

การสานพลังสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ
(Creating an Ecosystem for Reducing the Burden of NCDs)

๑. ความสำคัญในการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อ พฤติกรรมเสี่ยง และผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม

โลกและประเทศไทยกำลังเผชิญกับวิกฤติ ความรุนแรงและปัญหาโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable Diseases: NCDs) จากปณิญาทางการเมือง (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]

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]

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

ผลกระทบจากภาระโรคไม่ติดต้อมีต่อทั้งด้านระบบสุขภาพและแรงงาน และการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ คนไทยสูญเสียปีสุขภาวะดีจากโรคไม่ติดต่อถึง ๑๓.๖ ล้านปีสุขภาวะ (หรือร้อยละ ๗๓.๑ ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด)^[๓] ประมาณมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จากความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อ คิดเป็นร้อยละ ๙.๗ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) หรือประมาณ ๑.๖ ล้านล้านบาทต่อปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นความสูญเสียด้านผลิตภาพในวัยแรงงาน เนื่องจากการเจ็บป่วยจนต้องขาดงานและทำงานได้ไม่เต็มศักยภาพหรือ ออกจากระบบแรงงานก่อนวัยอันควร ๑,๔๙๕ พันล้านบาท (ร้อยละ ๘.๙ ของ GDP) และค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาล ๑๓๙.๓ พันล้านบาท (ร้อยละ ๐.๘ ของ GDP)^[๖] จากการประมาณการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศในอนาคต พบว่า ๓ ใน ๕ โรคที่มีความชุกในการป่วยสูงสุดคือ โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ผนวกกับปัจจัยโครงสร้างอายุสังคมสูงวัย ทำให้ประเทศไทยอาจต้องเผชิญแรงกดดันด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของกองทุน

สวัสดิการด้านสุขภาพหลักของไทยทั้ง ๓ กองทุนหลัก ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายจากโรคไม่ติดต่อ โดยโรคที่ส่งผลกระทบที่สุดคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ตามลำดับ ถึงแม้รายได้ในระดับบุคคลหรือระดับประเทศจะเพิ่มขึ้น แต่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพก็จะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย^[๗]

สำหรับสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อโรคไม่ติดต่อ พบว่า ร้อยละ ๒๘ ของคนไทยเป็นนักดื่ม ปัจจุบัน ร้อยละ ๑๐.๑ เป็นนักดื่มหนัก นักดื่มหน้าใหม่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน (๑๕ - ๒๔ ปี) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมากใน พ.ศ. ๒๕๖๔ คิดเป็นร้อยละ ๘๔.๑ ของสัดส่วนนักดื่มหน้าใหม่ทั้งหมด ร้อยละ ๑๗.๔ ของประชากรเป็นนักสูบบุหรี่ ปัจจุบัน ร้อยละ ๙.๑ ของเยาวชนสูบบุหรี่ไฟฟ้า^[๘] ร้อยละ ๓๐.๙ มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ^[๙] และพบว่าตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๖๕ กลุ่มวัยเด็กและเยาวชนมีร้อยละการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอต่ำสุดเมื่อเทียบกับกลุ่มวัยอื่น ในขณะที่วัยผู้ใหญ่และสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น^[๑๐] นอกจากนี้ คนไทยบริโภคโซเดียมปริมาณเฉลี่ย ๓,๖๓๖ มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งสูงเกินปริมาณ ๒,๐๐๐ มิลลิกรัมต่อวัน ตามข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก^[๑๑] และ ร้อยละ ๗๘.๘ กินผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ๓ ใน ๔^[๑๒] ของกลุ่มเด็กและเยาวชนมีการบริโภคอาหารกึ่งสำเร็จรูปที่เป็นตัวแทนของอาหารที่มีโซเดียมสูงและ ร้อยละ ๓ บริโภคมากกว่า ๕ วันต่อสัปดาห์ซึ่งมากกว่าวัยอื่น ข้อมูลพ.ศ. ๒๕๖๒ คนไทยการบริโภคน้ำตาล ๒๓.๕ ช้อนชา/คน/วัน ซึ่งสูงกว่าปริมาณแนะนำคือไม่เกิน ๖ ช้อนชา/คน/วัน เกือบ ๔ เท่า โดยพบว่ากลุ่มเด็กและเยาวชนกลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี มีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มรสหวานและเติมน้ำตาลก่อนรับประทานมากกว่าวัยอื่นโดยมีความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มรสหวานมากกว่า ๕ วัน/สัปดาห์^[๑๓] ซึ่งพฤติกรรมทางสุขภาพเหล่านี้สามารถป้องกันและลดความเสี่ยงได้ นอกจากนี้คนไทยมีความเสี่ยงได้รับมลพิษทางอากาศสูงขึ้น พบว่าสถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดเล็กที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพในประเทศไทยรุนแรงขึ้น โดยในปีพ.ศ. ๒๕๖๖ มีค่าเฉลี่ย PM ๒.๕ (รายปี) เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๘ เมื่อเทียบกับปีพ.ศ. ๒๕๖๕ โดยเพิ่มจาก ๑๘.๑ ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร เป็น ๒๓.๓ ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ซึ่งสูงกว่าค่าแนะนำขององค์การอนามัยโลกถึง ๔.๗ เท่า^[๑๔]

ยิ่งไปกว่านั้น การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสภาพเศรษฐกิจและสังคม การขยายตัวของความเป็นเมือง ความก้าวหน้าเทคโนโลยี การเดินทาง การสื่อสาร และกระแสการค้าเสรีระหว่างประเทศที่เกิดขึ้นทั่วโลกและในประเทศไทย ส่งผลต่อห่วงโซ่การผลิตและกระจายสินค้าเกษตร ผลิตภัณฑ์ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และอาหารที่ผ่านกระบวนการอุตสาหกรรมแปรรูปขั้นสูง (ultra-Processed Foods) หลากหลายที่ไม่เหมาะสมทางโภชนาการทั้งจากผู้ผลิตภายในประเทศและการนำเข้าจากต่างประเทศ การโฆษณาและการทำกิจกรรมการตลาด ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ เหล่านี้ล้วนเป็นภาวะคุกคามที่ส่งผลต่อแบบแผนการดำรงชีวิต วิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยได้ทั้งทางบวกและทางลบ^[๑๕]

รัฐควรต้องมีระบบติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยงทางสุขภาพและพัฒนานโยบายสร้างเสริมสุขภาพในระดับต่าง ๆ ทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ โดยให้มีการบูรณาการระดับนโยบาย แผนงาน และงบประมาณอย่างเหมาะสม พร้อมสร้างแนวทางแก้ไขเชิงนวัตกรรม เพื่อที่เข้าแทรกแซงและจัดการปัจจัยสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนและลดความเสี่ยงทางสุขภาพจากปัจจัยเหล่านี้ได้อย่างทันการณ์ ซึ่งการดำเนินงานจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วนในสังคม (multisectoral collaboration) ไม่จำกัดเฉพาะหน่วยงานด้านสุขภาพ การพัฒนาเชิงระบบและการสร้างกลไกการประสานงานข้ามหน่วยงานที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมตามประเด็นและบริบทพื้นที่ที่จะส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาเชิงระบบเพื่อสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อได้อย่างยั่งยืน

๒. ขอบเขตและคำนิยาม

๒.๑ กรอบการทำงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในมตินี้

อ้างอิงตามกรอบ ๕X๕ ของปฏิญญาทางการเมืองของการประชุมระดับสูงแห่งสหประชาชาติใน พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่เน้น ๕ โรคไม่ติดต่อ (ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และปัญหาสุขภาพจิต) และ ๕ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ (ได้แก่ การบริโภคอาหารหวานมันเค็มไม่เหมาะสม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่ และปัญหามลพิษทางอากาศ)^[๑] อย่างไรก็ตามมตินี้อาจยังไม่ได้เน้นปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยมลพิษทางอากาศด้วยข้อจำกัดในทางขอบเขตการดำเนินงานภาคปฏิบัติ

๒.๒ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment)

หมายถึง สภาพแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้นและมีอยู่ในธรรมชาติที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพทั้งในเชิงของสถานที่ตั้ง ลักษณะสินค้า/บริการและการให้ข้อมูล โดยแบ่งออกเป็นระดับชุมชน เช่น บ้าน สถานศึกษา สถานที่ทำงาน และระดับสังคม เช่น การใช้ที่ดินแบบผสมผสาน (land mix use) การเชื่อมต่อถนน (street connectivity) ระบบการขนส่งสาธารณะ (public transport system)^[๑๔]

๒.๓ สภาพแวดล้อมทางสังคม (Social Environment)

หมายถึง สภาพแวดล้อมที่เกิดจากความคิด ความเชื่อหรือกฎเกณฑ์ที่มนุษย์สร้างขึ้น เช่น วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี กฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับ ซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางประชากรและสถานะทางสังคม เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ ฐานะความเป็นอยู่ การศึกษา อาชีพ ส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัว เพื่อน และมีอิทธิพลต่อการพฤติกรรมสุขภาพในที่สุด^[๑๔]

๒.๔ ระบบนิเวศเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCD Ecosystem) ตามมตินี้

หมายถึง ชุมชนของกลุ่มองค์กร (organizational structures) และหน่วยงาน (entities) ที่มีปฏิสัมพันธ์กันส่งผลต่อสุขภาพของบุคคล ด้วยเงื่อนไขของระบบกฎหมาย เศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อม วัฒนธรรม และการเมือง ที่สนับสนุนให้ชุมชนหรือหน่วยงานในระดับพื้นที่สร้างมาตรการต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ผลลัพธ์ที่คาดหวังเพื่อให้ประชาชนปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม (บริโภคน้ำตาล ไขมัน โซเดียมไม่เกินปริมาณระดับที่เหมาะสม จดและลดเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เพิ่มผักผลไม้) ลดภาวะเนือยนิ่งและมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ จด ลด เลี่ยงการบริโภคดื่มแอลกอฮอล์ และไม่บริโภคบุหรี่ยาสูบ และบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนไม่ป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ ตลอดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถประกอบอาชีพสร้างผลผลิตและลดค่าใช้จ่ายจากการดูแลรักษาโรค ผ่านการดำเนินมาตรการต่าง ๆ และการมีระบบและกลไกกระบวนการหนุนเสริมการดำเนินมาตรการ

