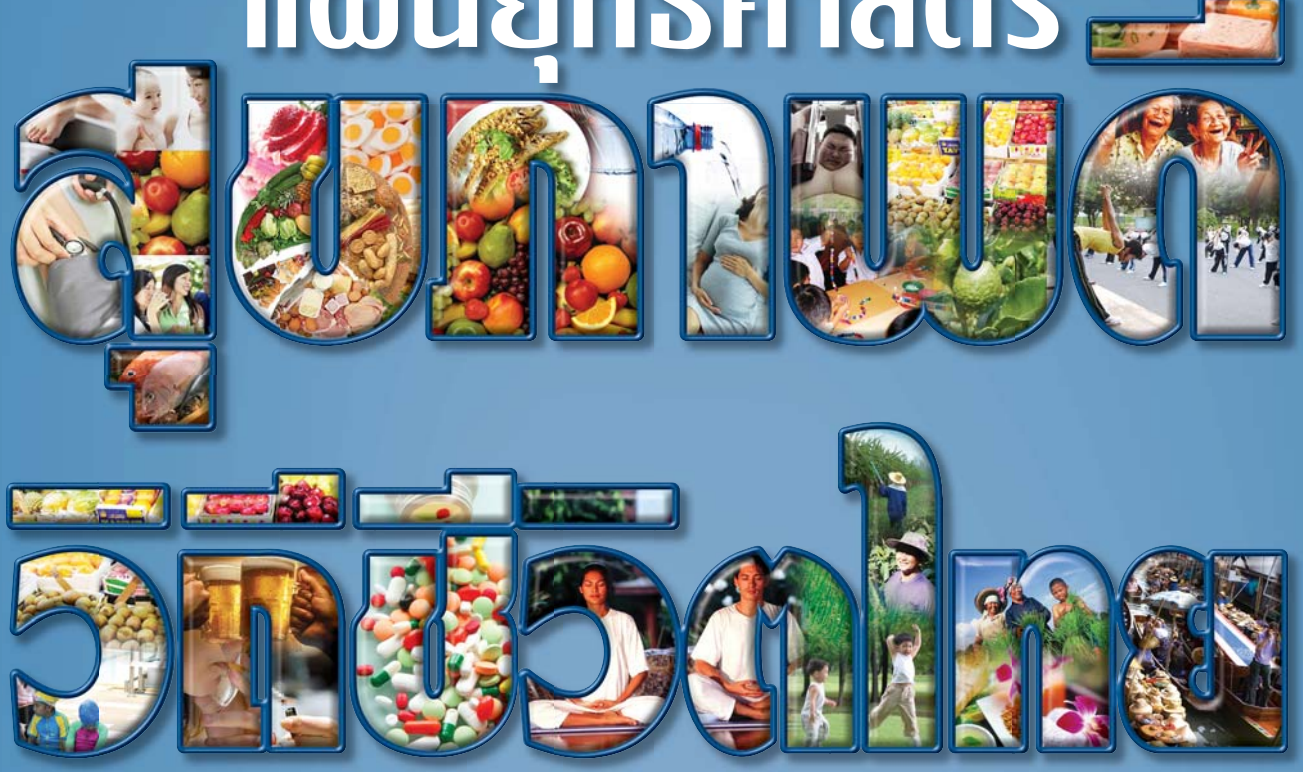
แผนยุทธศาสตร์



พ.ศ. 2554-2563

Thailand Healthy Lifestyle Strategic Plan, B.E. 2554-2563
[2011-2020]

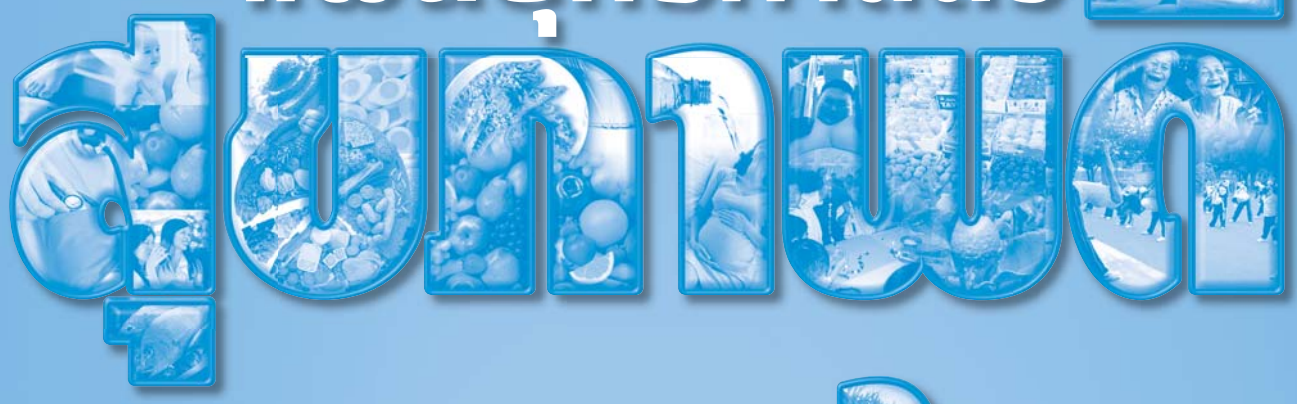
แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563

