

1 สมัชชาเฉพาะประเด็นว่าด้วย

2 การสานพลังสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคม

๑๘ มิถุนายน ๒๕๖๗

3 เพื่อลดโรคไม่ติดต่อ

5 การสานพลังสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ

6 (Ecosystem for creating physical and social environments for reducing NCDs burden)

7 **๑. ความสำคัญในการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อ พฤติกรรมเสี่ยง และผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม**

9 โลกและประเทศไทยกำลังเผชิญกับวิกฤติ ความรุนแรงและปัญหาโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable Diseases: NCDs) จากปฏิญญาทางการเมือง (Political Declaration) ของการประชุมระดับสูงแห่งสหประชาชาติ ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกาศความมุ่งมั่นในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยมีกรอบนโยบายเน้นการจัดการ ๕ โรคไม่ติดต่อหลักที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตและภาวะโรคสูง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และสุขภาพจิต และ ๕ ปัจจัยเสี่ยงหลักที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และภาวะมลพิษทางอากาศ ^[๑] โดยมีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goal: SDGs) ภายในพ.ศ. ๒๕๗๓ ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อหลายเป้าหมาย อาทิ SDG ๓.๔.๑ ลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อลงหนึ่งในสาม^[๒]

18 สถานการณ์ในประเทศไทย พบว่า คนไทยเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ประมาณ ๔๐๐,๐๐๐ รายต่อปี คิดเป็นร้อยละ ๘๑ ของเสียชีวิตทั้งหมด ^[๓] โดยร้อยละ ๑๒.๘ ของคนไทยมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตก่อนอายุ ๗๐ ปี (เสียชีวิตก่อนวัยอันควร) จากโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง คาดการณ์ว่า พ.ศ. ๒๕๗๓ โอกาสเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อของคนไทยจะเท่ากับร้อยละ ๑๒.๐ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมาย SDGs ที่กำหนดไว้เท่ากับร้อยละ ๘.๘ ^[๔]

23 คนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปเป็นโรคความดันโลหิตสูง ๑๓ ล้านคน (ร้อยละ ๒๕.๔ ของประชากรไทย) และโรคเบาหวาน ๖.๕ ล้านคน (ร้อยละ ๙.๕ ของประชากรไทย) ในระหว่าง พ.ศ. ๒๕๕๒ - ๒๕๖๒ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยสัดส่วนของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบว่าเป็นผู้ป่วยสูงถึงร้อยละ ๓๐.๖ และร้อยละ ๔๘.๘ ตามลำดับ นอกจากนี้ ร้อยละ ๔๓.๗ ของประชากรยังเป็นผู้ที่มีภาวะอ้วน ^[๕] ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อและคุณภาพชีวิตตามมา

28 ผลกระทบจากภาวะโรคไม่ติดต้อมีต่อทั้งด้านระบบสุขภาพและแรงงาน และการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ คนไทยสูญเสียปีสุขภาวะดีจากโรคไม่ติดต่อถึง ๑๓.๖ ล้านปีสุขภาวะ (หรือร้อยละ ๗๓.๑ ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด) ^[๖] ประมาณมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จากความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อ คิดเป็นร้อยละ ๙.๗ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) หรือประมาณ ๑.๖ ล้านล้านบาทต่อปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นความสูญเสียด้านผลิตภาพในวัยแรงงาน เนื่องจากการเจ็บป่วยต้องขาดงานและทำงานได้ไม่เต็มศักยภาพหรือออกจากระบบแรงงานก่อนวัยอันควร ๑,๔๙๕ พันล้านบาท (ร้อยละ ๘.๙ ของ GDP) และค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาล ๑๓๙.๓ พันล้านบาท (ร้อยละ ๐.๘ ของ GDP) ^[๖] จากการประมาณการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศใน

1 อนาคต พบว่า ๓ ใน ๕ โรคที่มีความชุกในการป่วยสูงสุดคือ โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน
2 ผวนกว่าปัจจัยโครงสร้างอายุสังคมสูงวัย ทำให้ประเทศไทยอาจต้องเผชิญแรงกดดันด้านค่าใช้จ่ายในการ
3 รักษาพยาบาลจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของกองทุน
4สวัสดิการด้านสุขภาพหลักของไทยทั้ง ๓ กองทุนหลัก ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุน
5 ประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการ ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายจากโรคไม่ติดต่อ โดยโรคที่
6 ส่งผลมากที่สุดคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ตามลำดับ ถึงแม้
7 รายได้ในระดับบุคคลหรือระดับประเทศจะเพิ่มขึ้น แต่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพก็จะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย^[๗]

8 สำหรับสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อโรคไม่ติดต่อ พบว่า ร้อยละ ๒๘ ของคนไทยเป็นนักดื่ม
9 ปัจจุบัน ร้อยละ ๑๐.๑ เป็นนักดื่มหนัก นักดื่มหน้าใหม่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะใน
10 กลุ่มเยาวชน (๑๕ - ๒๔ ปี) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมากใน พ.ศ. ๒๕๖๔ คิดเป็นร้อยละ ๘๔.๑ ของสัดส่วน
11 นักดื่มหน้าใหม่ทั้งหมด ร้อยละ ๑๗.๔ ของประชากรเป็นนักสูบบุหรี่ปัจจุบัน ร้อยละ ๙.๑ ของเยาวชนสูบบุหรี่ไฟฟ้า^[๘,๙]
12 ร้อยละ ๓๐.๙ มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ^[๕] และพบว่าตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๖๕ กลุ่มวัยเด็กและเยาวชน
13 มีร้อยละการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอต่ำสุดเมื่อเทียบกับกลุ่มวัยอื่น ในขณะที่วัยผู้ใหญ่และสูงอายุมีแนวโน้ม
14 เพิ่มขึ้น^[๑๐] นอกจากนี้ คนไทยบริโภคโซเดียมปริมาณเฉลี่ย ๓,๖๓๖ มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งสูงเกินปริมาณ ๒,๐๐๐
15 มิลลิกรัมต่อวัน ตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก^[๑๑] และ ร้อยละ ๗๘.๘ กินผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ๓
16 ใน ๔^[๕] ของกลุ่มเด็กและเยาวชนมีการบริโภคอาหารกึ่งสำเร็จรูปที่เป็นตัวแทนของอาหารที่มีโซเดียมสูงและ
17 ร้อยละ ๓ บริโภคมากกว่า ๕ วันต่อสัปดาห์ซึ่งมากกว่าวัยอื่น ข้อมูลพ.ศ. ๒๕๖๒ คนไทยการบริโภคน้ำตาล
18 ๒๓.๕ ซ่อนชา/คน/วัน ซึ่งสูงกว่าปริมาณแนะนำคือไม่เกิน ๖ ซ่อนชา/คน/วัน เกือบ ๔ เท่า โดยพบว่ากลุ่มเด็ก
19 และเยาวชนกลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี มีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มรสหวานและเติมน้ำตาลก่อนรับประทานมากกว่าวัย
20 อื่นโดยมีความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มรสหวานมากกว่า ๕ วัน/สัปดาห์^[๑๒] ซึ่งพฤติกรรมทางสุขภาพเหล่านี้
21 สามารถป้องกันและลดความเสี่ยงได้ นอกจากนี้คนไทยมีความเสี่ยงได้รับมลพิษทางอากาศสูงขึ้น พบว่า
22 สถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดเล็กที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพในประเทศไทยรุนแรงขึ้น โดยในปีพ.ศ. ๒๕๖๖ มี
23 ค่าเฉลี่ย PM ๒.๕ (รายปี) เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๘ เมื่อเทียบกับปีพ.ศ. ๒๕๖๕ โดยเพิ่มจาก ๑๘.๑ ไมโครกรัมต่อ
24 ลูกบาศก์เมตร เป็น ๒๓.๓ ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ซึ่งสูงกว่าค่าแนะนำขององค์การอนามัยโลกถึง ๔.๗ เท่า
25^[๑๓]

26 ยิ่งไปกว่านั้น การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสภาพเศรษฐกิจและสังคม การขยายตัวของความเป็น
27 เมือง ความก้าวหน้าเทคโนโลยี การเดินทาง การสื่อสาร และกระแสการค้าเสรีระหว่างประเทศ
28 ที่เกิดขึ้นทั่วโลกและในประเทศไทย ส่งผลต่อห่วงโซ่การผลิตและกระจายสินค้าเกษตร ผลิตภัณฑ์ยาสูบ
29 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสินค้าอาหารแปรรูปและอาหารที่ผ่านกระบวนการแปรรูป (Ultra-Processed
30 Foods) หลากหลายที่ไม่เหมาะสมทางโภชนาการทั้งจากผู้ผลิตภายในประเทศและการนำเข้าจากต่างประเทศ
31 การโฆษณาและการทำกิจกรรมการตลาด ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ เหล่านี้ล้วนเป็นภาวะคุกคามที่ส่งผลต่อ
32 แบบแผนการดำรงชีวิต วิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยได้ทั้งทางบวกและทางลบ^[๑๔]

33 รัฐควรต้องมีระบบติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยงทางสุขภาพและพัฒนานโยบายสร้างเสริมสุขภาพใน
34 ระดับต่าง ๆ ทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ โดยให้มีการบูรณาการระดับนโยบาย แผนงาน และ
35 งบประมาณอย่างเหมาะสม พร้อมสร้างแนวทางแก้ไขเชิงนวัตกรรม เพื่อที่เข้าแทรกแซงและจัดการปัจจัย
36 สภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนและลดความเสี่ยงทางสุขภาพ

1 จากปัจจัยเหล่านี้ได้อย่างทันการณ์ ซึ่งการดำเนินงานจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของผู้มีส่วนได้เสียทุกภาค
2 ส่วนในสังคม (Multisectoral Collaboration) ไม่จำกัดเฉพาะหน่วยงานด้านสุขภาพ การพัฒนาเชิงระบบและ
3 การสร้างกลไกการประสานงานข้ามหน่วยงานที่มีประสิทธิผลและเหมาะสมตามประเด็นและบริบทพื้นที่ที่จะ
4 ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาเชิงระบบเพื่อสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อได้อย่าง
5 ยั่งยืน

6 **๒. ขอบเขตและค่านิยม**

7 **๒.๑ กรอบการทำงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในมตินี้**

8 อ้างอิงตามกรอบ ๕X๕ ของปฏิญญาทางการเมืองของการประชุมระดับสูงแห่งสหประชาชาติใน
9 พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่เน้น ๕ โรคไม่ติดต่อ (ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคทางเดิน
10 หายใจเรื้อรัง และปัญหาสุขภาพจิต) และ ๕ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ (ได้แก่ การบริโภค
11 อาหารหวานมันเค็มไม่เหมาะสม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่
12 และปัญหามลพิษทางอากาศ)^[๑] อย่างไรก็ตามมตินี้อาจยังไม่ได้เน้นปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยมลพิษทาง
13 อากาศด้วยข้อจำกัดในทางขอบเขตการดำเนินงานภาคปฏิบัติ

14 **๒.๒ สภาวะแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment)**

15 หมายถึง สภาวะแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้นและที่มีอยู่ในธรรมชาติที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ ทั้ง
16 ในเชิงของสถานที่ตั้ง ลักษณะสินค้า/บริการและการให้ข้อมูล โดยแบ่งออกเป็นระดับชุมชน เช่น บ้าน โรงเรียน
17 สถานที่ทำงาน และระดับสังคม เช่น การใช้ที่ดินแบบผสมผสาน (Land Mix Use) การเชื่อมต่อถนน (Street
18 Connectivity) ระบบการขนส่งสาธารณะ (Public Transport System)^[๑๕]

