้อำนวยการสำนักสารนิเทศ อนุกรรมการ
- 31) นายกสภาคมนตรีการบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน อนุกรรมการ
- 32) นายกสภาคมนตรีการบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน อนุกรรมการ
- 33) นายกสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน อนุกรรมการ
- 34) นายกสภาคมนตรีโฆษณารัฐกิจแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน อนุกรรมการ
- 35) นายกสภาคมนตรีวิทยุโทรทัศน์แห่งประเทศไทย หรือผู้แทน อนุกรรมการ
- 36) นายกสภาคมนตรีหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ หรือผู้แทน อนุกรรมการ
- 37) นายกสภาคมนตรีสื่อมวลชนแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน อนุกรรมการ
- 38) นายกสภาคมนตรีเคเบิลทีวีแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน อนุกรรมการ
- 39) นายกสภาคมนตรีโภชนาการแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี อนุกรรมการ
- 40) นายกสภาคมนตรีโรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ หรือผู้แทน อนุกรรมการ
- 41) นายกสภาคมนตรีโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน อนุกรรมการ
- 42) นายกสภาคมนตรีความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน อนุกรรมการ
- 43) นายกสภาคมนตรีต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน อนุกรรมการ
- 44) นายกสภาคมนตรีวิทยาสมาคม หรือผู้แทน อนุกรรมการ
- 45) ประธานมูลนิธิเมาไม่ขับ หรือผู้แทน อนุกรรมการ
- 46) ประธานมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค หรือผู้แทน อนุกรรมการ
- 47) ประธานมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ หรือผู้แทน อนุกรรมการ
- 48) ประธานมูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม หรือผู้แทน อนุกรรมการ
- 49) ประธานมูลนิธิสื่อสร้างสรรค์ หรือผู้แทน อนุกรรมการ
- 50) ประธานมูลนิธิถันยรักษ์ หรือผู้แทน อนุกรรมการ
- 51) ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน อนุกรรมการ
- 52) ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร หรือผู้แทน อนุกรรมการ
- 53) ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน อนุกรรมการ
- 54) เลขาธิการกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ หรือผู้แทน อนุกรรมการ
- 55) นายกสภาคมนตรีข้าราชการพลเรือน หรือผู้แทน อนุกรรมการ
- 56) รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ได้รับมอบหมาย อนุกรรมการและเลขานุการ
- 57) ผู้อำนวยการกองกลาง สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
- 58) ผู้อำนวยการกองสุศึกษา อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
- 59) ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

3.3 คณะอนุกรรมการการพัฒนาศักยภาพชุมชน

มีองค์ประกอบดังนี้

1) ปลัดกระทรวงมหาดไทย	ประธานอนุกรรมการ
2) อธิบดีกรมควบคุมโรค	รองประธานอนุกรรมการ
3) อธิบดีกรมประชาสัมพันธ์	อนุกรรมการ
4) อธิบดีกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ	อนุกรรมการ
5) อธิบดีกรมส่งเสริมการเกษตร	อนุกรรมการ
6) รองอธิบดีกรมอนามัย ที่ได้รับมอบหมาย	อนุกรรมการ
7) รองอธิบดีกรมการแพทย์ ที่ได้รับมอบหมาย	อนุกรรมการ
8) รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต ที่ได้รับมอบหมาย	อนุกรรมการ
9) รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ได้รับมอบหมาย	อนุกรรมการ
10) รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับมอบหมาย	อนุกรรมการ
11) ผู้แทนกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	อนุกรรมการ
12) ผู้แทนกระทรวงวัฒนธรรม	อนุกรรมการ
13) ผู้แทนสำนักงานตำรวจแห่งชาติ	อนุกรรมการ
14) ผู้แทนสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม	อนุกรรมการ
15) ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน	อนุกรรมการ
16) ผู้แทนสำนักงานพัฒนาการกีฬาและนันทนาการ	อนุกรรมการ
17) ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	อนุกรรมการ
18) ผู้แทนสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	อนุกรรมการ
19) ผู้แทนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	อนุกรรมการ
20) ผู้แทนกรุงเทพมหานคร	อนุกรรมการ
21) ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน	อนุกรรมการ
22) ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	อนุกรรมการ
23) ผู้อำนวยการสำนักแผนและการพัฒนาการคุ้มครองผู้บริโภค	อนุกรรมการ
24) ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ	อนุกรรมการ
25) ผู้จัดการแผนงานคุ้มครองบริโภคด้านสุขภาพ	อนุกรรมการ
26) นายกสภาคคนผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน หรือผู้แทน	อนุกรรมการ
27) นายกสภาคคนักกำหนดอาหาร หรือผู้แทน	อนุกรรมการ
28) นายกสภาคคนองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน	อนุกรรมการ
29) นายกสภาคคนองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน	อนุกรรมการ
30) นายกสภาคคนิบาลเทศบาลแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน	อนุกรรมการ