๒.๕ กลไกการคลังสร้างแรงจูงใจ

หมายถึง การใช้ตัวเงินเพื่อเป็นแรงจูงใจทั้งในระดับบุคคลหรือตัวผู้บริโภคในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และระดับหน่วยงานหรือผู้ประกอบการในห่วงโซ่อุปทานในการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงสินค้าและบริการที่ดีต่อสุขภาพ หรือดูแลสร้างเสริมสุขภาพบุคคลากรในหน่วยงาน (อาทิ มาตรการจูงใจทางภาษีแก่ผู้ประกอบการที่ทำกิจการเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ระบบเครดิตภาษีเพื่อสุขภาพ มาตรการให้เงินอุดหนุนหรือการลดภาษีมูลค่าเพิ่มอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น ผักและผลไม้ มาตรการการลดหย่อนภาษีสำหรับสถานประกอบการที่จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพนักงาน)

๓. นโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนที่เกี่ยวข้องกับสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ

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

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

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

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๓ นี้ มีทิศทางที่มุ่งให้เกิดระบบสุขภาพที่เป็นธรรม ทั้งในระบบบริการสุขภาพ ระบบการเสริมสุขภาพ และการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health: SDH) โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มคนเปราะบาง รวมไปถึงการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและกลไกทางสังคมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การทำสภาพแวดล้อมและระบบนิเวศให้เอื้อ (Enabling and Empowering Environment/Ecosystem) ต่อการมีสุขภาพดี ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ในทุกกลุ่มวัยและทุกระดับอันจะนำไปสู่สภาวะของประชาชนคนไทยและความเป็นธรรมด้านสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

ธรรมนูญฯ ฉบับนี้ ได้กำหนดประเด็นด้านการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพเป็นหนึ่งในประเด็นหลักที่ต้องพัฒนา โดยตั้งเป้าหมายในระยะ ๕ ปี “ให้บุคคลและชุมชนมีสิทธิในการดำรงชีวิตอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และได้รับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างเป็นธรรม ตอบสนองต่อความจำเป็นของกลุ่มประชากรตลอดทุกช่วงวัย ทันท่วงทีต่อสถานการณ์ โดยถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบร่วมกันของภาคีทุกภาคส่วนที่จะร่วมกันสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพให้กับทุกคนโดยไม่มีความเหลื่อมล้ำ และไม่เลือกปฏิบัติ สร้างระบบสุขภาพที่สามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว เป็นระบบสุขภาพที่มีการดำเนินงานอย่างมีธรรมาภิบาล ไปพร้อม ๆ กับ การพัฒนาศักยภาพมนุษย์ในทุกช่วงวัยและทุกระดับสู่ความเป็นพลเมืองที่ตื่นรู้มีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคม”

๓.๓ ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพกับทุกกลุ่มวัยของแผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๘๐)^[๑๘]

แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาวฉบับปัจจุบัน จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงทั้งเชิงโครงสร้างและคุณลักษณะของประชากร ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาประเทศ นำไปสู่สังคมที่คนไทยต้อง “เกิดดี อยู่ดี และแก่ดี” และเพื่อให้ประเทศไทยเติบโตได้อย่างยั่งยืน แผนฉบับนี้ ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนา ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพกับทุกกลุ่มวัย ประเด็นการพัฒนาไว้ ๒ ประเด็นหลัก คือ (๑) พัฒนาสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรและเหมาะสมกับคนทุกกลุ่ม โดยการพัฒนาสภาพแวดล้อมและออกแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับคนทุกกลุ่ม เพื่อ

สร้างการเข้าถึงอย่างเท่าเทียม ส่งเสริมและจูงใจให้องค์กรภาคส่วนต่าง ๆ ดำเนินการเพิ่มและกระจายพื้นที่สาธารณะและพื้นที่สีเขียว รวมทั้งส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและระหว่างช่วงวัย และ (๒) พัฒนาชุมชนเป็นพื้นที่ที่เอื้อให้คนมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการสร้างพื้นที่แห่งการเรียนรู้ในระดับตำบล การจัดการสภาพแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการส่งเสริมกลไกชุมชนประสานการดำเนินงานในการสร้างเสริมสุขภาพ

๓.๔ เป้าหมายระดับโลกที่เกี่ยวข้อง

๓.๔.๑ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs)^[๑๗] องค์การสหประชาชาติได้จัดทำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเพื่อให้ประเทศสมาชิกใช้เป็นกรอบการพัฒนาโลก พัฒนาสังคม เศรษฐกิจ รวมถึงสิ่งแวดล้อมอย่างสมดุล และยั่งยืน ในระยะ ๑๕ ปี และมีการกำหนดเป็นเป้าหมายและตัวชี้วัดเพื่อให้บรรลุผลภายใน พ.ศ. ๒๕๗๓ ไว้ ๑๗ เป้าหมาย (Goals) และ ๑๖๙ เป้าหมายย่อย (Targets)

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อ ถูกระบุว่าเป็นภาวะคุกคามสุขภาพระดับโลก และเป็นหนึ่งในอุปสรรคและความท้าทายที่สำคัญของการพัฒนาที่ยั่งยืน การจัดการกับปัญหาโรคไม่ติดต่อ จึงถูกบรรจุเป็น เป้าหมายที่ ๓ สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย เป้าหมายย่อยที่ ๓.๔ ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ ให้ลดลง ๑ ใน ๓ ผ่านทางการป้องกันและการรักษาโรค และสนับสนุน สุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี ภายใน พ.ศ. ๒๕๗๓ ตัวชี้วัดที่ ๓.๔.๑ ลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ ลดลง ๑ ใน ๓ ผ่านทางการป้องกันและการรักษาโรค และสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี ภายใน พ.ศ. ๒๕๗๓ รวมทั้งเป้าหมายที่ ๑๑ ทำให้เมืองและการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์มีความครอบคลุม ปลอดภัย ยืดหยุ่นต่อการเปลี่ยนแปลง และยั่งยืน เนื่องจากความเป็นเมืองกำลังขยายตัวอย่างรวดเร็ว การทำให้เมืองที่อยู่อาศัยมีคุณภาพ มีสภาพแวดล้อมที่ดี มีความปลอดภัย และอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม จึงเป็นเรื่องที่ทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญ นอกจากนี้ การพัฒนาเมืองจะต้องคำนึงถึงมิติความแตกต่างทางสังคม โดยเฉพาะการพัฒนาที่คำนึงถึงกลุ่มเปราะบาง อาทิ ผู้พิการ ผู้สูงอายุ สตรีมีครรภ์ และผู้มีรายได้น้อย ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในเมืองได้อย่างมีคุณภาพ และเข้าถึงบริการพื้นฐานต่าง ๆ ได้อย่างเท่าเทียม เป้าหมายย่อย ๑๑.๑ สร้างหลักประกันว่าทุกคนเข้าถึงที่อยู่อาศัยและการบริการพื้นฐานที่เพียงพอ ปลอดภัย ในราคาที่สามารถจ่ายได้และยกระดับชุมชนแออัด ภายใน พ.ศ. ๒๕๗๓ เป้าหมายย่อย ๑๑.๓ ยกระดับการพัฒนาเมืองและขีดความสามารถให้ครอบคลุมและยั่งยืนเพื่อการวางแผนและการบริหารจัดการ การตั้งถิ่นฐานของมนุษย์อย่างมีส่วนร่วมบูรณาการและยั่งยืนในทุกประเทศ ภายใน พ.ศ. ๒๕๗๓ และเป้าหมายที่ ๑๗ เสริมความเข้มแข็งให้แก่กลไกการดำเนินงานและฟื้นฟูสภาพหุ้นส่วนความร่วมมือระดับโลกสำหรับการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายย่อย ๑๗.๑๗ สนับสนุนและส่งเสริมหุ้นส่วนความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาครัฐกับภาคเอกชน และประชาสังคม สร้างบนประสบการณ์และกลยุทธ์ด้านทรัพยากรของหุ้นส่วน

๓.๔.๒ เป้าหมายการลดโรคไม่ติดต้อระดับโลก ๙ เป้าหมาย (Global NCD Targets)^[๒๐] องค์การอนามัยโลกโดยความร่วมมือของประเทศสมาชิก พัฒนารอบการติดตามความก้าวหน้าในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และกรอบตัวชี้วัดและเป้าหมายระดับโลกแบบสมัครใจ และการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ ๖๖ เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ มีมติรับรองฯ เพื่อให้ประเทศสมาชิกนำไปใช้ติดตามแนวโน้มและประเมินความก้าวหน้า ประกอบไปด้วย ๙ เป้าหมายระดับโลก และ ๒๕ ตัวชี้วัดที่จะต้องบรรลุร่วมกันใน พ.ศ. ๒๕๖๘ ประกอบด้วย เป้าหมายลดการตายและการป่วย ๓ เป้าหมาย ได้แก่ ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ ลดอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และควบคุมอัตราการป่วยเบาหวานและภาวะอ้วนไม่ให้เพิ่มขึ้น เป้าหมายลดพฤติกรรมเสี่ยง ๔ เป้าหมาย ได้แก่ ลดอัตราการบริโภคยาสูบ ลดปริมาณแอลกอฮอล์บริโภคต่อ

หัวประชากร ลดปริมาณการบริโภคเกลือโซเดียม และลดอัตราการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และเป้าหมาย ความครอบคลุมของบริการสุขภาพ ๒ เป้าหมาย ได้แก่ อัตราการได้รับยาและคำปรึกษาในการป้องกันโรค หลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และอัตราการมียาและเทคโนโลยีที่เพียงพอและเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ

สำหรับประเทศไทยตามมติการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ เมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๖ ได้รับรองตัวชี้วัด ๔ เป้าหมายของการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อระดับโลกเบื้องต้น และคณะผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องได้ทบทวนและคัดเลือกตัวชี้วัด ๔ ตัวชี้วัดตามเป้าหมายหลักที่นำมาใช้ในประเทศไทย พร้อมทั้ง กำหนดนิยาม และแหล่งข้อมูล

๓.๕ ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนระดับ ๒ ของประเทศไทย

๓.๕.๑ แผนยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๘๐^[๒๑] เป็นยุทธศาสตร์ชาติ ฉบับแรกของประเทศไทยตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มีวิสัยทัศน์คือ ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ประกอบด้วย ๖ ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (๑) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ เป้าหมายให้คนไทยเป็นคนดี คนเก่ง มีคุณภาพ พร้อมสำหรับวิถีชีวิตในศตวรรษที่ ๒๑ และสังคมไทย มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อและสนับสนุนต่อการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต (๒) ด้านความมั่นคง เป้าหมายให้ประชาชนอยู่ดี กินดี และมีความสุข และบ้านเมืองมีความมั่นคงในทุกมิติและทุกระดับ (๓) ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน เป้าหมายให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่พัฒนา เศรษฐกิจเติบโตอย่างมีเสถียรภาพและยั่งยืน (๔) ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม เป้าหมายเพื่อสร้างความเป็นธรรม และลดความเหลื่อมล้ำในทุกมิติ และเพิ่มขีดความสามารถของชุมชน ท้องถิ่นในการพัฒนาการพึ่งตนเองและการจัดการตนเองเพื่อสร้างสังคมคุณภาพ (๕) ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม เป้าหมายเพื่อใช้ประโยชน์ และการสร้างการเติบโตบนฐานทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมให้สมดุลภายในขีดความสามารถของระบบนิเวศ และ (๖) ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ เป้าหมายให้ภาครัฐมีขนาดที่เล็กลงพร้อมปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง การแปลงยุทธศาสตร์ชาติไปสู่การปฏิบัตินั้นจะดำเนินการผ่านการถ่าระดับเป้าหมายและประเด็นยุทธศาสตร์ชาติสู่แผนระดับ ๒ และแผนระดับ ๓ เพื่อให้เกิดการดำเนินการที่มีความสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

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

แผนแม่บทประเด็น ๑๓ การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี เป้าหมายให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดีขึ้นและมีความเป็นอยู่ดีเพิ่มขึ้น แผนย่อย (๑) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาวะและการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ เป้าหมายให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาวะสามารถดูแลสุขภาพมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และสามารถป้องกันและลดโรคที่สามารถป้องกันได้ เกิดเป็นสังคมบ่มเพาะจิตสำนึกการมีสุขภาพดีสูงขึ้น และ (๒) การใช้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี เพื่อให้มีจำนวนชุมชนสุขภาพดีเพิ่มขึ้น ผ่านการส่งเสริมให้มีการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เป็นมิตรต่อสุขภาพและเอื้อต่อการมีกิจกรรมสำหรับยกระดับสุขภาวะของสังคม จัดทำมาตรการทางการเงินการคลังที่สนับสนุนสินค้าที่เป็นมิตรต่อสุขภาพ สนับสนุนการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ช่วยในการเสริมการมีสุขภาวะ รวมทั้งกำหนดให้มีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ โดยชุมชนและภาคประชาชน ก่อนการดำเนินโครงการที่อาจกระทบต่อระดับสุขภาวะ นอกจากนี้ส่งเสริมให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาวะที่ดีในทุกพื้นที่ โดยให้ชุมชนเป็นแหล่งบ่มเพาะจิตสำนึกการมีสุขภาพดีของประชาชน

แผนแม่บทประเด็น ๑๑ การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต เป้าหมายให้คนไทยทุกช่วงวัย มีคุณภาพเพิ่มขึ้น ได้รับการพัฒนาอย่างสมดุลทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา และคุณธรรมจริยธรรม เป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะในศตวรรษที่ ๒๑ รักการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต แผนย่อย การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพมนุษย์ เพื่อให้ครอบครัวไทยมีความเข้มแข็ง และมีจิตสำนึกความเป็นไทย ดำรงชีวิตแบบพอเพียงมากขึ้น ผ่านการพัฒนาและยกระดับคนในทุกมิติ และในทุกช่วงวัยให้เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่ดี เก่ง และมีคุณภาพพร้อมขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศไปข้างหน้าได้อย่างเต็มศักยภาพ ซึ่งจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพ ทรัพยากรมนุษย์อย่างเป็นระบบตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน สังคม และการมีระบบและกลไกรองรับการพัฒนา ทรัพยากรมนุษย์ที่มีประสิทธิภาพ

๓.๕.๓ หมายเหตุที่ ๔ ไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง และ หมายเหตุที่ ๑๓ ไทยมีภาครัฐที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพ และตอบโจทย์ประชาชน ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐) (แผนระดับ ๒)^[๒๓]

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ มิติด้านสังคมและทรัพยากรมนุษย์ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพลิกโฉมประเทศไทยสู่ “สังคมก้าวหน้า เศรษฐกิจสร้างมูลค่าอย่างยั่งยืน” **หมายเหตุที่ ๔ ไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง** เป้าหมาย เพื่อให้ไทยมีศักยภาพในการสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจจากสินค้าและบริการสุขภาพ มุ่งองค์ความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีศักยภาพ เอื้อต่อการสร้างมูลค่าเพิ่มในสินค้า และบริการทางสุขภาพ ประชาชนไทยได้รับความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และมีระบบบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพมีความพร้อมรองรับภัยคุกคามสุขภาพ และมีมติปัจจัยผลักดันการพลิกโฉมประเทศ **หมายเหตุที่ ๑๓ ไทยมีภาครัฐที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพ และตอบโจทย์ประชาชน** เป้าหมาย ให้การบริการภาครัฐ มีคุณภาพ เข้าถึงได้ และภาครัฐที่มีขีดสมรรถนะสูง คล่องตัว

๓.๖ แผนระดับที่ ๓ ของประเทศไทย

๓.๖.๑ แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐)^[๒๔] เป็นแผนระยะที่ ๒ ของแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๕) วัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวทางให้ทุกภาคส่วนนำไปใช้ในการกำหนดนโยบาย การวางแผนและทิศทางการติดตาม กำกับ และประเมินผลความสำเร็จของงาน โดยคำนึงถึงปัจจัยสนับสนุนการขับเคลื่อนงานอย่างสร้างสรรค์และเป็นระบบจากทุกภาคส่วน ทั้งในมิติเฝ้าระวัง สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และยกระดับการมีสุขภาพที่ดีของประชากรไทย มุ่งสู่เป้าหมายสูงสุด “การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชาชนจากโรคไม่ติดต่อ ลดลงร้อยละ ๒๕ ภายใน พ.ศ. ๒๕๗๐” ผ่านความร่วมมือของทุกภาคส่วน ที่จะสนับสนุนให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพตนเองให้พ้นจากโรคไม่ติดต่อที่ป้องกันได้อย่างยั่งยืน โดยได้กำหนดประเด็นยุทธศาสตร์การพัฒนา ๓ ยุทธศาสตร์ ดังนี้ ยุทธศาสตร์ที่ ๑ บูรณาการเครือข่ายทุกภาคส่วนในการจัดการโรค NCDs (Smart NCD Network) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (NCD Health Literacy) ความตระหนักรู้ รู้เท่าทันและคำนึงในการป้องกันควบคุม NCDs ของคนในชาติ และยุทธศาสตร์ที่ ๓ สร้างระบบนิเวศ (NCD Ecosystem) ที่เอื้อต่อการจัดการ NCDs ของประเทศ

๓.๖.๒ แผนระดับ ๓ อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

(๑) แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๗๐) วัตถุประสงค์เพื่อลดความชุกการบริโภคยาสูบของประชากร และคุ้มครองสุขภาพของประชาชนจากอันตรายจากควันบุหรี่

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

(๓) แผนปฏิบัติการด้านการจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ระยะที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) วัตถุประสงค์เพื่อให้ขึ้นำการขับเคลื่อนการดำเนินงานตลอดห่วงโซ่อาหาร ภายใต้กรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย นำไปสู่ความมั่นคงด้านอาหารและโภชนาการในทุกระดับ ทั้งในภาวะปกติและวิกฤติ

(๔) แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการแห่งชาติ ระยะที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) เป้าหมายให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีภาวะโภชนาการดี สามารถดูแลตนเอง ด้านอาหารและโภชนาการได้อย่างเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ

(๕) ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย (พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๘) วัตถุประสงค์ของนโยบายเพื่อลดการบริโภคเกลือโซเดียมของประชาชนไทยให้บรรลุตามเป้าหมายการลดโรคไม่ติดต่อของประเทศ

(๖) แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๗๓) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๖ วัตถุประสงค์ให้กิจกรรมทางกายเป็นส่วนสำคัญของวิถีชีวิตประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและเอื้อให้มีกิจกรรมทางกายตามบริบทไทยในแต่ละพื้นที่ ผ่านการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม

(๗) แผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ การแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละออง วัตถุประสงค์เพื่อให้ทุกภาคส่วนใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินการแก้ไขปัญหาฝุ่นละอองในภาพรวมของประเทศ และในพื้นที่วิกฤติโดยการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันในทุกภาคส่วน

(๘) แผนปฏิรูปราชการระยะ ๕ ปี กรมสุขภาพจิต (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) วัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ประชาชนเข้าถึงระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรม และเทคโนโลยีดิจิทัล ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างชุมชนและสังคมสุขภาพจิตดี และประชาชนได้รับคุณค่าจากผลิตภัณฑ์บริการ และบุคลากรกรมสุขภาพจิตจนเกิดความเชื่อมั่นต่อกรมสุขภาพจิต