19 **๒.๓ สภาวะแวดล้อมทางสังคม (Social Environment)**

20 หมายถึง สภาวะแวดล้อมที่เกิดจากความคิด ความเชื่อหรือกฎเกณฑ์ที่มนุษย์สร้างขึ้น เช่น วัฒนธรรม
21 ขนบธรรมเนียม ประเพณี กฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับ ซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางประชากรและสถานะ
22 ทางสังคม เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ ฐานะความเป็นอยู่ การศึกษา อาชีพ ส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
23 ครอบครัว เพื่อน และมีอิทธิพลต่อการพฤติกรรมสุขภาพในที่สุด^[๑๕]

24 **๒.๔ ระบบนิเวศเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCD Ecosystem) ตามมตินี้**

25 หมายถึง ชุมชนของกลุ่มองค์กร (Organizational Structures) และหน่วยงาน (Entities) ที่มีปฏิสัมพันธ์
26 กันส่งผลต่อสุขภาพของบุคคล ด้วยเงื่อนไขของระบบกฎหมาย เศรษฐกิจ สังคม สภาวะแวดล้อม วัฒนธรรม
27 และการเมือง ที่สนับสนุนให้ชุมชนหรือหน่วยงานในระดับพื้นที่สร้างมาตรการต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี
28 (ดังภาพประกอบ ๑)

29 ผลลัพธ์ที่คาดหวังเพื่อให้ประชาชนปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม
30 (บริโภคน้ำตาล ไขมัน โซเดียมไม่เกินปริมาณระดับที่เหมาะสม) ลดภาวะเนือยนิ่งและมีกิจกรรมทางกายอย่าง
31 เพียงพอ ลดและงดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนไม่ป่วยและเสียชีวิต
32 ก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ ตลอดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถประกอบอาชีพสร้างผลิตภาพและลด
33 ค่าใช้จ่ายจากการดูแลสุขภาพโรค โดยเบื้องต้นการจัดการสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมแนะนำให้
34 ดำเนินการตามมาตรการหลักต่อไปนี้ (๑) จัดระเบียบและลดการเข้าถึงสินค้าทำลายสุขภาพ อาทิ ผลิตภัณท์
35 ยาสูบ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อาหารที่ผ่านกระบวนการแปรรูป (๒) ส่งเสริมการผลิต กระจายพัฒนา
36 มาตรฐานเพื่อเพิ่มการเข้าถึงสินค้าและบริการที่ดีต่อสุขภาพ (๓) สร้างสภาวะแวดล้อมสรรค์สร้าง (built

- 1 environment) และพื้นที่สุขภาพ (healthy space) (๔) สร้างตระหนักรู้ ความรอบรู้ และสื่อสารข้อมูล
- 2 ข่าวสารส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและจำกัดสื่อโฆษณา และ (๕) สร้างโอกาส ประสบการณ์ กิจกรรม ส่งเสริม
- 3 การมีวิถีชีวิตสุขภาพดีและพัฒนาศักยภาพทรัพยากรมนุษย์

4



5

ภาพประกอบที่ ๑ ระบบนิเวศเพื่อสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ

6

๓. นโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนที่เกี่ยวข้องกับสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ

9

๓.๑ มาตรา ๕ ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ^[๑๖]

10

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ จัดทำขึ้นเพื่อวางกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ รวมทั้งมีองค์การและกลไกเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย อันจะนำไปสู่เป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนสามารถดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง ผ่านกลไกเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายในสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องสุขภาพด้วยรูปแบบและวิธีการที่หลากหลาย โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนมีความรู้เท่าทัน มีส่วนร่วม และมีระบบเสริมสร้างสุขภาพและระวังป้องกันอย่างสมบูรณ์ พระราชบัญญัติฯ ฉบับนี้ ได้กำหนดสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ ตามมาตรา ๕ ระบุ “บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยบุคคลมีหน้าที่ร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการดำเนินการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ”

20

๓.๒ ประเด็นด้านการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ ^[๑๗]

21

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๓ นี้ มีทิศทางที่มุ่งให้เกิดระบบสุขภาพที่เป็นธรรมทั้งในระบบบริการสุขภาพ ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ และการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health: SDH) โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มคนเปราะบาง รวมไปถึงการสร้างเสริมความเข้มแข็ง

24

1 ของชุมชนและกลไกทางสังคมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การทำสภาพแวดล้อมและระบบ
2 นิเวศให้เอื้อ (Enabling and Empowering Environment/Ecosystem) ต่อการมีสุขภาพดี ตลอดจนการ
3 พัฒนาศักยภาพมนุษย์ในทุกกลุ่มวัยและทุกระดับอันจะนำไปสู่สุขภาวะของประชาชนคนไทยและความเป็น
4 ธรรมด้านสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

5 ธรรมนูญฯ ฉบับนี้ ได้กำหนดประเด็นด้านการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
6 เป็นหนึ่งประเด็นหลักที่ต้องพัฒนา โดยตั้งเป้าหมายในระยะ ๕ ปี “ให้บุคคลและชุมชนมีสิทธิในการดำรงชีวิต
7 อยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และได้รับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่
8 คุกคามสุขภาพอย่างเป็นธรรม ตอบสนองต่อความจำเป็นของกลุ่มประชากรตลอดทุกช่วงวัย ทันทต่อสถานการณ์
9 โดยถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบร่วมกันของภาคีทุกภาคส่วนที่จะร่วมกันสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อ
10 สุขภาพให้กับทุกคนโดยไม่มีความเหลื่อมล้ำ และไม่เลือกปฏิบัติ สร้างระบบสุขภาพที่สามารถฟื้นตัวได้อย่าง
11 รวดเร็ว เป็นระบบสุขภาพที่มีการดำเนินงานอย่างมีธรรมาภิบาล ไปพร้อม ๆ กับ การพัฒนาศักยภาพมนุษย์ใน
12 ทุกช่วงวัยและทุกระดับสู่ความเป็นพลเมืองที่ตื่นรู้มีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคม”

13 **๓.๓ ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพกับทุกกลุ่มวัย**
14 **ของแผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๘๐)** ^[๑๘]

15 แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาวฉบับปัจจุบัน จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทาง
16 ในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงทั้งเชิงโครงสร้างและคุณลักษณะของประชากร ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนา
17 ประเทศ นำไปสู่สังคมที่คนไทยต้อง “เกิดดี อยู่ดี และแก่ดี” และเพื่อให้ประเทศไทยเติบโตได้อย่างยั่งยืน
18 แผนฉบับนี้ ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนา ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต
19 อย่างมีคุณภาพกับทุกกลุ่มวัย ประเด็นการพัฒนาไว้ ๒ ประเด็นหลัก คือ (๑) พัฒนาสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตร
20 และเหมาะสมกับคนทุกกลุ่ม โดยการพัฒนาสภาพแวดล้อมและออกแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับคนทุกกลุ่ม เพื่อ
21 สร้างการเข้าถึงอย่างเท่าเทียม ส่งเสริมและจูงใจให้องค์กรภาคส่วนต่าง ๆ ดำเนินการเพิ่มและกระจายพื้นที่
22 สาธารณะและพื้นที่สีเขียว รวมทั้งส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและระหว่างช่วงวัย และ (๒) พัฒนา
23 ชุมชนเป็นพื้นที่ที่เอื้อให้คนมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการสร้างพื้นที่แห่งการเรียนรู้ในระดับตำบล การจัดการ
24 สภาพแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการ
25 ส่งเสริมกลไกชุมชนประสานการดำเนินงานในการสร้างเสริมสุขภาพ

26 **๓.๔ เป้าหมายระดับโลกที่เกี่ยวข้อง**

27 **๓.๔.๑ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs)** ^[๑๙] องค์การ
28 สหประชาชาติได้จัดทำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเพื่อให้ประเทศสมาชิกใช้เป็นกรอบการพัฒนาโลก พัฒนา
29 สังคม เศรษฐกิจ รวมถึงสิ่งแวดล้อมอย่างสมดุล และยั่งยืน ในระยะ ๑๕ ปี และมีการกำหนดเป็นเป้าหมายและ
30 ตัวชี้วัดเพื่อให้บรรลุผลภายใน พ.ศ. ๒๕๗๓ ไว้ ๑๗ เป้าหมาย (Goals) และ ๑๖๙ เป้าหมายย่อย (Targets)

31 สถานการณ์โรคไม่ติดต่อ ถูกระบุว่า เป็นภาวะคุกคามสุขภาพระดับโลก และเป็นหนึ่งในอุปสรรคและ
32 ความท้าทายที่สำคัญของการพัฒนาอย่างยั่งยืน การจัดการกับปัญหาโรคไม่ติดต่อ จึงถูกบรรจุเป็น **เป้าหมายที่ ๓**
33 **สร้างหลักประกันว่าคนมีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย เป้าหมายย่อยที่ ๓.๔** ลด
34 การตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ ให้ลดลง ๑ ใน ๓ ผ่านทางการป้องกันและการรักษาโรค และสนับสนุน
35 สุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี ภายใน พ.ศ. ๒๕๗๓ **ตัวชี้วัดที่ ๓.๔.๑** ลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่
36 ติดต่อ ลดลง ๑ ใน ๓ ผ่านทางการป้องกันและการรักษาโรค และสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี
37 ภายใน พ.ศ. ๒๕๗๓ รวมทั้ง**เป้าหมายที่ ๑๑** ทำให้เมืองและการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์ มีความครอบคลุม
38 ปลอดภัย ยืดหยุ่นต่อการเปลี่ยนแปลง และยั่งยืน เนื่องจากความเป็นเมืองกำลังขยายตัวอย่างรวดเร็ว การทำ

1 ให้เมืองที่อยู่อาศัยมีคุณภาพ มีสภาพแวดล้อมที่ดี มีความปลอดภัย และอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม จึงเป็นเรื่องที่ทุก
2 ภาคส่วนต้องให้ความสำคัญ นอกจากนี้ การพัฒนาเมืองจะต้องคำนึงถึงมิติความแตกต่างทางสังคม โดยเฉพาะ
3 การพัฒนาที่คำนึงถึงกลุ่มเปราะบาง อาทิ ผู้พิการ ผู้สูงอายุ สตรีมีครรภ์ และผู้มีรายได้น้อย ให้สามารถดำรงชีวิต
4 อยู่ในเมืองได้อย่างมีคุณภาพ และเข้าถึงบริการพื้นฐานต่าง ๆ ได้อย่างเท่าเทียม **เป้าหมายย่อย ๑๑.๑** สร้าง
5 หลักประกันว่าทุกคนเข้าถึงที่อยู่อาศัยและบริการพื้นฐานที่เพียงพอ ปลอดภัย ในราคาที่สามารถจ่ายได้และ
6 ยกระดับชุมชนแออัด ภายใน พ.ศ. ๒๕๗๓ **เป้าหมายย่อย ๑๑.๓** ยกระดับการพัฒนาเมืองและขีดความสามารถ
7 ให้ครอบคลุมและยั่งยืนเพื่อการวางแผนและการบริหารจัดการการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์อย่างมีส่วนร่วมบูรณา
8 การและยั่งยืนในทุกประเทศ ภายใน พ.ศ. ๒๕๗๓ และ**เป้าหมายที่ ๑๗** เสริมความเข้มแข็งให้แก่กลไกการ
9 ดำเนินงานและฟื้นฟูสภาพพื้นที่ส่วนความร่วมมือระดับโลกสำหรับการพัฒนาที่ยั่งยืน **เป้าหมายย่อย ๑๗.๑๗**
10 สนับสนุนและส่งเสริมหุ้นส่วนความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาครัฐ-ภาคเอกชน และประชาสังคม สร้างบน
11 ประสบการณ์และกลยุทธ์ด้านทรัพยากรของหุ้นส่วน