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 31) อธิปไตยกรรมการปกครอง | อนุกรรมการและเลขานุการร่วม |
| 32) อธิปไตยกรรมการพัฒนาชุมชน | อนุกรรมการและเลขานุการร่วม |
| 33) อธิปไตยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น | อนุกรรมการและเลขานุการร่วม |
| 34) รองอธิบดีกรมควบคุมโรค ที่ได้รับมอบหมาย | อนุกรรมการและเลขานุการร่วม |
| 35) ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการร่วม |
| 36) ผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการร่วม |
| 37) ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการร่วม |

3.4 คณะอนุกรรมการการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการโรค

มีองค์ประกอบดังนี้

- | | |
|--|---------------------|
| 1) นายกษมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย | ที่ปรึกษา |
| 2) ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชนิกา ตู้จินดา | ที่ปรึกษา |
| 3) ศาสตราจารย์ นายแพทย์จิตร สิทธิอมร | ที่ปรึกษา |
| 4) รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพรพรรณ บุญยรัตพันธุ์ | ที่ปรึกษา |
| 5) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข | ประธานอนุกรรมการ |
| 6) อธิปไตยกรรมการแพทย์ | รองประธานอนุกรรมการ |
| 7) อธิปไตยกรมควบคุมโรค | รองประธานอนุกรรมการ |
| 8) รองเลขาธิการคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับมอบหมาย | รองประธานอนุกรรมการ |
| 9) หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข | อนุกรรมการ |
| 10) คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล | อนุกรรมการ |
| 11) รองเลขาธิการสำนักงานประกันสังคม ที่ได้รับมอบหมาย | อนุกรรมการ |
| 12) ผู้แทนกระทรวงศึกษาธิการ | อนุกรรมการ |
| 13) ผู้แทนกระทรวงมหาดไทย | อนุกรรมการ |
| 14) ผู้แทนกระทรวงกลาโหม | อนุกรรมการ |
| 15) ผู้แทนสำนักงาน ก.พ.ร. | อนุกรรมการ |
| 16) ผู้แทนสำนักงานตำรวจแห่งชาติ | อนุกรรมการ |
| 17) ผู้แทนกรมควบคุมโรค | อนุกรรมการ |
| 18) ผู้แทนกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ | อนุกรรมการ |
| 19) ผู้แทนกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ | อนุกรรมการ |
| 20) ผู้แทนกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | อนุกรรมการ |
| 21) ผู้แทนกรมสุขภาพจิต | อนุกรรมการ |
| 22) ผู้อำนวยการสำนักสถิติเศรษฐกิจและสังคม | อนุกรรมการ |

- 23) ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ อนุกรรมการ
- 24) ผู้อำนวยการสถาบันพยาธิวิทยา อนุกรรมการ
- 25) ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อนุกรรมการ
- 26) ผู้อำนวยการกองแผนงาน กรมการแพทย์ อนุกรรมการ
- 27) ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข อนุกรรมการ
- 28) ผู้แทนกรุงเทพมหานคร อนุกรรมการ
- 29) ผู้แทนแพทยสภา อนุกรรมการ
- 30) ผู้แทนสภาการพยาบาล อนุกรรมการ
- 31) ผู้แทนราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย อนุกรรมการ
- 32) ผู้แทนราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย อนุกรรมการ
- 33) ผู้แทนราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย อนุกรรมการ
- 34) ผู้แทนราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย อนุกรรมการ
- 35) ผู้แทนราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย อนุกรรมการ
- 36) ประธานชมรมนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด อนุกรรมการ
- 37) ประธานชมรมหมออนามัย อนุกรรมการ
- 38) นายกสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน อนุกรรมการ
- 39) นายกสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน อนุกรรมการ
- 40) นายกสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ หรือผู้แทน อนุกรรมการ
- 41) นายกสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน อนุกรรมการ
- 42) นายกสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน หรือผู้แทน อนุกรรมการ
- 43) นายกสมาคมเวชศาสตร์ป้องกัน หรือผู้แทน อนุกรรมการ
- 44) นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน อนุกรรมการ
- 45) ประธานศูนย์นวัตกรรมระบบบริหารบริการสุขภาพ อนุกรรมการ
- 46) นายแพทย์กันต์ เชิญรุ่งโรจน์ อนุกรรมการ
- 47) ทันตแพทย์ปิยะพงศ์ วัฒนวีร์ อนุกรรมการ
- 48) รองศาสตราจารย์ นายแพทย์จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ อนุกรรมการ
- 49) แพทย์หญิงจิรพร เกตุปรีชาสวัสดิ์ อนุกรรมการ
- 50) รองอธิบดีกรมควบคุมโรค ที่ได้รับมอบหมาย อนุกรรมการและเลขานุการ
- 51) รองอธิบดีกรมการแพทย์ ที่ได้รับมอบหมาย อนุกรรมการและเลขานุการ
- 52) ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
- 53) ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
กรมการแพทย์