Thailand Healthy Lifestyle Strategic Plan, B.E. 2554-2563 [2011-2020]



ISBN	978-616-11-0626-3
ชื่อหนังสือ	แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563
จัดพิมพ์โดย	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์/โทรสาร 0 2590 2348
Website	http://bps.ops.moph.go.th/THLSP2011-2020/cabinet8march2011/index.html
ออกแบบโดย	ธนกฤต ชูเนียม
พิมพ์ครั้งแรก	เมษายน พ.ศ. 2554 จำนวน 2,000 เล่ม
พิมพ์ที่	โรงพิมพ์สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ 314-316 ถ.บำรุงเมือง เขตป้อมปราบฯ กรุงเทพฯ 10100 โทรศัพท์ 0 2233 5548

แผนยุทธศาสตร์



สุขภาพดี วิถีไทย



พ.ศ. 2554-2563

Thailand Healthy Lifestyle Strategic Plan, B.E. 2554-2563
[2011-2020]





คำนำ

จากการเผชิญกับกระแสโลกาภิวัตน์ระบบทุนนิยมที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทางวัตถุ เอาเงินเป็นตัวตั้ง ก่อให้เกิดความเสื่อมถอยและล่มสลายของสถาบันครอบครัว สถาบันทางสังคม การดำเนินธุรกิจที่ขาดความรับผิดชอบ เกิดค่านิยม วัฒนธรรม วิถีการดำเนินชีวิตที่ไม่เพียงพอและขาดความสมดุล สภาพแวดล้อมไม่ปลอดภัย ขาดการใส่ใจดูแลควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย เกิดความเครียดหาทางออกโดยการกินอาหาร สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ทำให้มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน เป็นสาเหตุหลักสำคัญทำให้เกิด**โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**หรือเรียกว่า **โรควิถีชีวิต**แพร่ระบาดไปทั่วโลก และมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น หากไม่สามารถสกัดกั้นหรือหยุดยั้งปัญหาได้จะทำให้เกิดการเจ็บป่วย พิการ เสียชีวิต มีภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพและการสูญเสียทางเศรษฐกิจตามมาอย่างมหาศาล ประเทศไทยก็กำลังเผชิญกับปัญหาที่วิกฤตเช่นกัน ต้องประสบกับแนวโน้มปัญหาที่เพิ่มขึ้นมาโดยตลอดจากโรคที่ป้องกันได้ที่สำคัญ ได้แก่ **โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง** ซึ่งได้กำหนดเป็นเป้าหมายหลักการพัฒนาในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 และต้องสานต่อเจตนารมณ์ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 และแผนพัฒนาระยะยาวอย่างจริงจังและต่อเนื่อง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้เล็งเห็นตระหนักถึงความสำคัญที่จำเป็นต้องสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน และระดมพลังทั้งสังคมเพื่อป้องกันแก้ไขและขจัดปัญหาดังกล่าว ผ่านกระบวนการจัดทำ**แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563** ขึ้น และคณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติในหลักการแผนยุทธศาสตร์และกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระดับชาติดังกล่าว เพื่อใช้เป็นกรอบชี้ทิศทางการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติการอย่างบูรณาการเป็นเอกภาพทุกระดับ ในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่เป็นวิถีชีวิตที่ลดเสี่ยง ลดโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการพิการ ลดการตาย และลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศ ให้ก้าวสู่**วิถีชีวิตพอเพียง** สุขภาพพอเพียง ระบบสุขภาพพอเพียง และสังคมสุขภาวะ ภายใต้สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันเป็นสังคมที่อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

กระทรวงสาธารณสุข

มหาวิทยาลัยมหิดล



สารบัญ

ก คำนำ

ข สรุปสาระสำคัญแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554 - 2563

ง บทนำ

1 **ภาคที่ 1 สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป**

1 ส่วนที่ 1 บริบทใหม่ทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและสุขภาพ

5 ส่วนที่ 2 แบบแผนการบริโภคและการดำรงชีวิตที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพ

13 ส่วนที่ 3 สถานการณ์ความรุนแรงของโรควิถีชีวิต

21 ส่วนที่ 4 สถานการณ์ปัญหาและแนวโน้มการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรควิถีชีวิต

23 **ภาคที่ 2 ปรัชญา แนวคิด และยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย**

23 ส่วนที่ 1 ปรัชญาและแนวคิดหลักในการพัฒนา

26 ส่วนที่ 2 วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์สูงสุด และเป้าหมายหลักในการพัฒนา