12 **๓.๔.๒ เป้าหมายการลดโรคไม่ติดต่อระดับโลก ๙ เป้าหมาย (๙ Global NCD Targets) ^[๒๐]**
13 องค์การอนามัยโลกโดยความร่วมมือของประเทศสมาชิก พัฒนาการอบการติดตามความก้าวหน้าในการป้องกัน
14 และควบคุมโรคไม่ติดต่อ และกรอบตัวชี้วัดและเป้าหมายระดับโลกแบบสมัครใจ และการประชุมสมัชชาอนามัยโลก
15 ครั้งที่ ๖๖ เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ มีมติรับรองฯ เพื่อให้ประเทศสมาชิกร่วมไปใช้ติดตามแนวโน้ม
16 และประเมินความก้าวหน้า ประกอบไปด้วย ๙ เป้าหมายระดับโลก และ ๒๕ ตัวชี้วัดที่จะต้องบรรลุร่วมกันใน
17 พ.ศ. ๒๕๖๘ ประกอบด้วย เป้าหมายลดการตายและการป่วย ๓ เป้าหมาย ได้แก่ ลดการตายก่อนวัยอันควร
18 จากโรคไม่ติดต่อ ลดอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และควบคุมอัตราการป่วยเบาหวานและภาวะอ้วน
19 ไม่ให้เพิ่มขึ้น เป้าหมายลดพฤติกรรมเสี่ยง ๔ เป้าหมาย ได้แก่ ลดอัตราการบริโภคยาสูบ ลดปริมาณแอลกอฮอล์
20 บริสุทธิ์ต่อหัวประชากร ลดปริมาณการบริโภคเกลือโซเดียม และลดอัตราการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ
21 และเป้าหมายความครอบคลุมของบริการสุขภาพ ๒ เป้าหมาย ได้แก่ อัตราการได้รับยาและคำปรึกษาในการ
22 ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และอัตราการมียาและเทคโนโลยีที่เพียงพอและเหมาะสมในการดูแล
23 ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ

24 สำหรับประเทศไทยตามมติการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ เมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๖ ได้รับรอง
25 ตัวชี้วัด ๙ เป้าหมายของการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อระดับโลกเบื้องต้น และคณะผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องได้
26 ทบทวนและคัดเลือกตัวชี้วัด ๙ ตัวชี้วัดตามเป้าหมายหลักที่นำมาใช้ในประเทศไทย พร้อมทั้งกำหนดนิยาม และ
27 แหล่งข้อมูล

28 **๓.๕ ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนระดับ ๒ ของประเทศไทย**

29 **๓.๕.๑ แผนยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐ ^[๒๑]** เป็นยุทธศาสตร์ชาติ ฉบับแรกของประเทศ
30 ไทยตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มีวิสัยทัศน์คือ ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศ
31 พัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ประกอบด้วย ๖ ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (๑) ด้าน
32 การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ เป้าหมายให้คนไทยเป็นคนดี คนเก่ง มีคุณภาพ พร้อม
33 สำหรับวิถีชีวิตในศตวรรษที่ ๒๑ และสังคมไทย มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อและสนับสนุนต่อการพัฒนาคนตลอดช่วง
34 ชีวิต (๒) ด้านความมั่นคง เป้าหมายให้ประชาชนอยู่ดี กินดี และมีความสุข และบ้านเมืองมีความมั่นคงในทุกมิติ
35 และทุกระดับ (๓) ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน เป้าหมายให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่พัฒนา
36 เศรษฐกิจเติบโตอย่างมีเสถียรภาพและยั่งยืน (๔) ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม เป้าหมาย
37 เพื่อสร้างความเป็นธรรม และลดความเหลื่อมล้ำในทุกมิติ และเพิ่มขีดความสามารถของชุมชน ท้องถิ่นในการ

1 พัฒนาการพึ่งตนเองและการจัดการตนเองเพื่อสร้างสังคมคุณภาพ (๕) ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิต
2 ที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม เป้าหมายเพื่อใช้ประโยชน์ และการสร้างการเติบโตบนฐานทรัพยากรธรรมชาติ และ
3 สิ่งแวดล้อมให้สมดุลภายในขีดความสามารถของระบบนิเวศ และ (๖) ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการ
4 บริหารจัดการภาครัฐ เป้าหมายให้ภาครัฐมีขนาดที่เล็กลงพร้อมปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง การแปลง
5 ยุทธศาสตร์ชาติไปสู่การปฏิบัตินั้นจะดำเนินการผ่านการถ่ายระดับเป้าหมายและประเด็นยุทธศาสตร์ชาติสู่แผน
6 ระดับ ๒ และแผนระดับ ๓ เพื่อให้เกิดการดำเนินการที่มีความสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

7 **๓.๕.๒ แผนแม่บทประเด็น ๑๓ การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี และ แผนแม่บทประเด็น**
8 **๑๑ การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต ตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. ๒๕๖๖ – ๒๕๘๐)**
9 **ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (แผนระดับ ๒) ^[๒๒]**

10 **แผนแม่บทประเด็น ๑๓ การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี** เป้าหมายให้คนไทยมีสุข
11 ภาวะที่ดีขึ้นและมีความเป็นอยู่ดีเพิ่มขึ้น แผนย่อย (๑) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาวะและการป้องกันและ
12 ควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ เป้าหมายให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาวะสามารถดูแลสุขภาพมี
13 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และสามารถป้องกันและลดโรคที่สามารถป้องกันได้ เกิดเป็นสังคมบ่มเพาะ
14 จิตสำนึกการมีสุขภาพดีสูงขึ้น และ (๒) การใช้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่
15 ดี เพื่อให้มีจำนวนชุมชนสุขภาพดีเพิ่มขึ้น ผ่านการส่งเสริมให้มีการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เป็นมิตรต่อ
16 สุขภาพและเอื้อต่อการมีกิจกรรมสำหรับยกระดับสุขภาวะของสังคม จัดทำมาตรการทางการเงินการคลังที่
17 สนับสนุนสินค้าที่เป็นมิตรต่อสุขภาพ สนับสนุนการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ช่วยในการเสริมการมีสุข
18 ภาวะ รวมทั้งกำหนดให้มีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ โดยชุมชนและภาคประชาชน ก่อนการดำเนิน
19 โครงการที่อาจกระทบต่อระดับสุขภาวะ นอกจากนี้ส่งเสริมให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาวะที่ดี ในทุก
20 พื้นที่ โดยให้ชุมชนเป็นแหล่งบ่มเพาะจิตสำนึกการมีสุขภาพดีของประชาชน

21 **แผนแม่บทประเด็น ๑๑ การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต** เป้าหมายให้คนไทยทุกช่วงวัย
22 มีคุณภาพเพิ่มขึ้น ได้รับการพัฒนาอย่างสมดุลทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา และคุณธรรมจริยธรรม เป็นผู้ที่มี
23 ความรู้และทักษะในศตวรรษที่ ๒๑ รักการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต แผนย่อย การสร้างสภาพแวดล้อมที่
24 เอื้อต่อการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพมนุษย์ เพื่อให้ครอบครัวไทยมีความเข้มแข็ง และมีจิตสำนึกความเป็น
25 ไทย ดำรงชีวิตแบบพอเพียงมากขึ้น ผ่านการพัฒนาและยกระดับคนในทุกมิติ และในทุกช่วงวัยให้เป็นทรัพยากร
26 มนุษย์ที่ดี เก่ง และมีคุณภาพพร้อมขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศไปข้างหน้าได้อย่างเต็มศักยภาพ ซึ่งจำเป็นต้อง
27 มีการเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพ ทรัพยากรมนุษย์อย่างเป็นระบบ
28 ตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน สังคม และการมีระบบและกลไกรองรับการพัฒนา ทรัพยากรมนุษย์ที่มี
29 ประสิทธิภาพ

30 **๓.๕.๓ หมายเหตุที่ ๔ ไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง และ หมายเหตุที่**
31 **๑๓ ไทยมีภาครัฐที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพ และตอบโจทย์ประชาชน ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม**
32 **แห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐) (แผนระดับ ๒) ^[๒๓]**

33 **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓** มิติด้านสังคมและทรัพยากรมนุษย์ มี
34 วัตถุประสงค์ เพื่อพลิกโฉมประเทศไทยสู่ “สังคมก้าวหน้า เศรษฐกิจสร้างมูลค่าอย่างยั่งยืน” **หมายเหตุที่ ๔**
35 **ไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง** เป้าหมาย เพื่อให้ไทยมีศักยภาพในการสร้างมูลค่าทาง
36 เศรษฐกิจจากสินค้าและบริการสุขภาพ มีองค์ความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีศักยภาพ เอื้อต่อการสร้าง
37 มูลค่าเพิ่มในสินค้าและบริการทางสุขภาพ ประชาชนไทยได้รับความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และ
38 มีระบบบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพมีความพร้อมรองรับภัยคุกคามสุขภาพ และมีติปัจจัยผลักดันการ

1 พลิกโฉมประเทศ หมายความว่า ๑๓ ไทยมีภาครัฐที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพ และตอบโจทย์ประชาชน เป้าหมาย
2 ให้การบริการภาครัฐ มีคุณภาพ เข้าถึงได้ และภาครัฐที่มีขีดสมรรถนะสูง คล่องตัว

3 ๓.๖ แผนระดับที่ ๓ ของประเทศไทย

4 ๓.๖.๑ แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. ๒๕๖๖ -
5 ๒๕๗๐) ^[๒๔] เป็นแผนระยะที่ ๒ ของแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)
6 วัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวทางให้ทุกภาคส่วนนำไปใช้ในการกำหนดนโยบาย การวางกรอบและทิศทาง การ
7 ติดตาม กำกับ และประเมินผลความสำเร็จของงาน โดยคำนึงถึงปัจจัยสนับสนุนการขับเคลื่อนงานอย่าง
8 สร้างสรรค์และเป็นระบบจากทุกภาคส่วน ทั้งในมิติเฝ้าระวัง สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และ
9 ยกระดับการมีสุขภาพที่ดีของประชากรไทย มุ่งสู่เป้าหมายสูงสุด “การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชาชน
10 จากโรคไม่ติดต่อ ลดลงร้อยละ ๒๕ ภายใน พ.ศ. ๒๕๗๐” ผ่านความร่วมมือของทุกภาคส่วน ที่จะสนับสนุนให้
11 ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพตนเองให้พ้นจากโรคไม่ติดต่อที่ป้องกันได้อย่างยั่งยืน โดยได้กำหนดประเด็น
12 ยุทธศาสตร์การพัฒนา ๓ ยุทธศาสตร์ ดังนี้ ยุทธศาสตร์ที่ ๑ บูรณาการเครือข่ายทุกภาคส่วนในการจัดการโรค
13 NCDs (Smart NCD Network) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (NCD Health Literacy)
14 ความตระหนักรู้ รู้เท่าทันและค่านิยมในการป้องกันควบคุม NCDs ของคนในชาติ และยุทธศาสตร์ที่ ๓ สร้าง
15 ระบบนิเวศ (NCD Ecosystem) ที่เอื้อต่อการจัดการ NCDs ของประเทศ

16 ๓.๖.๒ แผนระดับ ๓ อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

17 (๑) แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๗๐) วัตถุประสงค์
18 เพื่อลดความชุกการบริโภคยาสูบของประชากร และคุ้มครองสุขภาพของประชาชนจากอันตรายจากควันบุหรี่

19 (๒) แผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติระยะที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๗๐)
20 วัตถุประสงค์เพื่อควบคุมขนาดและความรุนแรงของปัญหาที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย

21 (๓) แผนปฏิบัติการด้านการจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ระยะที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐)
22 วัตถุประสงค์เพื่อให้ขึ้นำการขับเคลื่อนการดำเนินงานตลอดห่วงโซ่อาหาร ภายใต้กรอบยุทธศาสตร์การจัดการ
23 ด้านอาหารของประเทศไทย นำไปสู่ความมั่นคงด้านอาหารและโภชนาการในทุกกระดับ ทั้งในภาวะปกติและ
24 วิกฤติ