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 27) ผู้แทนกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ | อนุกรรมการ |
| 28) ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา | อนุกรรมการ |
| 29) ผู้แทนกรุงเทพมหานคร | อนุกรรมการ |
| 30) ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | อนุกรรมการ |
| 31) ผู้อำนวยการสำนักบริหารสาธารณสุขภูมิภาค | อนุกรรมการ |
| 32) ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยสังคมจุฬาลงกรณ์ | อนุกรรมการ |
| 33) นายกสมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน | อนุกรรมการ |
| 34) นายกสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน | อนุกรรมการ |
| 35) นายกสภานิติบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน | อนุกรรมการ |
| 36) ผู้แทนแพทยสภา | อนุกรรมการ |
| 37) ผู้แทนสภาการพยาบาล | อนุกรรมการ |
| 38) ผู้แทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชน | อนุกรรมการ |
| 39) ผู้แทนมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ | อนุกรรมการ |
| 40) ผู้แทนมูลนิธิสุขภาพไทย | อนุกรรมการ |
| 41) ผู้แทนสมาคมเร่งรัดพัฒนาคุณภาพชีวิต | อนุกรรมการ |
| 42) ผู้แทนมูลนิธิเพื่อสิทธิมนุษยชนและการพัฒนา | อนุกรรมการ |
| 43) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์วิโรจน์ เขียมจรัสรังษี | อนุกรรมการ |
| 44) รองศาสตราจารย์ ดร.ลำอาง สืบสมาน | อนุกรรมการ |
| 45) ดร.วิศาล เขียวพงศ์ศิริ | อนุกรรมการ |
| 46) รองปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ที่ได้รับมอบหมาย | อนุกรรมการและเลขานุการร่วม |
| 47) รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับมอบหมาย | อนุกรรมการและเลขานุการร่วม |
| 48) รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ที่ได้รับมอบหมาย | อนุกรรมการและเลขานุการร่วม |
| 49) รองอธิบดีกรมควบคุมโรค ที่ได้รับมอบหมาย | อนุกรรมการและเลขานุการร่วม |
| 50) รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต ที่ได้รับมอบหมาย | อนุกรรมการและเลขานุการร่วม |
| 51) ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาสุขภาพจิต | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการร่วม |
| 52) ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการร่วม |
| 53) ผู้อำนวยการสำนักตรวจและประเมินผล | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการร่วม |
| 54) ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการร่วม |
| 55) ผู้อำนวยการสำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการร่วม |

โดยให้คณะกรรมการฯ ทั้ง 5 คณะ มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