(๙) (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Lifestyle Medicine and Holistic Wellness Care) วัตถุประสงค์เพื่อยกระดับบริการที่เป็นมิตร สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนด้วยความรู้ นวัตกรรม เทคโนโลยีที่เป็นสหวิทยาการ และทันสมัยจำเพาะแม่นยำ เพื่อให้ประชาชนมีวิถีชีวิตที่ดี เพื่อมูลค่าทางเศรษฐกิจและสังคม

๓.๗ พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๙^[๒๔]

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ มีสาระสำคัญเกี่ยวกับการกำหนดการจัดระบบบริการสาธารณะตามอำนาจหน้าที่ และความสัมพันธ์ระหว่างราชการบริหารส่วนกลาง ราชการบริหารส่วนภูมิภาค และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่าง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง โดยมาตรา ๑๒ แห่งกฎหมายดังกล่าว ได้กำหนดให้คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดทำแผนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น เพื่อเป็นเครื่องมือในการถ่ายโอนภารกิจและอำนาจหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะของรัฐ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงการออกประกาศตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติ

นี้ เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจัดทำบริการสาธารณะตามอำนาจหน้าที่และภารกิจถ่ายโอน เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น โดยพระราชบัญญัติฉบับนี้ ได้รับการแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๙ เพื่อให้การจัดสรรภาษีและอากร เงินอุดหนุน และรายได้อื่น มีความสอดคล้องกับการดำเนินการตามอำนาจและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทได้อย่างเหมาะสม

จากมาตรา ๒๕๐ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้บัญญัติให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่และอำนาจดูแลและจัดทำบริการสาธารณะและกิจกรรมสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชน ในท้องถิ่นตามกฎหมายที่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับกลไกและขั้นตอนในการกระจายหน้าที่และอำนาจ ตลอดจนงบประมาณและบุคลากรที่เกี่ยวกับหน้าที่และอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๓.๘ ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑^[๒๖]

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ มีเจตนารมณ์ที่ต้องการให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ด้วยการทำงานอย่างมีส่วนร่วมตามแนวทางประชารัฐ สร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของ ร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืน โดยกำหนดให้มีคณะกรรมการ ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ๓ คณะ ได้แก่ คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ คณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชข.)

๔. สถานการณ์ด้านภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมของการเกิดโรคไม่ติดต่อของประชาชนไทย

การเข้าถึงสินค้าทำลายสุขภาพ

การสำรวจเรื่องค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า พ.ศ. ๒๕๖๔ ร้อยละ ๔๒.๓ ของนักสูบปัจจุบันมีค่าใช้จ่ายเพื่อซื้อบุหรี่โดยเฉลี่ยเดือนละ ๑๐๐ - ๔๙๙ บาท โดยกลุ่มผู้สูบที่มีอายุ ๒๕ - ๔๔ ปี มีสัดส่วนของค่าใช้จ่ายเพื่อซื้อบุหรีมากกว่า ๑,๐๐๐ บาทต่อ เดือนสูงกว่ากลุ่มวัยอื่น (ร้อยละ ๑๕.๕) และผู้ชาย เสียค่าใช้จ่ายเพื่อซื้อบุหรีเฉลี่ยต่อเดือนสูงกว่าผู้หญิง (ผู้ชาย ๔๙๑ บาท และผู้หญิง ๓๕๘ บาท)^[๒๗] นอกจากนี้ และร้อยละ ๔๘.๑ ของประชากรที่ดื่มแอลกอฮอล์มีค่าใช้จ่ายเพื่อซื้อเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยเฉลี่ยเดือนละ ๑๐๐ - ๔๙๙ บาท โดยกลุ่มผู้ดื่มที่มีอายุ ๒๕ - ๕๔ ปี มีสัดส่วนของค่าใช้จ่ายเพื่อซื้อเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สูง กว่ากลุ่มวัยอื่น^[๒๗] นอกจากนี้ ประชากรโดยเฉพาะในเขตเมืองมักจะรายล้อมไปด้วยอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพและไม่ปลอดภัยมีสารเคมีตกค้าง ร้านสะดวกซื้อมีการกระจายในพื้นที่สูง ทำให้ประชาชนเข้าถึงผลิตภัณฑ์อาหาร ทำลายสุขภาพ บุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ประมาณร้อยละ ๒๐ และ ร้อยละ ๔๐ ของรายการสินค้า บริโภคในร้านสะดวกซื้อคือ ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และขนมขบเคี้ยวขนมหวาน ตามลำดับ) และการ เข้าถึงอาหารกลางวันที่มีคุณภาพและถูกหลักโภชนาการของเด็กเล็กและเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน ยังต้องได้รับการพัฒนาอยู่มาก ส่วนหนึ่งจากข้อจำกัดด้านระเบียบการทำงานและแผนงานแบบแยกภาคส่วน

การเข้าถึงสินค้าบริโภคและบริการที่ดีต่อสุขภาพ

จากดัชนีราคาผู้บริโภค (Consumer Price Index: CPI) ในช่วงระยะเวลาดังตั้ง พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๖๔^[๒๘] พบว่า อัตราการเพิ่มขึ้นเฉลี่ยต่อเดือนในราคาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ คือ ร้อยละ ๐.๔๖๘ โดยที่ราคาของผักและผลไม้เพิ่มขึ้นสองเท่าที่ ร้อยละ ๐.๙๒๖ และร้อยละ ๐.๙๖๙ ตามลำดับ นอกจากนี้ ดัชนี ราคาผู้บริโภคของอาหารหลัก (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 ซึ่งในระยะแรกมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินบทบาทของร้านค้าปลีกในสถานะแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วน และโอกาสทางนโยบายเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว โดยใช้การทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์และเครื่องมือเก็บข้อมูล เช่น INFORMAS food retail protocol และ Monitoring Availability, Placement and Promotion - Supermarkets (MAPP-S) ซึ่งผลการศึกษาคงจะแสดงให้เห็นถึงลักษณะของร้านค้าปลีกที่เป็นส่วนหนึ่งของสถานะแวดล้อมทางกายภาพของโรคไม่ติดต่อ

การได้รับสื่อโฆษณาและกิจกรรมการตลาดสินค้าทำลายสุขภาพ

การสำรวจการได้พบเห็นการโฆษณาส่งเสริมการขายเครื่องดื่มในช่วงหนึ่งเดือน พบว่า ส่วนใหญ่พบเห็นการโฆษณาที่ร้านขายเครื่องดื่ม ร้อยละ ๘.๖ รองลงมาคือ การแสดงป้ายยี่ห้อเครื่องดื่มขนาดใหญ่ ร้อยละ ๔.๐ การแสดงป้ายราคาขนาดใหญ่ ร้อยละ ๓.๒ ส่วนที่พบเห็นการโฆษณาเครื่องดื่มทางอินเทอร์เน็ต/สื่อสังคมออนไลน์ร้อยละ ๒.๖ ทีวี บาร หรือคาราโอเกะร้อยละ ๑.๕ และพบเห็นการส่งเสริมการขายผ่านเสื้อผ้าหรือสิ่งของใด ๆ ที่มีตรา/เครื่องหมาย/ยี่ห้อเครื่องดื่ม ร้อยละ ๒.๐^[๒๗]

สำหรับการได้พบเห็นการส่งเสริมการขายเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในสถานที่ห้ามขาย พบที่ หอพักมากที่สุด (ร้อยละ ๖.๓) รองลงมาคือ พื้นที่โรงงาน และสถานีนขนส่งสาธารณะใกล้เคียงกัน (ร้อยละ ๖.๒) และปั้มน้ำมัน (ร้อยละ ๓.๕) ส่วนการได้พบเห็นการโฆษณา/ กิจกรรม การตลาดการส่งเสริมการขายเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่า คนส่วนใหญ่เห็นการสนับสนุนทีม/แข่งขันกีฬา ร้อยละ ๒๐.๖ และที่เป็นการสนับสนุนงานเทศกาล/ดนตรี/คอนเสิร์ต ร้อยละ ๑๗.๐ ส่วนโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลด แลก แจก แถม ชิงโชค พบร้อยละ ๖.๑^[๒๗]

การสำรวจการพบเห็นและได้รับสื่อการตลาดอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพในช่วง ๗ วันที่ผ่านในกลุ่มเด็กไทยอายุระหว่าง ๖-๑๘ ปี พบว่า ร้อยละ ๗๘.๘ พบเห็นการแสดงรูปการ์ตูนบนบรรจุภัณฑ์อาหาร ขนมและเครื่องดื่มมากที่สุด รองลงมาคือ การใช้ฟรีเซ็นเตอร์เป็นดารา นักแสดง นักร้อง นักกีฬา หรืออินฟลูเอนเซอร์โปรโมทอาหารฯ (ร้อยละ ๗๒.๕) ป้ายลดราคาอาหารฯ (ร้อยละ ๗๑.๖) และการลด แลก แจก แถม และการชิงโชคชิงรางวัล (ร้อยละ ๖๑.๘) นอกจากนี้ ร้อยละ ๘๔ รายงานว่าพบเห็นการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพผ่านทางสื่อโซเชียลและวิดีโอแชร์ (เช่น YouTube, Facebook, Instagram, TikTok, Twitter) มากที่สุด ตามด้วยโทรทัศน์ (ร้อยละ ๗๖.๗) และสื่อกลางแจ้ง (เช่น ป้ายโฆษณาหรือแบนเนอร์ในโรงเรียน) (ร้อยละ ๗๑.๒) โดยประมาณ ๔ ใน ๑๐ คนที่พบเห็นการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพ รู้สึกชอบอาหารและเครื่องดื่มตามสื่อดังกล่าวมากขึ้น และทำให้มีพฤติกรรมการร้องขอให้ซื้อ การซื้อ และการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มดังกล่าวมากขึ้นด้วย^[๓๐]