25 (๔) แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการแห่งชาติ ระยะที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) เป้าหมายให้
26 ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีภาวะโภชนาการดี สามารถดูแลตนเอง ด้านอาหารและโภชนาการได้อย่างเหมาะสมกับ
27 ภาวะสุขภาพ

28 (๕) ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย (พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๘)
29 วัตถุประสงค์ของนโยบายเพื่อลดการบริโภคเกลือโซเดียมของประชาชนไทยให้บรรลุตามเป้าหมายการลดโรคไม่
30 ติดต่อของประเทศ

31 (๖) แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๗๓) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๖
32 วัตถุประสงค์ให้กิจกรรมทางกายเป็นส่วนสำคัญของวิถีชีวิตประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยมีสภาพแวดล้อมที่
33 เหมาะสมและเอื้อให้มีกิจกรรมทางกายตามบริบทไทยในแต่ละพื้นที่ ผ่านการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนใน
34 สังคม

35 (๗) แผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ การแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละออง วัตถุประสงค์
36 เพื่อให้ทุกภาคส่วนใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินการแก้ไขปัญหาฝุ่นละอองในภาพรวมของประเทศ และ
37 ในพื้นที่วิกฤติโดยการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันในทุกภาคส่วน

1 (๘) แผนปฏิบัติราชการระยะ ๕ ปี กรมสุขภาพจิต (พ.ศ. ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐) วัตถุประสงค์เพื่อให้
2 ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ประชาชนเข้าถึงระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรม และเทคโนโลยีดิจิทัล
3 ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างชุมชนและสังคมสุขภาพจิตดี และประชาชนได้รับคุณค่าจากผลิตภัณฑ์ บริการ
4 และบุคลากรกรมสุขภาพจิตจนเกิดความเชื่อมั่นต่อกรมสุขภาพจิต

5 (๙) (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม
6 (Lifestyle Medicine and Holistic Wellness Care) วัตถุประสงค์เพื่อยกระดับบริการที่เป็นมิตร สร้าง
7 สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนด้วยความรู้ นวัตกรรม เทคโนโลยีที่เป็นสหวิทยาการ
8 และทันสมัยจำเพาะแม่นยำ เพื่อให้ประชาชนมีวิถีชีวิตที่ดี เพื่อมูลค่าทางเศรษฐกิจและสังคม

9 **๓.๗ พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**
10 **พ.ศ. ๒๕๔๒ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๙ ^[๒๕]**

11 พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
12 พ.ศ. ๒๕๔๒ มีสาระสำคัญเกี่ยวกับการกำหนดการจัดระบบบริการสาธารณสุขตามอำนาจหน้าที่ และ
13 ความสัมพันธ์ระหว่างราชการบริหารส่วนกลาง ราชการบริหารส่วนภูมิภาค และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
14 และระหว่าง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง โดยมาตรา ๑๒ แห่งกฎหมายดังกล่าว ได้กำหนดให้
15 คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดทำแผนการ
16 กระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่
17 องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น เพื่อเป็นเครื่องมือในการถ่ายโอนภารกิจและอำนาจหน้าที่ในการจัดบริการ
18 สาธารณะของรัฐ ให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงการออกประกาศตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติ
19 นี้ เพื่อให้องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นสามารถจัดทำบริการสาธารณสุขตามอำนาจหน้าที่และภารกิจถ่ายโอน
20 เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น โดยพระราชบัญญัตินี้
21 ได้รับการแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๙ เพื่อให้การจัดสรรภาษีและอากร เงินอุดหนุน และรายได้อื่นมี
22 ความสอดคล้องกับการดำเนินการตามอำนาจและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทได้อย่าง
23 เหมาะสม

24 จากมาตรา ๒๕๐ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้บัญญัติให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมี
25 หน้าที่และอำนาจดูแลและจัดทำบริการสาธารณสุขและกิจกรรมสาธารณสุขเพื่อประโยชน์ของประชาชน ใน
26 ท้องถิ่นตามกฎหมายที่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับกลไกและขั้นตอนในการกระจายหน้าที่และอำนาจ ตลอดจน
27 งบประมาณและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่และอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

28 **๓.๘ ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ ^[๒๖]**

29 ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ มีเจตนารมณ์ที่
30 ต้องการให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน
31 ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ด้วยการทำงานอย่างมีส่วนร่วมตามแนวทางประชารัฐ สร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของ
32 ร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุข
33 ภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืน โดยกำหนดให้มีคณะกรรมการขับเคลื่อน
34 การดำเนินงาน ๓ คณะ ได้แก่ คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ คณะกรรมการพัฒนา
35 คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชข.)

๔. สถานการณ์ด้านสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมของการเกิดโรคไม่ติดต่อของประชาชนไทย

การเข้าถึงสินค้าทำลายสุขภาพ

การสำรวจเรื่องค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า พ.ศ. ๒๕๖๔ ร้อยละ ๔๒.๓ ของนักสูบปัจจุบันมีค่าใช้จ่ายเพื่อซื้อบุหรี่โดยเฉลี่ยเดือนละ ๑๐๐ - ๔๙๙ บาท โดยกลุ่มผู้สูบที่มีอายุ ๒๕ - ๔๔ ปี มีสัดส่วนของค่าใช้จ่ายเพื่อซื้อบุหรี่มากกว่า ๑,๐๐๐ บาทต่อ เดือนสูงกว่ากลุ่มวัยอื่น (ร้อยละ ๑๕.๕) และผู้ชาย เสียค่าใช้จ่ายเพื่อซื้อบุหรี่เฉลี่ยต่อเดือนสูงกว่าผู้หญิง (ผู้ชาย ๔๙๑ บาท และผู้หญิง ๓๕๘ บาท)^[๒๗] นอกจากนี้ และร้อยละ ๔๘.๑ ของประชากรที่ดื่มแอลกอฮอล์มีค่าใช้จ่ายเพื่อซื้อเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยเฉลี่ยเดือนละ ๑๐๐ - ๔๙๙ บาท โดยกลุ่มผู้ดื่มที่มีอายุ ๒๕ - ๕๙ ปี มีสัดส่วนของค่าใช้จ่ายเพื่อซื้อเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มวัยอื่น^[๒๗] นอกจากนี้ ประชากรโดยเฉพาะในเขตเมืองมักจะรายล้อมไปด้วยอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และไม่ปลอดภัยมีสารเคมีตกค้าง ร้านสะดวกซื้อมีการกระจายในพื้นที่สูง ทำให้ประชาชนเข้าถึงผลิตภัณฑ์อาหารทำลายสุขภาพ บุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ประมาณร้อยละ ๒๐ และ ร้อยละ ๔๐ ของรายการสินค้าบริโภคในร้านสะดวกซื้อคือ ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และขนมขบเคี้ยวขนมหวาน ตามลำดับ) และการเข้าถึงอาหารกลางวันในโรงเรียนที่มีคุณภาพและถูกหลักโภชนาของเด็กเล็กและเด็กในโรงเรียนยังต้องได้รับการพัฒนาอยู่มาก ส่วนหนึ่งจากข้อจำกัดด้านระเบียบการทำงานและแผนงานแบบแยกภาคส่วน

การเข้าถึงสินค้าบริโภคและบริการที่ดีต่อสุขภาพ

จากดัชนีราคาผู้บริโภค (Consumer Price Index: CPI) ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๖๔^[๒๘] พบว่า อัตราการเพิ่มขึ้นเฉลี่ยต่อเดือนในราคาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ คือ ร้อยละ ๐.๔๖๘ โดยที่ราคาของผักและผลไม้เพิ่มขึ้นสองเท่าที่ ร้อยละ ๐.๙๒๖ และร้อยละ ๐.๙๖๙ ตามลำดับ นอกจากนี้ ดัชนีราคาผู้บริโภคของอาหารหลัก (อาหารที่ดีต่อสุขภาพ) เพิ่มขึ้นมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับอาหารไม่ใช่หลัก (อาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ) (ร้อยละ ๐.๕๒๙ ต่อร้อยละ ๐.๓๓๖ ตามลำดับ) โดยราคา “นมและผลิตภัณฑ์นม” เพิ่มขึ้นอย่างมากเมื่อเปรียบเทียบกับ “เครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์” ในขณะที่ราคาของ “น้ำตาลและของหวาน” เพิ่มขึ้นมากเมื่อเปรียบเทียบกับ “แป้งและผลิตภัณฑ์ธัญพืช”

ขณะนี้การศึกษาวิจัยเรื่อง “Examining the role of retailers in obesogenic food environments and identifying policy opportunities to address the double burden of malnutrition in South East Asia (SEA)”^[๒๙] อยู่ในระหว่างศึกษา ซึ่งในระยะแรกมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินบทบาทของร้านค้าปลีกในสภาวะแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วน และโอกาสทางนโยบายเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว โดยใช้การทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์และเครื่องมือเก็บข้อมูล เช่น INFORMAS food retail protocol และ Monitoring Availability, Placement and Promotion - Supermarkets (MAPP-S) ซึ่งผลการศึกษาคาดว่าจะแสดงให้เห็นถึงลักษณะของร้านค้าปลีกที่เป็นส่วนหนึ่งของสภาวะแวดล้อมทางกายภาพของโรคไม่ติดต่อ

การได้รับสื่อโฆษณาและกิจกรรมการตลาดสินค้าทำลายสุขภาพ

การสำรวจการได้พบเห็นการโฆษณาส่งเสริมการสูบบุหรี่ในช่วงหนึ่งเดือน พบว่า ส่วนใหญ่พบเห็นการโฆษณาที่ร้านขายบุหรี่ ร้อยละ ๘.๖ รองลงมาคือ การแสดงป้ายยี่ห้อบุหรี่ขนาดใหญ่ ร้อยละ ๔.๐ การแสดงป้ายราคาขนาดใหญ่ ร้อยละ ๓.๒ ส่วนที่พบเห็นการโฆษณาบุหรี่ทางอินเทอร์เน็ต/สื่อสังคมออนไลน์ร้อยละ ๒.๖ ทีวี บาร์ หรือคาราโอเกะร้อยละ ๑.๕ และพบเห็นการส่งเสริมการขายผ่านเสื้อผ้าหรือสิ่งของใด ๆ ที่มีตรา/เครื่องหมาย/ยี่ห้อบุหรี่ ร้อยละ ๒.๐^[๒๗]

1 สำหรับการได้พบเห็นการส่งเสริมการขายเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในสถานที่ห้ามขาย พบที่ หอพัก
2 มากที่สุด (ร้อยละ ๖.๓) รองลงมาคือ พื้นที่โรงงาน และสถานีนขนส่งสาธารณะใกล้เคียงกัน (ร้อยละ ๖.๒) และ
3 ป้ายน้ำมัน (ร้อยละ ๓.๕) ส่วนการได้พบเห็นการโฆษณา/ กิจกรรม การตลาดการส่งเสริมการขายเครื่องดื่มที่มี
4 แอลกอฮอล์ พบว่า คนส่วนใหญ่เห็นการสนับสนุนทีม/แข่งขันกีฬา ร้อยละ ๒๐.๖ และที่เป็นการสนับสนุนงาน
5 เทศกาล/ดนตรี/คอนเสิร์ต ร้อยละ ๑๗.๐ ส่วนโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลด แลก แจก แถม ชิงโชค พบร้อย
6 ละ ๖.๑^[๒๗]