- 1) บูรณาการข้อมูล องค์ความรู้ เทคโนโลยี สื่อในรูปแบบต่างๆ และประเมินสถานการณ์ รูปแบบ วิธีการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องให้มีความเหมาะสมและถูกต้องตามหลักวิชาการ
 - 2) บูรณาการแผน แผนงาน โครงการ งบประมาณและการดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับกรอบนโยบายระดับชาติและบริบทแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - 3) ให้แนวทาง มาตรการ แนวการปฏิบัติ และเครื่องมือสนับสนุนการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องและสร้างการมีส่วนร่วมดำเนินการจากภาคีเครือข่ายให้เกิดผลในทางปฏิบัติอย่างจริงจัง
 - 4) ติดตาม กำกับ และประเมินผลการดำเนินงาน ผลลัพธ์ ผลกระทบจากการดำเนินยุทธศาสตร์ ตลอดจนตรวจเยี่ยมการปฏิบัติงานของหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องให้เกิดประสิทธิภาพในทุกๆ ระดับ
 - 5) สั่งการให้มีการปรับปรุงการปฏิบัติการ และเสนอแนะมาตรการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องต่อ คณะกรรมการบริหารฯ และศูนย์อำนวยการฯ
 - 6) ให้คำปรึกษา แนะนำสนับสนุนและแก้ไขอุปสรรค ปัญหา ข้อขัดข้องในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง
 - 7) สรุป วิเคราะห์ และรายงานผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเสนอเป็นแนวทางการดำเนินการ และแก้ไขปัญหาในระดับต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม
 - 8) รายงานผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องต่อคณะกรรมการอำนวยการฯ คณะกรรมการบริหารฯ และศูนย์อำนวยการฯ เป็นระยะๆ
 - 9) แต่งตั้งคณะทำงาน หรือมอบหมายเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการกิจของคณะกรรมการ หรือเชิญหน่วยงาน องค์กร บุคคลที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุมตามสถานการณ์ได้ตามความจำเป็นและเหมาะสม
 - 10) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการอำนวยการฯ คณะกรรมการบริหารฯ และผู้อำนวยการศูนย์อำนวยการฯ มอบหมาย
4. จัดตั้งศูนย์อำนวยการยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย
- ให้จัดตั้งองค์กรอำนวยการ โดยใช้ชื่อว่า “ศูนย์อำนวยการยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย” เรียกชื่อย่อว่า “ศสว” โดยให้เป็นหน่วยงานที่ขึ้นตรงต่อกระทรวงสาธารณสุข มีปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้อำนวยการศูนย์อำนวยการฯ มีอำนาจหน้าที่ดังนี้
- 1) วิเคราะห์ ประเมินสถานการณ์ปัญหา ปัจจัยแวดล้อม แนวนโยบายระดับชาติ และจัดทำข้อเสนอ นโยบาย ยุทธศาสตร์ แนวทางและมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาในภาพรวม
 - 2) ประสานการบูรณาการแผน แผนงาน โครงการ งบประมาณ และการดำเนินการของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน
 - 3) บริหารจัดการให้นโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการราชการ แผนปฏิบัติการ ในระดับชาติ หน่วยงาน/องค์กร และระดับพื้นที่ สู่การปฏิบัติกรอย่างมีประสิทธิภาพและบังเกิดผลสำเร็จอย่างจริงจังและยั่งยืน

4) เป็นศูนย์ประสานข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร การประสานงาน และอำนวยความสะดวกทั้งในระดับนโยบาย วิชาการ และการปฏิบัติการ เพื่อให้สอดคล้องกันและเป็นเอกภาพในทุกระดับทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ

5) ประสานการดำเนินการและสนับสนุนการปฏิบัติการของคณะกรรมการอำนาจการฯ คณะกรรมการบริหารฯ คณะอนุกรรมการฯ คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ/รัฐวิสาหกิจ ท้องถิ่น/ชุมชน ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน

6) ติดตามกำกับ ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินการตามนโยบาย แผน แผนงาน โครงการ ปัญหา อุปสรรคและข้อขัดข้องในภาพรวม และให้ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายและการปฏิบัติการแก่หน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง

7) รายงานผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องต่อคณะกรรมการบริหารฯ คณะกรรมการอำนาจการฯ คณะอนุกรรมการฯ เป็นระยะๆ

8) แต่งตั้งคณะทำงานศูนย์อำนาจการฯ และกำหนดให้มีโครงสร้างองค์กร ภารกิจ บทบาทหน้าที่ บุคลากร และมอบหมายเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการในความรับผิดชอบได้ตามความเหมาะสม

9) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการอำนาจการฯ คณะกรรมการบริหารฯ และคณะอนุกรรมการฯ มอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่

พลเอก

(สุรยุทธ์ จุลานนท์)

นายกรัฐมนตรี

ภาคผนวก 5

สำเนา

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ 742 / 2550

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินการ ลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

.....