การสำรวจการโฆษณาอาหารทางโทรทัศน์ ๑๖ สถานีของประเทศไทย พบว่า ร้อยละ ๓๖.๘ เป็นการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่ม (๔๙,๖๖๑ โฆษณาจากทั้งหมด ๑๓๔,๘๔๒ โฆษณา) ในจำนวนนี้เป็นโฆษณาอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพกว่าร้อยละ ๕๓.๙ และเป็นอาหารที่ดีต่อสุขภาพเพียงร้อยละ ๑๔.๕ (พิจารณาตามเกณฑ์การจำแนกอาหารของ WHO SEARO ซึ่งยังไม่รวมอาหารจานด่วนเนื่องจากไม่เข้าข่ายผลิตภัณฑ์อาหารและไม่มีฉลากโภชนาการ) โดยผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพที่พบการโฆษณามากที่สุด คือ เครื่องดื่ม

รศหวนบรรจุขวด เช่น ชาเขียว (๑๑,๙๙๘ โฆษณา) รองลงมาคือนมเปรี้ยวและโยเกิร์ต (๖,๓๙๖ โฆษณา) และ โฆษณาส่วนใหญ่ใช้ดารา นักแสดง นักร้อง นักกีฬา หรืออินฟลูเอนเซอร์ในการสื่อสาร (ร้อยละ ๘๐.๑) ตามด้วยการแจกหรือแถมของเล่น (ร้อยละ ๙.๑) และการชิงโชคให้รางวัลสูง (ร้อยละ ๗.๗)^[๓๐]

การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ

จากการสำรวจการได้รับข้อมูลจากฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ พบว่า ร้อยละ ๖.๑ ของนักสูบเห็นว่ามี ภาพคำเตือนและข้อความบนซองบุหรี่ที่ได้ชื่อมาครั้งสุดท้าย ส่วนการรับรู้เรื่องฉลากโภชนาการแบบจีดีเอและการตัดสินใจเลือกซื้อ พบว่า ร้อยละ ๖๒.๓ เคยพบเห็น ร้อยละ ๒๕.๙ ไม่เคยพบเห็น และร้อยละ ๑๑.๘ ไม่แน่ใจ นอกจากนี้ยังได้สอบถามผู้ที่เคยพบเห็น ฉลากโภชนาการแบบจีดีเอว่ามีผลต่อการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารหรือไม่ พบว่าร้อยละ ๔๐.๘ ไม่มีผลต่อการตัดสินใจ ร้อยละ ๕๕.๑ มีผลต่อการตัดสินใจ และร้อยละ ๔.๑ ไม่แน่ใจ^[๒๗] สำหรับการรับรู้เรื่องฉลากทางเลือกสุขภาพและการตัดสินใจเลือกซื้อ พบว่า ร้อยละ ๔๑.๕ เคยพบเห็น ร้อยละ ๔๑.๑ ไม่เคยพบเห็น และ ร้อยละ ๑๔.๗ ไม่แน่ใจ เมื่อสอบถามผู้ที่เคยพบเห็นฉลากทางเลือกสุขภาพ ว่ามีผลต่อการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารหรือไม่ พบว่า ร้อยละ ๓๒.๗ ไม่มีผลต่อการตัดสินใจ ร้อยละ ๖๓.๙ มีผลต่อการตัดสินใจ และร้อยละ ๓.๔ ไม่แน่ใจ

นอกจากนี้มีการสำรวจพฤติกรรมของคนไทยบนโลกออนไลน์ ระหว่างวันที่ ๑ มกราคม - ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ในรายงานจับตาทิศทางสุขภาพคนไทย พ.ศ. ๒๕๖๓ (Thai Health Watch ๒๐๒๐)^[๓๑] ผ่าน hashtag #อร่อยไปแดก #อร่อยบอกต่อ และจาก Food Influencers จำนวน ๙๐ accounts ซึ่งมีจำนวนข้อความทั้งหมด ๕,๘๒๖,๔๕๒ ข้อความในสื่อสังคมออนไลน์ Facebook พบว่า กลุ่มคน Gen Y ซึ่งเป็นกลุ่มที่ใช้ช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ Facebook เป็นส่วนใหญ่ ให้ความสนใจและมีปฏิสัมพันธ์กับโพสต์ที่เป็นเมนูหรือวิธีการ ทำอาหารเมนูน่ากิน และเมนูที่มารสจัด เช่น ยำต่าง ๆ

การดำเนินชีวิตในสภาวะแวดล้อมสรรค์สร้าง (built environment) และการเข้าถึงพื้นที่สุขภาพ (healthy space)

จากการสำรวจสถานที่ที่ออกกำลังกาย/เล่นกีฬายอดนิยมที่สุดของประชากร พบว่า ร้อยละ ๔๗.๐ ออกกำลังกาย/เล่นกีฬาบริเวณบ้าน รองลงมาคือ สวนสาธารณะ (ร้อยละ ๒๐.๔) สนามกีฬา (ร้อยละ ๑๒.๔) ที่ว่าง (ร้อยละ ๑๑.๒) สำหรับสถานที่ที่นิยมออกกำลังกายต่ำอื่น ได้แก่ สถานที่ทำงาน (ร้อยละ ๔.๙) สถานที่อื่น ๆ (เช่น ห้างสรรพสินค้า ริมฟุตบาท เป็นต้น) (ร้อยละ ๒.๓) และฟิตเนส (ร้อยละ ๑.๓)^[๓๒] นอกจากนี้ สถานการณ์ความเพียงพอและการเข้าถึงสถานที่ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย (เช่น สวนสาธารณะ) และแหล่งอาหารที่ดีต่อสุขภาพ (เช่น ตลาดสด) ในเขตเมืองใหญ่พบว่าอาจยังไม่เพียงพอกับความหนาแน่นของประชากรที่พักอาศัยในพื้นที่ ข้อมูลเบื้องต้นรายงานว่ากรุงเทพมหานครมีสวนสาธารณะหลักและรองจำนวน ๒๙ แห่ง แต่มีการกระจุกตัวอยู่ในเมืองชั้นในและบางเขตพื้นที่ไม่มีสวนสาธารณะ^[๓๓] และมีตลาดสด ๔๘๕ แห่ง

ทั้งนี้ ข้อมูลสถานการณ์ด้านสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมของการเกิดโรคไม่ติดต่อของประชาชนไทยข้างต้นเป็นข้อมูลเพียงบางส่วน ซึ่งภาพรวมข้อมูลด้านนี้ยังมีข้อจำกัดอยู่มากทั้งคุณภาพ ลักษณะวิธีการเก็บข้อมูล ความครอบคลุมของตัวแปรปัจจัยเสี่ยง และระบบฐานข้อมูลสำหรับติดตามสถานการณ์ต่อเนื่อง

๕. สถานการณ์การดำเนินงานนโยบาย ช่องว่างเชิงระบบ และความท้าทายในการดำเนินงาน

จากผลการวิเคราะห์การดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อตามนโยบายและยุทธศาสตร์ต่าง ๆ ของประเทศไทย พบว่ามีประเด็นที่ยังเป็นช่องว่างสำคัญดังนี้

๕.๑ การขาดกลไกประสานการทำงานและตัดสินใจทางนโยบายที่มีประสิทธิภาพ

การดำเนินงานเชิงนโยบายระดับประเทศ มีกลไกประสานงานและการตัดสินใจข้ามกระทรวง (interministerial) และหลายภาคส่วน (multisectoral) ในรูปแบบคณะกรรมการ อาทิ คณะกรรมการขับเคลื่อนแผนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ คณะกรรมการนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ แต่ในภาพรวมเชิงปฏิบัติส่วนใหญ่เป็นไปแบบแยกส่วนในระดับหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งการจัดการระบบอาหาร^[๓๔] การส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย^[๓๕] การควบคุมยาสูบ^[๓๖] การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์^[๓๗] ส่วนหนึ่งเนื่องจากข้อจำกัดเกี่ยวกับระเบียบการบริหารงานและการบริหารงบประมาณของระบบราชการ

การถ่ายทอดนโยบายระดับประเทศสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ พบว่า การดำเนินงานในแต่ละส่วนยังขาดความเชื่อมโยงหนุนเสริมระหว่างกัน อีกทั้งการดำเนินงานยังขาดความต่อเนื่อง ด้านการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ พบว่า ยังทำได้ไม่เต็มศักยภาพ ส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากปัจจัยความมุ่งมั่นและความตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการปัญหาของผู้กำหนดนโยบายการขาดระบบบริหารกำกับติดตามที่มีประสิทธิภาพ (อาทิ การสม่ำเสมอของการประชุมของคณะกรรมการควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด) ศักยภาพด้านการบังคับใช้กฎหมายของพนักงานเจ้าหน้าที่ การขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตามกฎหมายของผู้ประกอบการและประชาชน ตลอดจนการแทรกแซงนโยบายของกลุ่มธุรกิจที่เสียประโยชน์ เหล่านี้จึงทำให้ยังพบสัดส่วนผู้พบเห็นการกระทำผิดกฎหมายอยู่ในระดับสูง ร้อยละ ๘๐ ของประชาชนรายงานว่าพบการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ร้อยละ ๑๖.๘ ของประชาชนรายงานว่าพบเห็นการฝ่าฝืนการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่นอกช่วงเวลาที่ถูกกฎหมายกำหนด ร้อยละ ๑๔.๗ พบการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี

๕.๒ ขาดระบบบริหารงานกำกับติดตามสถานะแวดล้อมและระบบการประเมินผลลัพธ์ในระดับประเทศ

จากแผนงานต่าง ๆ ข้างต้นพบว่ามีกำหนดตัวชี้วัด แต่ส่วนใหญ่ตัวชี้วัดจะเป็นตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ เช่น จำนวนคณะกรรมการ การประชุม การจัดกิจกรรมที่ได้ทำขึ้น แต่ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์เชิงผลลัพธ์ของสถานะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมของการเกิดโรคไม่ติดต้อยังไม่มีชัดเจน รวมถึงระบบการจัดเก็บข้อมูลยังมีความกระจัดกระจายและไม่เป็นระบบ เช่น จากแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๗๓) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๖ วิเคราะห์ว่า ข้อมูลกลุ่มประชากรที่ได้รับการสำรวจยังไม่ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะแรกเกิด - ๕ ปี และผลการสำรวจของแต่ละหน่วยงานยังไม่สอดคล้องกัน หรือแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการแห่งชาติ ระยะที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐) ที่พบว่าการวิเคราะห์สถานการณ์เฝ้าระวังทางโภชนาการ ยังจำกัดอยู่เพียงข้อมูลผลการดำเนินงานที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน โดยไม่มีการคาดการณ์สถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตอย่างชัดเจน แสดงให้เห็นถึงช่องว่างของการติดตามประเมินผลสถานการณ์และนโยบายที่ต้องมีการดำเนินการต่อไป

อย่างไรก็ตาม มีตัวชี้วัดการดำเนินการบางอย่างในระดับท้องถิ่นที่สามารถใช้เป็นฐานข้อมูลในการกำกับติดตามและประเมินผลลัพธ์การดำเนินการสร้างสถานะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมของการเกิดโรคไม่ติดต่อได้ ซึ่งต้องอาศัยการเก็บข้อมูลที่ครอบคลุมและเป็นระบบต่อไป ยกตัวอย่างเช่น

๑) เกณฑ์มาตรฐานเมืองสุขภาพดี พ.ศ. ๒๕๖๖^[๓๘] ซึ่งจัดทำขึ้นเพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสู่ความเท่าเทียมด้านสุขภาพของประชาชนในเขตเมือง และเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งเพื่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ด้วยการบูรณาการแบบองค์รวม โดยเกณฑ์มาตรฐานเมืองสุขภาพดีมี ๓ องค์ประกอบ ได้แก่ Healthy Environments (สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ) Healthy Settings (สถานที่ที่เอื้อต่อสุขภาพ) และ Healthy People (ประชาชนรอบรู้และสุขภาพดี) รวม จำนวน ๒๓ ตัวชี้วัด

๒) การประเมินประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Local Performance Assessment: LPA) ด้าน ๔ การบริการสาธารณะ^[๓๙] เป้าหมายให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการบริหารงานตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขต่อประชาชนในท้องถิ่นในด้านโครงสร้างพื้นฐาน ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านการวางแผนการส่งเสริมการลงทุน พาณิชยกรรมและการท่องเที่ยว ด้านศิลปะ วัฒนธรรม ประเพณี ศาสนา และภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านการจัดระเบียบชุมชน สังคม และการรักษาความสงบเรียบร้อย ด้านการบริหารจัดการ และการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม

๕.๓ การขาดระบบสนับสนุนขยายผลแผนงาน โครงการและนวัตกรรมที่สำเร็จ

ที่ผ่านมาประเทศไทยมีโครงการริเริ่มและนวัตกรรมที่ประสบความสำเร็จในการทำงานมากมาย แต่ยังจำกัดอยู่ในบางพื้นที่หรือกลุ่มประชากร และขาดการระบบสนับสนุนให้มีการขยายผลเชิงระบบ อาทิ โครงการที่ปรับสิ่งแวดล้อมให้เกิดการเข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพของกรมอนามัย เช่น หวานน้อยส่งผลดีเมนูสุขภาพ โรงอาหารปลอดภัยใส่ใจสุขภาพ โดยโครงการหวานน้อยส่งผลดีมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้บริโภคเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผ่านตัวเลือกเพื่อสุขภาพให้กับผู้บริโภคตอนสั่งอาหาร ตลอดระยะเวลาที่ได้ดำเนินโครงการหวานน้อยส่งผลดีร่วมกับ LINE MAN Wongnai แพลตฟอร์มด้านอาหารที่ใหญ่ที่สุด ตั้งแต่พ.ศ. ๒๕๖๖ พบว่า ร้านค้ากว่า ๖๐,๐๐๐ ร้านทั่วประเทศ เพิ่มตัวเลือกระดับความหวานในเมนูเดลิเวอรี่ เพิ่มขึ้น ๘.๕ เท่า เมื่อเทียบกับก่อนเริ่มโครงการ สัดส่วนการสั่งเมนูเครื่องดื่มที่ลดระดับความหวาน (น้อยกว่า ๑๐๐ %) มีมากถึง ๕๕ % จากยอดสั่งเครื่องดื่มทั้งหมด และส่วนใหญ่เป็นออเดอร์ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร^[๔๐] โครงการโรงอาหารปลอดภัยใส่ใจสุขภาพ คือ โรงอาหารที่มีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี อาหารมีคุณค่าทางโภชนาการและปริมาณที่เหมาะสม วัตถุดิบ เครื่องปรุงมีความปลอดภัยจากสารปนเปื้อน และสารพิษ ส่งเสริมการใช้วัสดุอุปกรณ์ที่ปลอดภัยในการปรุงประกอบอาหาร รวมทั้งมีสื่อประชาสัมพันธ์สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพอาหาร และโภชนาการ เช่น มีเมนูสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานจากกรมอนามัย อย่างน้อยร้านละ ๑ เมนู^[๔๑] ซึ่งพบว่านโยบายดังกล่าวยังไม่ได้ครอบคลุมเท่าที่ควรและไม่มีมาตรการจูงใจให้ภาคเอกชนปฏิบัติตาม

นอกจากนี้ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินนโยบายเพื่อสนับสนุนให้เกิดเมืองสุขภาพดีสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาสู่ความเท่าเทียมด้านสุขภาพของประชาชนในเขตเมือง ผ่านการสร้างนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ด้วยการบูรณาการแบบองค์รวม ประกอบด้วยเกณฑ์มาตรฐานเมืองสุขภาพดี ๓ องค์ประกอบ ได้แก่ Healthy Environments (สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ) Healthy Settings (สถานที่ที่เอื้อต่อสุขภาพ) และ Healthy People (ประชาชนรอบรู้และสุขภาพดี) เช่น จัดให้มีพื้นที่สาธารณะเพื่อสุขภาพ (ทางเดินเท้า, ทางจักรยาน, สนามเด็กเล่น, พื้นที่พักผ่อน, พื้นที่สีเขียว) ซึ่งใน พ.ศ. ๒๕๖๖ เมืององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วม ๑๔๔ แห่ง^[๓๖] ซึ่งพบว่าไม่ได้ครอบคลุมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งเนื่องจากเป็นนโยบายแบบสมัครใจ

กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาได้ออกแอปพลิเคชัน “CCC” (Calories Credit Challenge)^[๔๒] มีวัตถุประสงค์เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย และการเล่นกีฬาของประชาชน ทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง เป็นแนวทางการจัดกิจกรรมกีฬาที่สอดคล้องกับโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (BCG Economy Model) ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาฯแห่งชาติฉบับที่ ๓ สร้างเครือข่ายความร่วมมือทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาของประชาชน และการประชาสัมพันธ์และการสร้างแรงจูงใจให้กับประชาชนหันมาใส่ใจคุณภาพด้วยกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกายและเล่นกีฬา และบันทึกแต้ม จากการสะสมจำนวนก้าว ระยะทาง และแคลอรี นำมาแลกรางวัล / สิ่งของสมนาคุณ ที่สนับสนุนโดยภาครัฐ ภาคเอกชน และ/หรือผู้ประกอบการ ซึ่งจากการดำเนินการพบว่ามีผู้เข้าร่วม ๔๐๐,๔๘๐ คน (ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ถึง ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗) ซึ่งพบว่าผู้เข้าร่วมไม่ได้ครอบคลุมประชากรทั้งหมดและส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมต่อเนื่อง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลนโยบายด้านกิจกรรมทางกายและงบประมาณในแต่ละจังหวัดตามรายการที่เกี่ยวข้อง (กองทุนสุขภาพตำบลและแผนยุทธศาสตร์องค์การบริหารส่วนจังหวัด) พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๒ ของกลุ่ม Activethai.org เครือข่ายนักวิจัยด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ผ่านความร่วมมือของสำนักส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำหรับนโยบายที่ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พบว่า ๑ จังหวัด มีนโยบายเพื่อพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของจังหวัดอย่างเดียว เช่น สวนสาธารณะ สนามกีฬา ทางเดิน ทางจักรยาน เป็นต้น ๒๕ จังหวัด มีนโยบายเกี่ยวกับการสร้างโอกาสการมีกิจกรรมทางกายของคนในจังหวัดอย่างเดียว เช่น งานแข่งขันกีฬา กิจกรรมผู้สูงอายุ ๔๔ จังหวัด มีนโยบายทั้งสองด้าน และ ๔ จังหวัด ไม่มีนโยบายทั้งสองด้าน แสดงให้เห็นว่ามีความพยายามในการพัฒนานโยบายในระดับพื้นที่ แต่ไม่สามารถขยายผลไปสู่ระดับนโยบายระดับประเทศได้^[๔๓]