7 การสำรวจการพบเห็นและได้รับสื่อการตลาดอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพในช่วง ๗ วันที่ผ่านในกลุ่ม
8 เด็กไทยอายุระหว่าง ๖-๑๘ ปี พบว่า ร้อยละ ๗๘.๘ พบเห็นการแสดงรูปการ์ตูนบนบรรจุภัณฑ์อาหาร ขนมและ
9 เครื่องดื่มมากที่สุด รองลงมาคือ การใช้ฟรีเซ็นเตอร์เป็นดารา นักแสดง นักร้อง นักกีฬา หรืออินฟลูเอนเซอร์ไป
10 รโหมอาหารฯ (ร้อยละ ๗๒.๕) ป้ายลดราคาอาหารฯ (ร้อยละ ๗๑.๖) และการลด แลก แจก แถม และการชิง
11 โชคชิงรางวัล (ร้อยละ ๖๑.๘) นอกจากนี้ ร้อยละ ๘๔ รายงานว่าพบเห็นการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดี
12 ต่อสุขภาพผ่านทางสื่อโซเชียลและวิดีโอแชร์ (เช่น YouTube, Facebook, Instagram, TikTok, Twitter) มาก
13 ที่สุด ตามด้วยโทรทัศน์ (ร้อยละ ๗๖.๗) และสื่อกลางแจ้ง (เช่น ป้ายโฆษณาหรือแบนเนอร์ในโรงเรียน) (ร้อยละ
14 ๗๑.๒) โดยประมาณ ๔ ใน ๑๐ คนที่พบเห็นการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพ รู้สึกชอบอาหาร
15 และเครื่องดื่มตามสื่อดังกล่าวมากขึ้น และทำให้มีพฤติกรรมการร้องขอให้ซื้อ การซื้อ และการบริโภคอาหารและ
16 เครื่องดื่มดังกล่าวมากขึ้นด้วย^[๓๐]

17 การสำรวจการโฆษณาอาหารทางโทรทัศน์ ๑๖ สถานีของประเทศไทย พบว่า ร้อยละ ๓๖.๘ เป็นการ
18 โฆษณาอาหารและเครื่องดื่ม (๔๙,๖๖๑ โฆษณาจากทั้งหมด ๑๓๔,๘๔๒ โฆษณา) ในจำนวนนี้เป็นโฆษณา
19 อาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพกว่าร้อยละ ๕๓.๙ และเป็นอาหารที่ดีต่อสุขภาพเพียงร้อยละ ๑๔.๕ (พิจารณาตาม
20 เกณฑ์การจำแนกอาหารของ WHO SEARO ซึ่งยังไม่รวมอาหารจานด่วนเนื่องจากไม่เข้าข่ายผลิตภัณฑ์อาหาร
21 และไม่มีฉลากโภชนาการ) โดยผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพที่พบการโฆษณามากที่สุด คือ เครื่องดื่มรส
22 หวานบรรจุขวด เช่น ชาเขียว (๑๑,๙๘๘ โฆษณา) รองลงมาคือนมเปรี้ยวและโยเกิร์ต (๖,๓๙๖ โฆษณา) และ
23 โฆษณาส่วนใหญ่ใช้ดารา นักแสดง นักร้อง นักกีฬา หรืออินฟลูเอนเซอร์ในการสื่อสาร (ร้อยละ ๘๐.๑) ตามด้วย
24 การแจกหรือแถมของเล่น (ร้อยละ ๙.๑) และการชิงโชคให้รางวัลสูง (ร้อยละ ๗.๗)^[๓๐]

25 **การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ**

26 จากการสำรวจการได้รับข้อมูลจากฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ พบว่า ร้อยละ ๖.๑ ของนักสูบเห็นว่าม
27 ภาพคำเตือนและข้อความบนซองบุหรี่ที่ได้/ซื้อมาครั้งสุดท้าย ส่วนการรับรู้เรื่องฉลากโภชนาการแบบจีดีเอและ
28 การตัดสินใจเลือกซื้อ พบว่า ร้อยละ ๖๒.๓ เคยพบเห็น ร้อยละ ๒๕.๙ ไม่เคยพบเห็น และร้อยละ ๑๑.๘ ไม่แน่ใจ
29 นอกจากนี้ยังได้สอบถามผู้ที่เคยพบเห็น ฉลากโภชนาการแบบจีดีเอว่ามีผลต่อการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์
30 อาหารหรือไม่ พบว่าร้อยละ ๔๐.๘ ไม่มีผลต่อการตัดสินใจ ร้อยละ ๕๕.๑ มีผลต่อการตัดสินใจ และร้อยละ
31 ๔.๑ ไม่แน่ใจ^[๒๗] สำหรับการรับรู้เรื่องฉลากทางเลือกสุขภาพและการตัดสินใจเลือกซื้อ พบว่า ร้อยละ ๔๑.๕ เคย
32 พบเห็น ร้อยละ ๔๑.๑ ไม่เคยพบเห็น และ ร้อยละ ๑๔.๗ ไม่แน่ใจ เมื่อสอบถามผู้ที่เคยพบเห็นฉลาก ทางเลือก
33 สุขภาพ ว่ามีผลต่อการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารหรือไม่ พบว่า ร้อยละ ๓๒.๗ ไม่มีผลต่อการตัดสินใจ
34 ร้อยละ ๖๓.๙ มีผลต่อการตัดสินใจ และร้อยละ ๓.๔ ไม่แน่ใจ

35 นอกจากนี้ มีการสำรวจพฤติกรรมของคนไทยบนโลกออนไลน์ ระหว่างวันที่ ๑ มกราคม - ๓๑ พฤษภาคม
36 พ.ศ. ๒๕๖๑ ในรายงานจับตาทิศทางสุขภาพคนไทย พ.ศ. ๒๕๖๓ (Thai Health Watch ๒๐๒๐)^[๓๑] ผ่าน hashtag
37 #อ่อยไปแดก #อ่อยบอกต่อ และจาก Food Influencers จำนวน ๙๐ accounts ซึ่งมีจำนวนข้อความ

1 ทั้งหมด ๕,๘๒๖,๔๕๒ ข้อความในสื่อสังคมออนไลน์ Facebook พบว่า กลุ่มคน Gen Y ซึ่งเป็นกลุ่มที่ใช้
2 ช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ Facebook เป็นส่วนใหญ่ ให้ความสนใจและมีปฏิสัมพันธ์กับโพสต์ที่เป็นเมนูหรือ
3 วิธีการ ทำอาหารเมนูน่ากิน และเมนูที่มารสจัด เช่น ยำต่าง ๆ

4 การดำเนินชีวิตในสภาวะแวดล้อมสรรค์สร้าง (built environment) และการเข้าถึงพื้นที่สุข 5 ภาวะ (healthy space)

6 จากการสำรวจสถานที่ที่ออกกำลังกาย/เล่นกีฬาบ่อยที่สุดของประชากร พบว่า ร้อยละ ๔๗.๐
7 ออกกำลังกาย/เล่นกีฬารอบบ้าน รองลงมาคือ สวนสาธารณะ (ร้อยละ ๒๐.๔) สนามกีฬา (ร้อยละ ๑๒.๔)
8 ที่ว่าง (ร้อยละ ๑๑.๒) สำหรับสถานที่ที่นิยมออกกำลังกายทำอื่น ได้แก่ สถานที่ทำงาน (ร้อยละ ๔.๙) สถานที่
9 อื่น ๆ (เช่น ห้างสรรพสินค้า ริมฟุตบอล เป็นต้น) (ร้อยละ ๒.๓) และฟิตเนส (ร้อยละ ๑.๓) ^[๒๖] นอกจากนี้
10 สถานการณ์ความเพียงพอและการเข้าถึงสถานที่ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย (เช่น สวนสาธารณะ) และแหล่ง
11 อาหารที่ดีต่อสุขภาพ (เช่น ตลาดสด) ในเขตเมืองใหญ่พบว่าอาจยังไม่เพียงพอกับความหนาแน่นของประชากร
12 ที่พักอาศัยในพื้นที่ ข้อมูลเบื้องต้นรายงานว่ากรุงเทพมหานครมีสวนสาธารณะหลักและรองจำนวน ๒๙ แห่ง
13 แต่มีการกระจุกตัวอยู่ในเมืองชั้นในและบางเขตพื้นที่ไม่มีสวนสาธารณะ ^[๓๒] และมีตลาดสด ๔๘๕ แห่ง

14 ทั้งนี้ ข้อมูลสถานการณ์ด้านสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมของการเกิดโรคไม่ติดต่อของ
15 ประชาชนไทยข้างต้นเป็นข้อมูลเพียงบางส่วน ซึ่งภาพรวมข้อมูลด้านนี้ยังมีข้อจำกัดอยู่มากทั้งคุณภาพ ลักษณะ
16 วิธีการเก็บข้อมูล ความครอบคลุมของตัวแปรปัจจัยเสี่ยง และระบบฐานข้อมูลสำหรับติดตามสถานการณ์
17 ต่อเนื่อง

18 ๕. สถานการณ์การดำเนินนโยบาย ช่องว่างเชิงระบบ และความท้าทายในการดำเนินงาน

19 จากผลการวิเคราะห์การดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อตามนโยบายและยุทธศาสตร์ต่าง ๆ
20 ของประเทศไทย พบว่ามีประเด็นที่ยังเป็นช่องว่างสำคัญดังนี้

21 ๕.๑ การขาดกลไกประสานการทำงานและตัดสินใจทางนโยบายที่มีประสิทธิภาพ

22 การดำเนินงานเชิงนโยบายระดับประเทศ มีกลไกประสานงานและการตัดสินใจข้ามกระทรวง
23 (Interministerial) และหลายภาคส่วน (Multisectoral) ในรูปแบบคณะกรรมการ อาทิ คณะกรรมการ
24 ขับเคลื่อนแผนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ คณะกรรมการนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตาม
25 พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ แต่ในภาพรวมเชิงปฏิบัติส่วนใหญ่เป็นไปแบบแยก
26 ส่วนในระดับหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งการจัดการระบบอาหาร ^[๓๔] การส่งเสริมการมีกิจกรรมทาง
27 กาย ^[๓๕] การควบคุมยาสูบ ^[๓๖] การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ^[๓๗] ส่วนหนึ่งเนื่องจากข้อจำกัดเกี่ยวกับระเบียบ
28 การบริหารงานและการบริหารงบประมาณของระบบราชการ

29 การถ่ายทอดนโยบายระดับประเทศสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ พบว่า การดำเนินงานในแต่ละส่วนยัง
30 ขาดความเชื่อมโยงหนุนเสริมระหว่างกัน อีกทั้งการดำเนินงานยังขาดความต่อเนื่อง ด้านการบังคับใช้กฎหมายที่
31 เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ พบว่า ยังทำได้ไม่เต็มศักยภาพ ส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากปัจจัยความมั่งคั่งและความ
32 ตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการปัญหาของผู้กำหนดนโยบายการขาดระบบบริหารกำกับติดตามที่มี
33 ประสิทธิภาพ (อาทิ การสม่าเสมอของการประชุมของคณะกรรมการควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
34 ระดับจังหวัด) ศักยภาพด้านการบังคับใช้กฎหมายของพนักงานเจ้าหน้าที่ การขาดความรู้ความเข้าใจใน
35 การปฏิบัติตามกฎหมายของผู้ประกอบการและประชาชน ตลอดจนการแทรกแซงนโยบายของกลุ่มธุรกิจที่เสีย

1 ประโยชน์ เหล่านี้จึงทำให้ยังพบสัดส่วนผู้พบเห็นการกระทำผิดกฎหมายอยู่ในระดับสูง ร้อยละ ๘๐ ของ
2 ประชาชนรายงานว่าพบการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ ร้อยละ ๑๖.๘ ของประชาชนรายงานว่าพบเห็นการฝ่าฝืน
3 การขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่นอกช่วงเวลาที่ถูกกฎหมายกำหนด ร้อยละ ๑๔.๗ พบการขายเครื่องดื่ม
4 แอลกอฮอล์ให้เด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี

5 **๕.๒ ขาดระบบบริหารงานกำกับติดตามสถานะแวดล้อมและระบบการประเมินผลลัพธ์ใน** 6 **ระดับประเทศ**