ตามที่ประเทศไทยต้องประสบกับปัญหาจากปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง ที่มีแนวโน้มความรุนแรงเพิ่มขึ้นมาโดยตลอด ทำให้ต้นทุนสุขภาพของประชาชน สร้างภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ และเกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมากมาย เป็นปัญหาที่มีความสำคัญระดับชาติในการพัฒนาคุณภาพคน สังคม และสุขภาพที่เน้นการลดปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งในระดับนโยบายของรัฐบาล แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ตลอดจนสอดคล้องกับการที่องค์การอนามัยโลกได้เตือนประเทศสมาชิกว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศในอนาคตอันใกล้อย่างแน่นอน

เพื่อให้การลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพด้วยการรวมพลังขับเคลื่อนจากทุกภาคส่วนของสังคมทุกระดับในการป้องกัน แก้ไขปัญหาและพัฒนาสุขภาพของประชาชน ให้สามารถตอบสนองต่อนโยบายของรัฐบาลและทิศทางการพัฒนาตามแผนพัฒนาระดับชาติที่กำหนดไว้ จึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังขึ้น โดยมีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ ดังนี้

1. คณะกรรมการอำนวยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1.1 องค์ประกอบ

- | | |
|---|------------------|
| 1) ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์เกษม วัฒนชัย องคมนตรี | ที่ปรึกษา |
| 2) ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี | ที่ปรึกษา |
| 3) ศาสตราจารย์ ดร.อัมมาร สยามวาลา | ที่ปรึกษา |
| 4) ศาสตราจารย์นายแพทย์วิจารณ์ พานิช | ที่ปรึกษา |
| 5) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข | ประธานกรรมการ |
| 6) นายแพทย์วิมล ไทยเหนือ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข | รองประธานกรรมการ |
| 7) นายแพทย์มรกต กฤษณัฐ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข | รองประธานกรรมการ |
| 8) เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ | รองประธานกรรมการ |

9) อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล	รองประธานกรรมการ
10) ศาสตราจารย์นายแพทย์อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม	รองประธานกรรมการ
11) ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์	กรรมการ
12) ปลัดกระทรวงมหาดไทย	กรรมการ
13) ปลัดกระทรวงกลาโหม	กรรมการ
14) ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ	กรรมการ
15) เลขาธิการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน	กรรมการ
16) เลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา	กรรมการ
17) ปลัดกระทรวงแรงงาน	กรรมการ
18) ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	กรรมการ
19) ปลัดกระทรวงคมนาคม	กรรมการ
20) ปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	กรรมการ
21) ปลัดกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร	กรรมการ
22) ปลัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
23) ปลัดกระทรวงการคลัง	กรรมการ
24) ปลัดกระทรวงพาณิชย์	กรรมการ
25) ปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์	กรรมการ
26) ปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา	กรรมการ
27) ปลัดกระทรวงอุตสาหกรรม	กรรมการ
28) เลขาธิการ ก.พ.	กรรมการ
29) เลขาธิการ ก.พ.ร.	กรรมการ
30) ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ	กรรมการ
31) ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ	กรรมการ
32) เลขาธิการสถิติแห่งชาติ	กรรมการ
33) เลขาธิการคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ	กรรมการ
34) เลขาธิการคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค	กรรมการ
35) เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
36) เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
37) ผู้จัดการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	กรรมการ
38) ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร	กรรมการ
39) นายกษมาคมต่อต้านโรคเริ่งแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์	กรรมการ
40) นายกษมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์	กรรมการ

41) รองประธานมูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์	กรรมการ
42) นายกสมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี	กรรมการ
43) นายกสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย	กรรมการ
44) นายกสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย	กรรมการ
45) นายกสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย	กรรมการ
46) ประธานสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย	กรรมการ
47) ประธานกรรมการสภาหอการค้าแห่งประเทศไทย	กรรมการ
48) ประธานมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	กรรมการ
49) ประธานมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่	กรรมการ
50) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและเลขานุการร่วม
51) รองเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการและเลขานุการร่วม
52) นายแพทย์ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ รักษาราชการผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต 16	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการร่วม
53) ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการร่วม
54) ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการร่วม

1.2 อำนวยการหน้าที่

- 1) กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ มาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับแนวนโยบายระดับชาติ ตลอดจนเสนอแนะนโยบายแก่คณะรัฐมนตรี
- 2) อำนวยการ สั่งการ เร่งรัด สนับสนุน กำกับติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการฯ ส่วนราชการและองค์กรที่เกี่ยวข้องให้เป็นไปตามกรอบแนวทางที่ได้กำหนดไว้
- 3) บูรณาการแผน งบประมาณ และการปฏิบัติการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง
- 4) มอบหมายให้ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง และแสวงหาความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน ในการเข้ามามีส่วนร่วมและสนับสนุนการปฏิบัติการให้บังเกิดผลสำเร็จเป็นรูปธรรมชัดเจนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
- 5) จัดตั้งศูนย์อำนวยการ/ศูนย์ปฏิบัติการ และแต่งตั้งคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน ตามความจำเป็นและเหมาะสม เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