นอกจากนี้ ประเทศไทยได้มีการปรับใช้หลักการเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม (behavioral economics) ในการลดพฤติกรรมเสี่ยงจากโรคไม่ติดต่อทั้งจากงานวิจัยและกิจกรรมในพื้นที่ ซึ่งหลักเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม หมายถึง การสร้างเงื่อนไขหรือทางเลือกในสภาวะแวดล้อมที่โน้มน้าว จูงใจ กระตุ้นให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยหรือกลุ่มเป้าหมายเฉพาะต่าง ๆ ตัดสินใจทำพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพที่ดี^[๔๔] ประกอบด้วยสามหลักการ ได้แก่ (๑) การให้ข้อมูลผลิตภัณฑ์ เช่น การให้ข้อมูลผ่านกรอบการสูญเสียและการได้รับ การให้ข้อมูลเปรียบเทียบกับผู้อื่นหรือค่านิยมของสังคม การออกแบบการสื่อสาร (๒) การปรับทางเลือกสภาพแวดล้อม เช่น การกระตุ้นเพื่อให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสร้างทางเลือกตั้งต้น การปรับการนำเสนอผลิตภัณฑ์ และ (๓) การสร้างแรงจูงใจและการลงโทษผ่านตัวเงินและไม่ใช้ตัวเงิน เช่น การสร้างแรงจูงใจผ่านตัวเงินโดยตรง หรือผ่านการตั้งเป้าหมายร่วม ยกตัวอย่างเช่น การทดลองเปรียบเทียบมาตรการใช้ช้อนตักน้ำปลาที่มีรูตรงกลางเพื่อลดปริมาณน้ำปลาที่รับประทาน พบว่า การใช้ช้อนดังกล่าวทำให้ลดปริมาณการรับประทานน้ำปลาเมื่อเทียบกับการใช้ช้อนปกติหรือจากขวด^[๔๕] หรือการทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมใน ๔๒ หมู่บ้านในจังหวัดนครนายก เกี่ยวกับการสร้างค้ำประกันสัญญา ร่วมกับการให้รางวัลแบบกลุ่ม (commitments with team incentives) ในการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า มาตรการดังกล่าวทำให้ผู้เข้าร่วมเลิกการสูบบุหรี่ได้มากกว่า การให้คำแนะนำเพียงอย่างเดียว^[๔๖] และในการพัฒนาเชิงระบบเน้นการใช้หลักการกลไกการคลังสร้างแรงจูงใจที่เป็นตัวเงิน (เช่น ภาษี บัตรกำนัล เงินอุดหนุน) เพื่อเป็นแรงจูงใจทั้งในระดับบุคคลหรือตัวผู้ประกอบการในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และระดับหน่วยงานหรือผู้ประกอบการในห่วงโซ่อุปทานในการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงสินค้าและบริการที่ดีต่อสุขภาพ (อาทิ มาตรการจูงใจทางภาษีแก่ผู้ประกอบการที่ทำกิจการเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ระบบเครดิตภาษีเพื่อสุขภาพ) และการใช้หลักการกลไกเครดิตทางสังคม ซึ่งเป็นการใช้กลไกแรงจูงใจที่ใช้สิทธิประโยชน์อื่นที่ไม่ใช่เงินร่วมด้วย

จากการประชุมปรึกษาหารือ (ถกแถลง) เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะว่าด้วยการสานพลังสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อจากเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เมื่อวันที่ ๒๒ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗ พบว่า การทำงานในระดับพื้นที่ที่มีความสำคัญมากและควรได้รับการสนับสนุนในการขยายผล ยกตัวอย่างเช่น สมัชชาสุขภาพจังหวัดสงขลาได้มีการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมนุญเชิงรุกกับพื้นที่ โดยมีการออกแบบการคัดกรองสุขภาพรายบุคคล ซึ่งครอบคลุมในมิติสุขภาพ ๓ อ. ๒ ส. ๑ ก. ๒ ง. ทำให้ประชาชนทราบข้อมูลสุขภาพของตนเองและมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของชุมชน สมัชชาสุขภาพจังหวัดหนองบัวลำภู ได้ใช้ข้อมูลสารเคมีที่ตกค้างในอาหารทำให้เกิดโรค ไม่ติดต่อในการขับเคลื่อนนโยบาย ทำให้เกิดการยกเลิกการใช้สารเคมีบางตัวในพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพจังหวัดปัตตานี มีการขับเคลื่อนนโยบาย “ครัวโรงเรียนสู่ครัวบ้าน” ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เด็กในพื้นที่ได้รับประทานอาหารเช้า ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการยกระดับนโยบายในระดับพื้นที่ที่ตอบโจทย์ความต้องการของประชาชน

๕.๔ ขาดนโยบายสาธารณะและการกำหนดมาตรฐานเพื่อจัดการความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อใหม่ที่มีการเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ

ที่ผ่านมา มีนโยบายหลายนโยบายที่ส่งเสริมการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม อาทิ ระบบการติดฉลากบนหน้าบรรจุภัณฑ์ Front-of-Package Labelling (FoPL) แบบที่บังคับใช้ในรูปแบบฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ Guideline Daily Amount (GDA) ใน พ.ศ. ๒๕๕๕ สำหรับสินค้าขนมและอาหารพร้อมทาน และนโยบายแบบสมัครใจมีสำหรับสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ "Healthier Choice" โดยกระทรวงสาธารณสุขใน พ.ศ. ๒๕๕๙ เพื่อระบุว่า เป็นอาหารที่มีคุณค่าที่ดีกว่าอาหารในกลุ่มเดียวกัน ซึ่งนโยบายอย่างนี้อาจยังไม่ใช่นโยบายที่มีประสิทธิภาพในการปรับพฤติกรรมของผู้บริโภค^[๔๗] รวมถึงนโยบายจำเริญที่มีประสิทธิภาพอื่น ๆ แต่ประเทศไทยยังไม่ได้ดำเนินการ ได้แก่ มาตรการปรับปรุงสูตรอาหาร ของภาคอุตสาหกรรมอาหาร และ มาตรการการจำกัดกิจกรรมการตลาดอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ โดยเฉพาะที่ส่งผลต่อกลุ่มเด็กและเยาวชน

จากการศึกษาการศึกษาพัฒนาระบบและการดำเนินนโยบายสาธารณะและกฎหมายป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย โดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ พบว่า มาตรการด้านควบคุมการตลาดของสินค้าปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ยังมีช่องว่างและขาดความครอบคลุมเปิดช่องให้ภาคธุรกิจสามารถหลีกเลี่ยงการบังคับใช้กฎหมาย การบังคับใช้กฎหมายควบคุมการตลาดและการขายสินค้าปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในช่องทางออนไลน์กระทำได้ยาก และกลยุทธ์การตลาดและกิจกรรมการตลาดของอุตสาหกรรมปัจจัยเสี่ยง โรคไม่ติดต่อที่ไม่หยุดนิ่งทำให้การบังคับใช้กฎหมายมีข้อจำกัด^[๔๘] ซึ่งแสดงให้เห็นถึงช่องว่างของนโยบายควบคุมการตลาดในเชิงความครอบคลุม ความทันต่อเหตุการณ์และการบังคับใช้

๕.๕ การขาดระบบที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนและเครือข่ายทางสังคมในการจัดการปัญหา

ประชาสังคมและกลุ่มต่าง ๆ มีบทบาทมากในระดับจังหวัด แต่ยังคงขาดระบบสนับสนุนให้มีการดำเนินการที่ยั่งยืนและต่อเนื่อง ชุมชนมีศักยภาพมากในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของประชาชนในพื้นที่ ผ่านการสร้างสภาพแวดล้อมทางกายภาพ สังคมและวัฒนธรรมที่เอื้อต่อวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ เช่น สัตว์สวนของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงในจังหวัดที่มีการณรงค์ให้งดการจำหน่ายในงานเทศกาลประเพณี คอนเสิร์ต งานเลี้ยงในที่สาธารณะต่าง ๆ^[๔๙] ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการสนับสนุนความเข้มแข็งของชุมชนและภาคประชาสังคม โดยมีตัวอย่างโอกาสของความร่วมมือของหน่วยงานในระดับพื้นที่ที่สามารถดำเนินการสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมให้เอื้อต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อ ดังนี้

๑) คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)^[๔๙] คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่” เรียกโดยย่อว่า “กสพ.” โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นที่ปรึกษา โดยมีหน้าที่และอำนาจ (๑) ส่งเสริม สนับสนุน กำกับ

ดูแล และประเมินผลการปฏิบัติราชการของสถานีนามัย เอลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอน ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (๒) พิจารณาแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการบริหารสถานีนามัย เอลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้กับองค์การบริหาร ส่วนจังหวัด (๓) พิจารณาให้ความเห็นชอบและอนุมัติแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ขององค์การบริหาร ส่วนจังหวัดเพื่อบรรจุในแผนพัฒนาท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (๔) กำหนดเป้าหมายและแนวทางการพัฒนาบุคลากร การบริหารงบประมาณ และ การจัดบริการสาธารณสุขของสถานีนามัย เอลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ให้สอดคล้องกับมาตรฐานตามกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิและ กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (๕) จัดทำและพัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพระดับพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพใน การบริหารจัดการด้านสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (๖) พิจารณารอบการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีด้านสาธารณสุขมูลฐานและ ระบบสุขภาพปฐมภูมิขององค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อสมทบงบประมาณโครงการและกิจกรรมของกองทุน หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น (๗) ประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ส่วนราชการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการกักถ่ายโอนสถานีนามัย เอลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้มาชี้แจงและเสนอข้อคิดเห็น รวมทั้งการให้ข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการพิจารณา ของ กสพ. (๘) กำหนดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งจัดทำแนวทางการพัฒนาระบบสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิให้เป็น “ระบบตาข่ายความปลอดภัยทางสังคม (Social Safety Net)” ให้กับประชาชนในพื้นที่ (๙) เสนอแนวทางส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือและประสานงานกันระหว่าง หน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ตลอดจนชุมชนในพื้นที่ให้บูรณาการเป้าหมายและแนวทาง ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้สอดคล้องกัน (๑๐) ปฏิบัติงานอื่นใดตามที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นมอบหมาย (๑๑) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อดำเนินการพิจารณาหรือปฏิบัติการได้ตามความจำเป็นและสอดคล้องกับหน้าที่และอำนาจของกสพ.