7 จากแผนงานต่าง ๆ ข้างต้นพบว่ามีการกำหนดตัวชี้วัด แต่ส่วนใหญ่ตัวชี้วัดจะเป็นตัวชี้วัดเชิง
8 กระบวนการ เช่น จำนวนคณะกรรมการ การประชุม การจัดกิจกรรมที่ได้ทำขึ้น แต่ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์
9 เชิงผลลัพธ์ของสถานะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมของการเกิดโรคไม่ติดต่ออย่างไม่มีชัดเจน รวมถึงระบบ
10 การจัดเก็บข้อมูลยังมีความกระจัดกระจายและไม่เป็นระบบ เช่น จากแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (พ.ศ.
11 ๒๕๖๑ - ๒๕๗๓) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๖ วิเคราะห์ว่า ข้อมูลกลุ่มประชากรที่ได้รับการสำรวจยังไม่
12 ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะแรกเกิด - ๕ ปี และผลการสำรวจของแต่ละหน่วยงานยังไม่
13 สอดคล้องกัน หรือแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการแห่งชาติ ระยะที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ที่พบว่า
14 การวิเคราะห์สถานการณ์เฝ้าระวังทางโภชนาการ ยังจำกัดอยู่เพียงข้อมูลผลการดำเนินงานที่ผ่านมาจนถึง
15 ปัจจุบัน โดยไม่มีการคาดการณ์สถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตอย่างชัดเจน แสดงให้เห็นถึงช่องว่างของการ
16 ติดตามประเมินผลสถานการณ์และนโยบายที่ต้องมีการดำเนินการต่อไป

17 อย่างไรก็ตาม มีตัวชี้วัดการดำเนินการบางอย่างในระดับท้องถิ่นที่สามารถใช้เป็นฐานข้อมูล
18 ในการกำกับติดตามและประเมินผลลัพธ์การดำเนินการสร้างสถานะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมของการเกิด
19 โรคไม่ติดต่อได้ ซึ่งต้องอาศัยการเก็บข้อมูลที่ครอบคลุมและเป็นระบบต่อไป ยกตัวอย่างเช่น

20 ๑) เกณฑ์มาตรฐานเมืองสุขภาพดี พ.ศ. ๒๕๖๖^[๓๘] ซึ่งจัดทำขึ้นเพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
21 ใช้เป็นแนวทาง ในการพัฒนาสู่ ความเท่าเทียมด้านสุขภาพของประชาชนในเขตเมือง และเพื่อเป็นแนวทางในการ
22 สร้างนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งเพื่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ
23 สุขภาพ ด้วยการบูรณาการแบบองค์ รวม โดยเกณฑ์มาตรฐานเมืองสุขภาพดีมี ๓ องค์ประกอบ ได้แก่
24 Healthy Environments (สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อ สุขภาพ) Healthy Settings (สถานที่
25 ที่เอื้อต่อสุขภาพ) และ Healthy People (ประชาชนรอบรู้และสุขภาพดี) รวม จำนวน ๒๓ ตัวชี้วัด

26 ๒) การประเมินประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Local Performance
27 Assessment: LPA) ด้าน ๔ การบริการสาธารณะ เป้าหมายให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการบริหารงาน
28 ตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดประโยชน์
29 สุขต่อประชาชนในท้องถิ่นในด้านโครงสร้างพื้นฐาน ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านการวางแผนการส่งเสริม
30 การลงทุน พาณิชยกรรมและการท่องเที่ยว ด้านศิลปะ วัฒนธรรม ประเพณี ศาสนา และภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้าน
31 การจัดระเบียบชุมชน สังคม และการรักษาความสงบเรียบร้อย ด้านการบริหารจัดการ และการอนุรักษ์
32 ทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม

33 **๕.๓ การขาดระบบสนับสนุนขยายผลแผนงาน โครงการและนวัตกรรมที่สำเร็จ**

34 ที่ผ่านมามีประเทศไทยมีโครงการริเริ่มและนวัตกรรมที่ประสบความสำเร็จในการทำงานมากมาย
35 แต่ยังคงจำกัดอยู่ในบางพื้นที่หรือกลุ่มประชากร และขาดการระบบสนับสนุนให้มีการขยายผลเชิงระบบ อาทิ
36 โครงการที่ปรับสิ่งแวดล้อมให้เกิดการเข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพของกรมอนามัย เช่น หวานน้อยสั่งได้ เมนู
37 สุขภาพ โรงอาหารปลอดภัยใส่ใจสุขภาพ โดยโครงการหวานน้อยสั่งได้มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้บริโภคเปลี่ยนแปลง

1 พฤติกรรม ผ่านตัวเลือกเพื่อสุขภาพให้กับผู้บริโภคตอนสั่งอาหาร ตลอดระยะเวลาที่ได้ดำเนินโครงการหวาน
2 น้อยสั่งได้ร่วมกับ LINE MAN Wongnai แพลตฟอร์มด้านอาหารที่ใหญ่ที่สุด ตั้งแต่พ.ศ. ๒๕๖๖ พบว่า ร้านค้า
3 กว่า ๖๐,๐๐๐ ร้านทั่วประเทศ เพิ่มตัวเลือกระดับความหวานในเมนูเดลิเวอรี เพิ่มขึ้น ๘.๕ เท่าเมื่อเทียบกับ
4 ก่อนเริ่มโครงการ สัดส่วนการสั่งเมนูเครื่องดื่มที่ลดระดับความหวาน (น้อยกว่า ๑๐๐ %) มีมากถึง ๕๘ % จาก
5 ยอดสั่งเครื่องดื่มทั้งหมด และส่วนใหญ่เป็นออร์เดอร์ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ^[๔๐] โครงการโรงอาหาร
6 ปลอดภัย ใส่ใจสุขภาพ คือ โรงอาหารที่มีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี อาหารมีคุณค่าทาง
7 โภชนาการและปริมาณที่เหมาะสม วัตถุดิบ เครื่องปรุงมีความปลอดภัยจากสารปนเปื้อน และสารพิษ ส่งเสริม
8 การใช้วัสดุอุปกรณ์ที่ปลอดภัยในการปรุงประกอบอาหาร รวมทั้งมีสื่อประชาสัมพันธ์สร้างความรอบรู้ ด้าน
9 สุขภาพอาหาร และโภชนาการ เช่น มีเมนูสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานจากกรมอนามัย อย่างน้อย
10 ร้านละ ๑ เมนู ^[๔๑] ซึ่งพบว่านโยบายดังกล่าวยังไม่ได้ครอบคลุมเท่าที่ควรและไม่มีการจูงใจให้ภาคเอกชน
11 ปฏิบัติตาม

12 นอกจากนี้ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินนโยบายเพื่อสนับสนุนให้เกิดเมืองสุขภาพดี
13 สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาสู่ความเท่าเทียมด้านสุขภาพของประชาชนในเขตเมือง ผ่าน
14 การสร้างนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ด้วยการบูรณาการแบบ
15 องค์กรรวม ประกอบด้วยเกณฑ์มาตรฐานเมืองสุขภาพดี ๓ องค์ประกอบ ได้แก่ Healthy Environments
16 (สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ) Healthy Settings (สถานที่ที่เอื้อต่อสุขภาพ) และ Healthy People (ประชาชน
17 รอบรู้และสุขภาพดี) เช่น จัดให้มีพื้นที่ สาธารณะเพื่อสุขภาพ (ทางเดินเท้า, ทางจักรยาน, สนามเด็กเล่น, พื้นที่
18 พักผ่อน, พื้นที่สีเขียว) ซึ่งใน พ.ศ. ๒๕๖๖ มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วม ๑๔๔ แห่ง ^[๓๖] ซึ่งพบว่าไม่ได้
19 ครอบคลุมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งเนื่องจากเป็นนโยบายแบบสมัครใจ

20 กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ได้ออกแอปพลิเคชัน “CCC” (Calories Credit Challenge)
21 ^[๔๒] มีวัตถุประสงค์เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย และการเล่นกีฬา
22 ของประชาชน ทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง เป็นแนวทางการจัดกิจกรรมกีฬาที่สอดคล้องกับโมเดล
23 เศรษฐกิจ สู่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (BCG Economy Model) ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนากีฬาแห่งชาติฉบับที่ ๗
24 สร้างเครือข่ายความร่วมมือทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายและการ
25 เล่นกีฬาของประชาชน และการประชาสัมพันธ์และการสร้างแรงจูงใจให้กับประชาชนหันมาใส่ใจคุณภาพด้วย
26 กิจกรรมทางกาย การออกกำลังกายและเล่นกีฬา และบันทึกแต้ม จากการสะสมจำนวนก้าว ระยะทาง และ
27 แคลอรี นำมาแลกรางวัล / สิ่งของสมนาคุณ ที่สนับสนุนโดยภาครัฐ ภาคเอกชน และ/หรือผู้ประกอบการ ซึ่ง
28 จากการดำเนินการพบว่ามีผู้เข้าร่วม ๔๐๐,๔๘๐ คน (ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ถึง ๑ เมษายน
29 พ.ศ. ๒๕๖๗) ซึ่งพบว่าผู้เข้าร่วมไม่ได้ครอบคลุมประชากรทั้งหมดและส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมต่อเนื่อง

30 จากการวิเคราะห์ข้อมูลนโยบายด้านกิจกรรมทางกายและงบประมาณในแต่ละจังหวัดตาม
31 รายโครงการที่เกี่ยวข้อง (กองทุนสุขภาพตำบลและแผนยุทธศาสตร์องค์การบริหารส่วนจังหวัด) พ.ศ. ๒๕๖๐ -
32 ๒๕๖๒ ของกลุ่ม Activethai.org เครือข่ายนักวิจัยด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ผ่านความร่วมมือของ
33 สำนักส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำหรับนโยบายที่
34 ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พบว่า ๑ จังหวัด มีนโยบายเพื่อพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของจังหวัดอย่างเดียว เช่น
35 สวนสาธารณะ สนามกีฬา ทางเดิน ทางจักรยาน เป็นต้น ๒๕ จังหวัด มีนโยบายเกี่ยวกับการสร้างโอกาสการมี
36 กิจกรรมทางกายของคนในจังหวัดอย่างเดียว เช่น งานแข่งขันกีฬา กิจกรรมผู้สูงอายุ ๔๔ จังหวัด มีนโยบาย ทั้ง
37 สองด้าน และ ๔ จังหวัด ไม่มีนโยบายทั้งสองด้าน แสดงให้เห็นว่ามีความพยายามในการพัฒนานโยบายในระดับ
38 พื้นที่ แต่ไม่สามารถขยายผลไปสู่นโยบายระดับประเทศได้ ^[๔๓]

1 จากการประชุมปรึกษาหารือ (ถกแถลง) เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะว่าด้วยการสานพลังสร้าง
2 สภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อจากเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เมื่อวันที่ ๒๒ เมษายน
3 พ.ศ. ๒๕๖๗ พบว่า การทำงานในระดับพื้นที่ที่มีความสำคัญมากและควรได้รับการสนับสนุนในการขยายผล
4 ยกตัวอย่างเช่น สมัชชาสุขภาพจังหวัดสงขลาได้มีการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิเชิงรุกกับพื้นที่ โดยมีการ
5 ออกแบบการคัดกรองสภาวะรายบุคคล ซึ่งครอบคลุมในมิติสุขภาพ ๓ อ. ๒ ส. ๑ก. ๒ ง. ทำให้ประชาชน
6 ทราบข้อมูลสภาวะของตนเองและมีส่วนร่วมในการจัดการสภาวะของชุมชน สมัชชาสุขภาพจังหวัดหนองบัวลำภู
7 ได้ใช้ข้อมูลสารเคมีที่ตกค้างในอาหารทำให้เกิดโรค ไม่ติดต่อในการขับเคลื่อนนโยบาย ทำให้เกิดการยกเลิกการ
8 ใช้สารเคมีบางตัวในพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพจังหวัดปัตตานี มีการขับเคลื่อนนโยบาย “ครัวโรงเรียนสู่ครัว
9 บ้าน” ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เด็กในพื้นที่ได้รับประทานอาหารเช้า ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญ
10 ของการยกระดับนโยบายในระดับพื้นที่ที่ตอบโจทย์ความต้องการของประชาชน