- 6) รายงานผลการดำเนินการ ตลอดจนปัญหาอุปสรรค ข้อขัดข้องในการปฏิบัติงานให้ คณะรัฐมนตรีทราบเป็นระยะๆ
- 7) ดำเนินการอื่นตามที่นายกรัฐมนตรีและคณะรัฐมนตรีมอบหมาย

2. คณะกรรมการดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.1 องค์ประกอบ

- | | |
|---|------------------|
| 1) นายแพทย์วัลลภ ไทยเหนือ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข | ประธานกรรมการ |
| 2) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข | รองประธานกรรมการ |
| 3) รองเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่ได้รับมอบหมาย | รองประธานกรรมการ |
| 4) รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข | กรรมการ |
| 5) รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านบริหาร | กรรมการ |
| 6) รองปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 7) รองปลัดกระทรวงคมนาคมที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 8) รองปลัดกระทรวงกลาโหมที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 9) รองปลัดกระทรวงการคลังที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 10) รองปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 11) รองปลัดกระทรวงพาณิชย์ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 12) รองปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 13) รองปลัดกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 14) หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| 15) อธิบดีกรมอนามัย | กรรมการ |
| 16) อธิบดีกรมควบคุมโรค | กรรมการ |
| 17) อธิบดีกรมการแพทย์ | กรรมการ |
| 18) อธิบดีกรมสุขภาพจิต | กรรมการ |
| 19) อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |
| 20) อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ | กรรมการ |
| 21) อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ | กรรมการ |
| 22) เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา | กรรมการ |

23) อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	กรรมการ
24) อธิบดีกรมการปกครอง	กรรมการ
25) อธิบดีกรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
26) อธิบดีกรมประชาสัมพันธ์	กรรมการ
27) อธิบดีกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน	กรรมการ
28) เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม	กรรมการ
29) เลขาธิการสำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม	กรรมการ
30) เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
31) ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาการกีฬาและนันทนาการ	กรรมการ
32) รองเลขาธิการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
33) รองเลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษาที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
34) รองเลขาธิการคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
35) รองผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ(ฝ่ายบริหาร)	กรรมการ
36) รองเลขาธิการคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
37) รองเลขาธิการ ก.พ. ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
38) ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผนงบประมาณ	กรรมการ
39) ผู้จัดการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	กรรมการ
40) ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม	กรรมการ
41) รองปลัดกรุงเทพมหานครที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
42) ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย หรือผู้แทน	กรรมการ
43) ประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย หรือผู้แทน	กรรมการ
44) ประธานชมรมโรคอ้วนแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน	กรรมการ
45) กรรมการผู้อำนวยการใหญ่บริษัท อสมท. จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทน	กรรมการ
46) นายแพทย์ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ รักษาการผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขเขต 16	กรรมการและเลขานุการร่วม
47) ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและเลขานุการร่วม
48) ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรรมการและเลขานุการร่วม
49) ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและเลขานุการร่วม
50) ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการและเลขานุการร่วม

2.2 อำนาจหน้าที่

- 1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา กลุ่มเป้าหมาย ทรัพยากร และความต้องการสนับสนุนของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
- 2) จัดทำข้อเสนอนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ และแนวทางการดำเนินงาน ตลอดจนการผลักดันสู่การปฏิบัติการ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายให้สอดคล้องกันในทุกระดับ
- 3) ติดตามกำกับและประเมินผลให้การดำเนินงานของคณะอนุกรรมการและหน่วยปฏิบัติการเป็นไปตามนโยบาย แผนและแนวทางการดำเนินงานที่กำหนดไว้
- 4) ดำเนินการด้านวิชาการและสนับสนุนการดำเนินการของคณะกรรมการอำนวยการฯ
- 5) รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการอำนวยการฯ เป็นระยะๆ
- 6) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ และคณะทำงานได้ตามความจำเป็นและเหมาะสม
- 7) ปฏิบัติงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 21 สิงหาคม พ.ศ. 2550

ลงชื่อ มงคล ณ สงขลา

(นายมงคล ณ สงขลา)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

สำเนาถูกต้อง

(นางสาวสุมาภรณ์ แซ่ลิ่ม)

เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 8