๒) คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่^[๕๐] ประกาศในระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ กำหนดให้มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่เป็นไปในทิศทาง ยุทธศาสตร์ และเป้าหมาย อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป คณะกรรมการฯ ประกอบด้วย นายอำเภอเป็นประธานกรรมการ สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการและ กรรมการอื่นไม่เกินยี่สิบเอ็ดคน ซึ่งนายอำเภอแต่งตั้งจากบุคคลดังต่อไปนี้ ๑) ผู้แทนหน่วยงานของรัฐ จำนวนไม่เกินหกคน ๒) ผู้แทนภาคเอกชน จำนวนไม่เกิน ๖ คน ๓) ผู้แทนภาคประชาชน จำนวนไม่เกินเจ็ดคน โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดและพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเป็นที่ปรึกษา

พชอ. มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้ (๑) ดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมายและแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ที่คณะกรรมการกำหนด (๒) กำหนด

แผนงานและเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพข้อเท็จจริงและสภาพปัญหาในพื้นที่ (๓) ขับเคลื่อนการดำเนินการตามเป้าหมายและแนวทางที่คณะกรรมการกำหนดและแผนงานและเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ ให้เกิดการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานของรัฐในพื้นที่ในด้านทรัพยากร บุคลากร งบประมาณ และภารกิจภายใต้อำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานของรัฐ (๔) สนับสนุน เสนอแนะและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน และผู้ประกอบกิจการในพื้นที่เพื่อตอบสนอง และแก้ไขปัญหาในพื้นที่ให้เป็นไปตามแผนงานและเป้าหมายที่กำหนดไว้ (๕) ประสานงานหรือร่วมมือกับ พหุ. อื่น หรือ พหุ. คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน หรือหน่วยงานอื่นทั้งในและนอกเขตพื้นที่เพื่อแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นให้เกิดการบูรณาการในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (๖) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิต (๗) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่คณะกรรมการหรือตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย

แม้ว่าการดำเนินงานของคณะกรรมการดังกล่าวอยู่ภายใต้ระเบียบข้อบังคับ แต่ความยั่งยืนในเชิงของการให้ความสำคัญกับประเด็นสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ ความต่อเนื่องในการดำเนินงาน บุคลากร และงบประมาณสนับสนุนเป็นประเด็นที่ต้องพิจารณาต่อไป

๖. ความสำคัญของประเด็น

จากสถานการณ์ปัญหาที่กล่าวมา ข้อเสนอเชิงนโยบาย “การสานพลังสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ” จะเน้นพัฒนาระบบและกลไกกระบวนการที่สนับสนุนการขับเคลื่อนการสร้างระบบนิเวศทุกระดับ โดยเฉพาะด้านสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคม ๕ ด้าน ได้แก่

- (๑) การพัฒนาเครื่องมือนโยบาย (policy instruments) และมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง
- (๒) การออกแบบ พัฒนานวัตกรรม โมเดล และขยายผลเชิงระบบ
- (๓) การสนับสนุนการเฝ้าระวังการปฏิบัติตามกฎหมายและความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ
- (๔) การพัฒนาระบบกำกับ ติดตามและประเมินผลลัพธ์
- (๕) การพัฒนาระบบตัดสินใจ บริหาร และสนับสนุนการลงทุน (governance)

โดยมาตรการหลักที่แนะนำ เพื่อจัดการสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมในระดับประเทศและระดับพื้นที่ให้เอื้อต่อการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อ ประกอบด้วย ดังต่อไปนี้ (๑) จัดระเบียบและลดการเข้าถึงสินค้าทำลายสุขภาพ (๒) ส่งเสริมการผลิต กระจายพัฒนามาตรฐานเพื่อเพิ่มการเข้าถึงสินค้าและบริการที่ดีต่อสุขภาพ (๓) สร้างสภาวะแวดล้อมสรรค์สร้าง (built environment) หรือการสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ สิ่งปลูกสร้าง อาคาร สถานที่ โครงสร้างถนนที่เอื้อต่อการมีวิถีชีวิตที่กระฉับกระเฉงและมีกิจกรรมทางกายในการทำงานและการเดินทางในชีวิตประจำวัน รวมถึงสร้างพื้นที่สภาวะ (healthy space) (๔) สร้างความตระหนักรู้ ความรอบรู้ และสื่อสารข้อมูลข่าวสารสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ถูกต้อง และจำกัดสื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์ทำลายสุขภาพ และ (๕) เปิดโอกาสให้ประชาชนได้รับประสบการณ์ในกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนบนผืนแผ่นดินไทยและครอบครัวไม่ป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ ช่วยลดความไม่เป็นธรรมในระบบสุขภาพ เพิ่มความเข้มแข็งการพัฒนาศักยภาพคนไทยให้มีช่วงคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น มีความพร้อมในการปรับตัว สามารถแข่งขัน ตลอดจนเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศต่อไป รวมถึงการใช้หลักการทางเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม กลไกเครดิตทางสังคม และกลไก

การคลังสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้เป็นหลักประกันทางสังคมแก่ประชาชน (เอกสารภาคผนวก ๑ ตัวเลือกมาตรการ
เพื่อดำเนินการ (Policy options) ในระดับพื้นที่ ตาม ๕ กลุ่มมาตรการหลักที่แนะนำ)

เอกสารอ้างอิง

๑. 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
๒. Noncommunicable diseases. [Internet]. WHO Geneva. ๒๐๒๓ [cited ๒๐๒๔ Mar ๑๒]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
๓. สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย. พ.ศ. ๒๕๖๒. นนทบุรี: บริษัท แฮนด์เพลส จำกัด; ๒๕๖๖.
๔. แผนงานพัฒนาดัชนีภาระโรคแห่งประเทศไทย. สถานการณ์โอกาสของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ๔ กลุ่มโรค. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ ๑๘ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <https://bodthai.net/premature-death-๔-ncds/>
๕. วิชัย เอกพลากร. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๓. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิก แอนด์ดีไซน์; ๒๕๖๔.
๖. โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) องค์การอนามัยโลก (WHO) และกระทรวงสาธารณสุข. เหตุผลสนับสนุนการลงทุนในมาตรการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๖๒ [เข้าถึงเมื่อ ๒ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.sdgreport-th.org/๒๐๒๑/๑๑/prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-in-thailand-the-case-for-investment/>
๗. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. รายงานการศึกษา เรื่อง: ประมาณการค่าใช้จ่ายสาธารณสุขด้านสุขภาพในอีก ๑๕ ปีข้างหน้า [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๖๑ [เข้าถึงเมื่อ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.at/dY๐๓๖>
๘. 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%๘๘%๒๐๒๕๖๔.pdf>
๙. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. แบบแผนและแนวโน้ม พฤติกรรมการดื่มสุราของ ประชากรไทย [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๖๕ [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.at/grzLO>
๑๐. ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค). บทวิเคราะห์: สถานการณ์กิจกรรมทางกายของประชากรไทย ปี ๒๕๖๕ และแนวทางส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ปี ๒๕๖๖ [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๖๖ [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <https://tpak.or.th/en/article/๖๔๗>
๑๑. 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>
๑๒. ลัดดา เหมะสุวรรณ. แนวโน้มอาหาร และโภชนาการกับ NCDs. กรุงเทพฯ: สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี; ๒๕๖๕.
๑๓. 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
๑๔. 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
๑๕. 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.๑๙๙๙.๐๕๘๘๕. PMID: ๑๐๖๐๐๔๓๘.
๑๖. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; ๒๕๖๓ [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: https://infocenter.nationalhealth.or.th/?lsrv_kba=%E๐%B๘%๙E%E๐%B๘%A๓%E๐%B๘%B๐%E๐%B๘%A๓%E๐%B๘%B๒%E๐%B๘%๘A%E๐%B๘%๙A%E๐%B๘%B๑%E๐%B๘%๘D%E๐%B๘%๘D%E๐%B๘%B๑%E๐%B๘%๙๕%E๐%B๘%B๔%E๐%B๘%๘๘%E๐%B๘%B๘%E๐%B๘%๘๒%E๐%B๘%A๐%E๐%B๘%B๒%E๐%B๘%๙E%E๐%B๘%๘๑%E๐%B๘%AB%E๐%B๘%๘๘
๑๗. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; ๒๕๖๓ [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nationalhealth.or.th/th/node/๔๕๕๖>

- [illegible]

๓๗. แผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๗๐) [อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/๑๓๘๐๕๒๐๒๓๐๔๒๐๑๔๒๑๑๙.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=๑๐๒๕๓๖&mid=๓๘๐๗๐&mkey=m_document&lang=th&did=๓๑๕๕๗
๓๙. การประเมินประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Local Performance Assessment: LPA) ด้าน ๔ การบริการสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. กรมส่งเสริมปกครองท้องถิ่น. [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dla.go.th/upload/ebook/column/๒๐๒๓/๕/๒๓๖๒_๖๒๘๕๕.pdf
๔๐. LINE MAN Wongnai จับมือกรมอนามัย สานต่อ “หวานน้อยสั่งได้-เมนูสุขภาพ” [อินเทอร์เน็ต]. ฐานเศรษฐกิจ [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thansettakij.com/technology/technology/๕๕๒๗๑๐>
๔๑. โรงพยาบาลอดภัย ใสใจสุขภาพ 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. Thaler, R. H., & Sunstein, C. R. Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness. ๒๐๐๘; Yale University Press.
๔๕. Kanchanachitra M, Chamchan C, Kanchanachitra C, Suttikasem K, Gunn L, Vlaev I. Nudge interventions to reduce fish sauce consumption in Thailand. ๒๐๒๐; PLoS ONE ๑๕(๙): e๐๒๓๘๖๔๒. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.๐๒๓๘๖๔๒>
๔๖. White, J. S. A Team-Based Behavioral Economics Experiment on Smoking Cessation. ๒๐๑๓ (Thesis).
๔๗. 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. [10.1016/j.wfp.๒๐๒๑.๑๐๐๐๒๒](https://doi.org/10.1016/j.wfp.๒๐๒๑.๑๐๐๐๒๒)
๔๘. อรทัย วลีวงศ์ และคณะ การศึกษาพัฒนาระบบและการดำเนินนโยบายสาธารณะและกฎหมายป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย. ๒๕๖๕ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๔๙. คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ [อินเทอร์เน็ต]. สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ratchakittha.soc.go.th/DATA/PDF/๒๕๖๑/E/๐๕๔/๑.PDF>
๕๐. คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ratchakittha.soc.go.th/DATA/PDF/๒๕๖๑/E/๐๕๔/๑.PDF>