11 ๕.๔ ขาดนโยบายสาธารณะและการกำหนดมาตรฐานเพื่อจัดการความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อใหม่ที่ 12 มีการเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ

13 ที่ผ่านมามีนโยบายหลายนโยบายที่ส่งเสริมการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม อาทิ ระบบการติดฉลาก
14 บนหน้าบรรจุภัณฑ์ Front-of-Package Labelling (FoPL) แบบที่บังคับใช้ในรูปแบบฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ
15 Guideline Daily Amount (GDA) ใน พ.ศ. ๒๕๕๔ สำหรับสินค้าขนมและอาหารพร้อมทาน และนโยบายแบบ
16 สมัยครีเจมีสำหรับสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ "Healthier Choice" โดยกระทรวงสาธารณสุขใน
17 พ.ศ. ๒๕๕๙ เพื่อระบุว่า เป็นอาหารที่มีคุณค่าที่ดีกว่าอาหารในกลุ่มเดียวกัน ซึ่งนโยบายอย่างนี้อาจยังไม่ใช
18 นโยบายที่มีประสิทธิภาพในการปรับพฤติกรรมของผู้บริโภค^[๔๔] รวมถึงนโยบายจำป็นที่มีประสิทธิภาพอื่น ๆ
19 แต่ประเทศไทยยังไม่ได้ดำเนินการ ได้แก่ มาตรการปรับปรุงสูตรอาหาร ของภาคอุตสาหกรรมอาหาร และ
20 มาตรการการจำกัดกิจกรรมการตลาดอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ โดยเฉพาะที่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มเด็กและเยาวชน

21 จากการศึกษาศึกษาพัฒนาระบบและการดำเนินนโยบายสาธารณะและกฎหมายป้องกันและ
22 ควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย โดยสำนักงานพัฒนาอนามัยสุขภาพระหว่างประเทศ พบว่า มาตรการด้าน
23 ควบคุมการตลาดของสินค้าปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ยังมีช่องว่างและขาดความครอบคลุมเปิดช่องให้ภาคธุรกิจ
24 สามารถหลีกเลี่ยงการบังคับใช้กฎหมาย การบังคับใช้กฎหมายควบคุมการตลาดและการขายสินค้าปัจจัยเสี่ยงโรค
25 ไม่ติดต่อในช่องทางออนไลน์กระทำไดยาก และกลยุทธ์การตลาดและกิจกรรมการตลาดของอุตสาหกรรมปัจจัย
26 เสี่ยง โรคไม่ติดต่อที่ไม่หยุดนิ่งทำให้การบังคับใช้กฎหมายมีข้อจำกัด^[๔๕] ซึ่งแสดงให้เห็นถึงช่องว่างของนโยบาย
27 ควบคุมการตลาดในเชิงความครอบคลุม ความทันต่อเหตุการณ์และการบังคับใช้

28 ๕.๕ การขาดระบบที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนและเครือข่ายทางสังคมในการจัดการปัญหา

29 ประชาสังคมและกลุ่มต่าง ๆ มีบทบาทมากในระดับจังหวัด แต่ยังขาดระบบสนับสนุนให้ม
30 การดำเนินการที่ยั่งยืนและต่อเนื่อง ชุมชนมีศักยภาพมากในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของประชาชนในพื้นที่
31 ผ่านการสร้างสภาพแวดล้อมทางกายภาพ สังคมและวัฒนธรรมที่เอื้อต่อวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ เช่น สัดส่วนของ
32 ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงในจังหวัดที่มีการณรงค์ให้งดการจำหน่ายในงานเทศกาลประเพณี คอนเสิร์ต
33 งานเลี้ยงในที่สาธารณะต่าง ๆ^[๔๖] ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการสนับสนุนความเข้มแข็งของชุมชนและ
34 ภาคประชาสังคม โดยมีตัวอย่างโอกาสของความร่วมมือของหน่วยงานในระดับพื้นที่ที่สามารถดำเนินการสร้าง
35 สภาวะแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมให้เอื้อต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อ ดังนี้

36 ๑) คณะคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)^[๔๖] คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่” เรียก
37 โดยย่อว่า “กสพ.” โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นที่ปรึกษา โดยมีหน้าที่และอำนาจ (๑) ส่งเสริม สนับสนุน กำกับ

1 ดูแล และประเมินผลการปฏิบัติราชการของสถานีนอนามัย เฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและ
2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอน ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (๒) พิจารณาแก้ไข
3 ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการบริหารสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและ
4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหาร ส่วนจังหวัด (๓) พิจารณาให้ความ
5 เห็นชอบและอนุมัติแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ขององค์การบริหาร ส่วนจังหวัดเพื่อบรรจุในแผนพัฒนา
6 ท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (๔) กำหนดเป้าหมายและแนวทางการพัฒนาบุคลากร การบริหาร
7 งบประมาณ และ การจัดบริการสาธารณสุขของสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและ
8 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ให้สอดคล้องกับ
9 มาตรฐานตามกฎหมาย ว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิและกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (๕)
10 จัดทำและพัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพระดับพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพใน การบริหารจัดการด้าน
11 สาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (๖) พิจารณากรอบการจัดสร
12 งบประมาณรายจ่ายประจำปีด้านสาธารณสุขมูลฐานและ ระบบสุขภาพปฐมภูมิขององค์การบริหารส่วนจังหวัด
13 เพื่อสมทบงบประมาณโครงการและกิจกรรมของกองทุน หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของ
14 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น (๗) ประสานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ส่วนราชการและหน่วยงานที่
15 เกี่ยวข้องกับการกิจถ่ายโอนสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริม
16 สุขภาพตำบล ให้มาชี้แจงและเสนอข้อคิดเห็น รวมทั้งการให้ข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการ
17 พิจารณา ของ กสพ. (๘) กำหนดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต
18 ของประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งจัดทำแนวทางการพัฒนาระบบสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิให้
19 เป็น “ระบบตาข่ายความปลอดภัยทางสังคม (Social Safety Net)” ให้กับประชาชนในพื้นที่ (๙) เสนอแนวทาง
20 ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือและประสานงานกันระหว่าง หน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาค
21 ประชาชน ตลอดจนชุมชนในพื้นที่ให้บูรณาการเป้าหมายและแนวทาง ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้สอดคล้อง
22 กัน (๑๐) ปฏิบัติงานอื่นใดตามที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นมอบหมาย
23 (๑๑) แต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อดำเนินการพิจารณาหรือปฏิบัติการได้ตามความจำเป็นและ
24 สอดคล้องกับหน้าที่และอำนาจของกสพ.

25 ๒) คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่^[๔๗] ประกาศในระเบียบสำนัก
26 นายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ กำหนดให้มีคณะกรรมการพัฒนา
27 คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่
28 เป็นไปในทิศทาง ยุทธศาสตร์ และเป้าหมาย อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกัน
29 ระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วม
30 ของทุกภาคส่วนในพื้นที่โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมในการ
31 พัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย
32 จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป คณะกรรมการฯ ประกอบด้วย นายอำเภอ เป็น
33 ประธานกรรมการ สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการและ กรรมการอื่นไม่เกินยี่สิบเอ็ดคน ซึ่งนายอำเภอแต่งตั้ง
34 จากบุคคลดังต่อไปนี้ ๑) ผู้แทนหน่วยงานของรัฐ จำนวนไม่เกินหกคน ๒) ผู้แทนภาคเอกชน จำนวนไม่เกิน ๖
35 คน ๓) ผู้แทนภาคประชาชน จำนวนไม่เกินเจ็ดคน โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดและพัฒนาสังคมและความมั่นคง
36 ของมนุษย์จังหวัดเป็นที่ปรึกษา

37 พชอ. มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้ (๑) ดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมายและแนวทางการ
38 ดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ที่คณะกรรมการกำหนด (๒) กำหนด

1 แผนงานและเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพข้อเท็จจริงและสภาพปัญหาในพื้นที่
2 (๓) ขับเคลื่อนการดำเนินการตามเป้าหมายและแนวทางที่คณะกรรมการกำหนดและแผนงานและเป้าหมายใน
3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ ให้เกิดการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานของรัฐในพื้นที่ในด้านทรัพยากร
4 บุคลากร งบประมาณ และภารกิจภายใต้อำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานของรัฐ (๔) สนับสนุน เสนอแนะและ
5 ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาค
6 ประชาชน และผู้ประกอบการในพื้นที่เพื่อตอบสนอง และแก้ไขปัญหาในพื้นที่ให้เป็นไปตามแผนงานและ
7 เป้าหมายที่กำหนดไว้ (๕) ประสานงานหรือร่วมมือกับ พชอ. อื่น หรือ พชช. คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อ
8 ประชาชน หรือหน่วยงานอื่นทั้งในและนอกเขตพื้นที่เพื่อแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนใน
9 พื้นที่ที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นให้เกิดการบูรณาการในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (๖) ติดตามและ
10 ประเมินผลการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิต (๗) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่คณะกรรมการหรือตามผู้ที่
11 ราชการจังหวัดมอบหมาย

12 แม้ว่าการดำเนินงานของคณะกรรมการดังกล่าวอยู่ภายใต้ระเบียบข้อบังคับ แต่ความยั่งยืนในเชิง
13 ของการให้ความสำคัญกับประเด็นสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ ความต่อเนื่องในการดำเนินงาน บุคลากร
14 และงบประมาณสนับสนุนเป็นประเด็นที่ต้องพิจารณาต่อไป

15

16 ๖. ความสำคัญของประเด็น

17 จากสถานการณ์ปัญหาที่กล่าวมา ข้อเสนอเชิงนโยบาย “การสานพลังสร้างสภาวะแวดล้อม
18 ทางกายภาพและสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ” จะเน้นพัฒนาระบบและกลไกหนุนเสริมการจัดการระบบนิเวศ
19 โดยเฉพาะด้านสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมของพื้นที่ ๕ ด้าน ได้แก่

- 20 ๑. การพัฒนาเครื่องมือนโยบาย/มาตรฐาน (Policy instruments)
- 21 ๒. การออกแบบ พัฒนานวัตกรรม โมเดล และขยายผลเชิงระบบ
- 22 ๓. การสนับสนุนการเฝ้าระวังสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคม
- 23 ๔. การพัฒนาระบบกำกับ ติดตามและประเมินผลลัพธ์
- 24 ๕. การพัฒนาระบบตัดสินใจ บริหาร และสนับสนุนการลงทุน (Governance)

25 สนับสนุนการจัดการสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมให้เอื้อต่อการเสริมสร้างสุขภาพ และ
26 ป้องกันโรคไม่ติดต่อตามมาตรการหลักต่อไปนี้ (๑) จัดระเบียบและลดการเข้าถึงสินค้าทำลายสุขภาพ
27 (๒) ส่งเสริมการผลิต กระจายพัฒนามาตรฐานเพื่อเพิ่มการเข้าถึงสินค้าและบริการที่ดีต่อสุขภาพ
28 (๓) สร้างสภาวะแวดล้อมสรรค์สร้าง (Built Environment) และพื้นที่สุขภาพ (Healthy Space) (๔) สร้างความตระ
29 หนักรู้ ความรอบรู้ และสื่อสารข้อมูลข่าวสารส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและจำกัดสื่อโฆษณา และ (๕) สร้างโอกาส
30 ประสบการณ์ กิจกรรม ส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาพดีและพัฒนาศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งจะส่งผลให้
31 ประชาชนและครอบครัวไม่ป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ ช่วยลดความไม่เป็นธรรมในระบบ
32 สุขภาพ เพิ่มความเข้มแข็งการพัฒนาศักยภาพคนไทย ให้มีช่วงคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น มีความพร้อมในการ
33 ปรับตัว สามารถแข่งขัน ตลอดจนเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศต่อไป (ภาคผนวกหลัก ๑)

เอกสารอ้างอิง

1. Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. Executive Board ๑๔๘th session. World Health Organization ๒๐๒๑
2. Noncommunicable diseases. [Internet]. WHO Geneva .๒๐๒๓ [cited ๒๐๒๔ Mar ๑๒]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
3. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย. พ.ศ. ๒๕๖๒. นนทบุรี: บริษัท แฮนด์เพลส จำกัด; ๒๕๖๖.
4. แผนงานพัฒนาดัชนีภาระโรคแห่งประเทศไทย.สถานการณ์โอกาสของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ๔ กลุ่มโรค. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ ๑๘ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <https://bodthai.net/premature-death-๔-ncds/>
5. วิชัย เอกพลากร. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๓. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์; ๒๕๖๔.
6. โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) องค์การอนามัยโลก (WHO) และกระทรวงสาธารณสุข. เหตุผลสนับสนุนการลงทุนในมาตรการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต].๒๕๖๒ [เข้าถึงเมื่อ ๒ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.sdgport-th.org/๒๐๒๑/๑๑/prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-in-thailand-the-case-for-investment/>
7. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. รายงานการศึกษา เรื่อง: ประมาณการค่าใช้จ่ายสาธารณสุขด้านสุขภาพในอีก ๑๕ ปีข้างหน้า [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๖๑ [เข้าถึงเมื่อ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.at/dY๐๓๖>
8. กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. ๒๕๖๔. [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๖๑ [เข้าถึงเมื่อ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.trc.or.th/th/attachments/article/๖๑๘/%E๐%B๘%AA%E๐%B๘%๙๖%E๐%B๘%B๔%E๐%B๘%๙๕%E๐%B๘%B๔%E๐%B๘%๙A%E๐%B๘%B๘%E๐%B๘%AB%E๐%B๘%A๓%E๐%B๘%B๕%E๐%B๘%B๘%๒๐๒๕๖๔.pdf>
9. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. แบบแผนและแนวโน้ม พฤติกรรมการดื่มสุราของ ประชากรไทย [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๖๕ [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.at/grzLO>
10. ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค). บทวิเคราะห์: สถานการณ์กิจกรรมทางกายของประชากรไทย ปี ๒๕๖๕ และแนวทางส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ปี ๒๕๖๖ [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๖๖ [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <https://tpak.or.th/en/article/๖๔๗>
11. Chailimpamontree W, Kantachuesiri S, Aekplakorn W, et al. Estimated dietary sodium intake in Thailand: A nation-wide population survey with ๒๔-hour urine collections. J Clin Hypertens. ๒๐๒๑;๐๐:๑-๑๑. <https://doi.org/๑๐.๑๑๑๑/jch.๑๔๑๔๗>
12. ถัดดา เหมะสุวรรณ. แนวโน้มอาหาร และโภชนาการกับ NCDs. กรุงเทพฯ: สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี; ๒๕๖๕.
13. IQAir. World Air Quality Report ๒๐๒๓ (Internet). ๒๐๒๔ [Cite ๒๐๒๔ May ๙]. Accessible from: https://www.iqair.com/dl/๒๐๒๓_World_Air_Quality_Report.pdf
14. Reubi D, Herrick C, Brown T. The politics of non-communicable diseases in the global South. Health Place. ๒๐๑๖ May;๓๙:๑๗๙-๘๗. doi: ๑๐.๑๐๑๖/j.healthplace.๒๐๑๕.๐๙.๐๐๑. Epub ๒๐๑๕ Sep ๑๑. PMID: ๒๖๓๖๕๘๘๖; PMCID: PMC๔๘๘๘๗๘๖
15. Swinburn B, Egger G, Raza F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. Prev Med. ๑๙๙๙ Dec;๒๙(๖ Pt ๑):๕๖๓-๗๐. doi: ๑๐.๑๐๐๖/pmed.๑๙๙๙.๐๕๘๕. PMID: ๑๐๖๐๐๔๓๘.
16. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐[อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; ๒๕๖๓ [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: https://infocenter.nationalhealth.or.th/?lsvr_kba=%E๐%B๘%๙E%E๐%B๘%A๓%E๐%B๘%B๐%E๐%B๘%A๓%E๐%B๘%B๒%E๐%B๘%๙A%E๐%B๘%๙A%E๐%B๘%B๑%E๐%B๘%๙D%E๐%B๘%๙D%E๐%B๘%B๑%E๐%B๘%๙๕%E๐%B๘%B๔%E๐%B๘%๙A%E๐%B๘%B๘%E๐%B๘%๙๒%E๐%B๘%A๐%E๐%B๘%B๒%E๐%B๘%๙E%E๐%B๘%๙๑%E๐%B๘%AB%E๐%B๘%๙๘
17. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; ๒๕๖๓ [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nationalhealth.or.th/th/node/๔๕๕๖>

๑๘. แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๘๐) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <http://nscr.nesdc.go.th/wp-content/uploads/๒๐๒๓/๐๒/Thai-population-long-term-plan.pdf>
๑๙. Sustainable Development [Internet]. New York: Department of Economic and Social Affairs, United Nations [accessed date ๒๙ March ๒๐๒๔]. Accessed from: <https://sdgs.un.org/goals>
๒๐. NCD Global Monitoring Framework [Internet]. Geneva: World Health Organization [accessed date ๒๙ March ๒๐๒๔]. Accessed from: <https://www.who.int/publications/i/item/ncd-surveillance-global-monitoring-framework>
๒๑. แผนยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๘๐ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <http://nscr.nesdc.go.th/ns/>
๒๒. แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <http://nscr.nesdc.go.th/master-plans/>
๒๓. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. (๒๕๖๕). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐)*. ราชกิจจานุเบกษา. http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/๒๕๖๕/E/๒๕๖๕/T_๐๐๐๑.PDF
๒๔. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐).
๒๕. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น [อินเทอร์เน็ต]. เทศบาลนครภูเก็ต [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dla.go.th/upload/ebook/column/๒๐๒๓/๕/๒๓๖๕_๖๒๙๔.pdf
๒๖. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ [อินเทอร์เน็ต]. สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/๒๕๖๑/E/๐๕๔/๑.PDF>
๒๗. สํารวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. ๒๕๖๔ [อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานสถิติแห่งชาติ [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/wb
๒๘. Nguyen HN, Wantanee K. Price Trends of Core and Non-core Foods in Thailand: An Analysis of Consumer Price Index. *Current Developments in Nutrition*. ๒๐๒๒; ๖: ๔๙๓-๔๙๓. ๑๐.๑๐๙๓/cdn/nzaco๕๙.๐๒๑.
๒๙. Phulkerd S, Rachmi CN, Sameeha MJ, et al. Identifying Opportunities for Strategic Policy Design to Address the Double Burden of Malnutrition through Healthier Retail Food: Protocol for South East Asia Obesogenic Food Environment (SEAOFE) Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. ๒๐๒๒; ๑๙(๑):๕๒๘. <https://doi.org/1๐.๓๓๙๐/ijerph๑๙๐๑๐๕๒๘>
๓๐. นงนุช จินดารัตนาภรณ์ และคณะ. การติดตามการตลาดอาหารและเครื่องดื่มในเด็กของประเทศไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๖๖
๓๑. เทรนด์สุขภาพประจำปี ๒๐๒๐ [อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <https://resourcecenter-uat.thaihealth.or.th/thaihealthwatch/%E๐%B๙%๘๐%E๐%B๘%๙๗%E๐%B๘%A๓%E๐%B๘%๙๙%E๐%B๘%๙๔%E๐%B๙%๘C%E๐%B๘%AA%E๐%B๘%B๘%E๐%B๘%๘๒%E๐%B๘%A๐%E๐%B๘%B๒%E๐%B๘%๙E%E๐%B๘%๙B%E๐%B๘%A๓%E๐%B๘%B๐%E๐%B๘%๘๘%E๐%B๘%B๓%E๐%B๘%๙B%E๐%B๘%B๕-๒๐๒๐>
๓๒. แผนที่ที่ตั้งสวนสาธารณะและพื้นที่สีเขียวของกรุงเทพมหานคร [อินเทอร์เน็ต]. กองสารสนเทศภูมิศาสตร์. กรุงเทพมหานคร [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <https://data.bangkok.go.th/dataset/mappark>
๓๓. ภาพรวมข้อมูลตลาดของกรุงเทพมหานคร [อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานเศรษฐกิจการคลังกรุงเทพมหานคร [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <https://lookerstudio.google.com/u/๐/reporting/๕๓๑๓๑๘๓-๗D๓๓-๔๙๙๕-bd๖๐-๙๔๙๘๖๖d๗๐๘๔/page/SQSTC>
๓๔. แผนปฏิบัติการด้านการจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ระยะที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐) [อินเทอร์เน็ต]. คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ppb.moi.go.th/midevo๕/upload/๓.๒๕๐๒๒๕๖๖.pdf>
๓๕. แผนแม่บทการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๗๓) [อินเทอร์เน็ต]. คณะกรรมการพัฒนาร่างแผนแม่บทการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <https://backenddc.anamai.moph.go.th/coverpage/๓๖๗๓๙๙bb๖๗๒๖๕๘๖๗c๖fffe๔b๘๘๗๑๓๕a.pdf>
๓๖. แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สาม พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๗๐ [อินเทอร์เน็ต]. กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/๑๓๐๓๕๒๐๒๒๐๘๑๐๕๐๙๑๙.pdf>

๓๗. แผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๗๐) [อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/๑๓๘๐๕๒๐๒๓๐๒๐๓๐๔๒๒๑๙.pdf>
๓๘. เกณฑ์มาตรฐานเมืองสุขภาพดี ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ [อินเทอร์เน็ต]. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: https://hia.anamai.moph.go.th/th/healthycity-criterion/download?id=๑๐๒๙๓๖&mid=๓๘๐๗๐&mkey=m_document&lang=th&did=๓๑๕๕๗
๓๙. การประเมินประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Local Performance Assessment: LPA) ด้าน ๔ การบริการสาธารณะ [อินเทอร์เน็ต]. กรมส่งเสริมปกครองท้องถิ่น. [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dla.go.th/upload/ebook/column/๒๐๒๓/๕/๒๓๖๒_๖๒๘๕.pdf
๔๐. LINE MAN Wongnai จับมือกรมอนามัย สานต่อ“หวานน้อยสั่งได้-เมนูสุขภาพ” [อินเทอร์เน็ต]. ฐานเศรษฐกิจ [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thansettakij.com/technology/technology/๕๙๒๗๑๐>
๔๑. โรงอาหารปลอดภัย ใส่ใจสุขภาพ Healthy Canteen [อินเทอร์เน็ต]. กรมอนามัย [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <https://nutrition๒.anamai.moph.go.th/th/book/๑๙๔๔๙๐>
๔๒. Calories Credit Challenge [อินเทอร์เน็ต]. กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <https://ccc.mots.go.th/>
๔๓. สถานการณ์ประเทศไทยด้านกิจกรรมทางกาย [อินเทอร์เน็ต]. Activethai [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.activethai.org/overall>
๔๔. Suya I, Lorenzetti L, Victoria L, et al. Rapid review of the front-of-pack labelling schemes in Thailand. World Food Policy. ๒๐๒๒; ๘: ๑-๑๙. ๑๐.๑๐๐๒/wfp๒.๑๒๐๔๔.
๔๕. อรทัย วลีวงศ์ และคณะ การศึกษาพัฒนาระบบและการดำเนินนโยบายสาธารณะและกฎหมายป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย. ๒๕๖๕ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๔๖. คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ [อินเทอร์เน็ต]. สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/๒๕๖๑/E/๐๕๔/๑.PDF>
๔๗. คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/๒๕๖๑/E/๐๕๔/๑.PDF>