28 ส่วนที่ 3 เส้นทางและยุทธศาสตร์การพัฒนา

28 ส่วนที่ 4 กรอบแผนงานภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนา

37 **ภาคที่ 3 แนวทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย**

37 ส่วนที่ 1 แนวทางการบริหารจัดการสู่ความสำเร็จ

38 ส่วนที่ 2 กลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย

39 **ภาคผนวก**

40 1. กรอบขั้นตอนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554 - 2563

41 2. ความสัมพันธ์ของเป้าหมายและยุทธศาสตร์การพัฒนาในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554 - 2563 กับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550 - 2554 และทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555 - 2559

43 3. คณะกรรมการอำนวยการยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย และคณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย





สรุปสาระสำคัญ
แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ได้จัดทำขึ้นให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ หรือเรียกว่าโรควิถีชีวิต ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญลำดับต้นๆ ที่ระบาดอยู่ในปัจจุบันและในอนาคตที่คาดว่าจะมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น หากปล่อยให้สถานการณ์ดำเนินไปโดยมิได้ดำเนินการสกัดกั้นปัญหาอย่างจริงจัง และได้กำหนดไว้เป็นเป้าหมายและทิศทางการพัฒนาคุณภาพคน สังคม และสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 และทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 แผนนี้ได้ต่อยอดความคิดเชิงลึกในแต่ละประเด็นปัญหา สานต่อแนวคิดสุขภาพพอเพียงตามแนวปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงที่ยึดคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา สร้างสมดุลการพัฒนาในทุกมิติ และสร้างภูมิคุ้มกันที่เข้มแข็งให้กับคนไทยและประเทศ ผ่านมุมมองแบบบูรณาการเป็นองค์รวมในบริบทแวดล้อมที่กว้างขวาง การสร้างกระบวนการการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของประชาชน ที่มีความชัดเจนของเป้าหมายการพัฒนาที่มุ่งสร้างวิถีชีวิตที่พอเพียงเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของคนไทยด้วยการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในทุกระดับทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศ ให้ก้าวไปสู่ระบบสุขภาพพอเพียง และสังคมอยู่เย็นเป็นสุขและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข สรุปสาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยได้ดังนี้

1. สถานการณ์ขอบเขตของปัญหา ได้วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงพื้นฐานที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน มัน เค็มมากเกินไป กินผักและผลไม้น้อย ขาดการออกกำลังกาย ไม่สามารถจัดการกับอารมณ์และความเครียด สูบบุหรี่และดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ที่ส่งผลกระทบต่อโรควิถีชีวิตที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ที่มีปัจจัยเสี่ยงร่วมกันและมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันใน 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง

2. แนวคิดหลักในการพัฒนาสุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ได้ยึดแนวคิดการสร้างวิถีชีวิตไทยที่พอเพียงเพื่อการมีสุขภาพดี ตามแนวคิดสุขภาพพอเพียงและปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และมุมมองการบูรณาการเป็นองค์รวมในระบบสุขภาพ บริบทแวดล้อมและการมีส่วนร่วมของทั้งสังคม และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่เชื่อมโยงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรควิถีชีวิต

3. วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์สูงสุด และเป้าหมายหลักในการพัฒนา ได้กำหนดไว้ตามแนวคิดหลักดังกล่าวข้างต้น ดังนี้

วิสัยทัศน์ ประชาชนมีศักยภาพในการจัดการปัจจัยเสี่ยงและสภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อโรควิถีชีวิตด้วยการรวมพลังขับเคลื่อนจากทุกภาคส่วนอย่างบูรณาการ สมดุล ยั่งยืน และเป็นสุข บนพื้นฐานปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

พันธกิจ สร้างชุมชน ท้องถิ่น สังคม ที่ตระหนัก ลดปัจจัยเสี่ยง เสริมปัจจัยเอื้อ และมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติการค้นหา เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม จัดการปัญหา และพัฒนาของทุกภาคส่วนอย่างเป็นระบบ องค์รวม ครอบคลุม มีประสิทธิภาพ

เป้าประสงค์สูงสุด ประชาชน ชุมชน สังคม และประเทศ มีภูมิคุ้มกันและศักยภาพในการสกัดกั้นภัยคุกคามสุขภาพจากโรควิถีชีวิตที่สำคัญได้

เป้าหมายหลักในการพัฒนา ลดปัญหาโรควิถีชีวิตที่สำคัญ 5 โรค (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจหลอดเลือดสมอง มะเร็ง) ใน 5 ด้าน (การเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อน การพิการ การตาย ภาระค่าใช้จ่าย) ด้วยการเพิ่มวิถีชีวิตพอเพียงใน 3 ด้าน (การบริโภคที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เพียงพอ การจัดการอารมณ์ได้เหมาะสม) โดยมีตัวชี้วัดหลักในการพัฒนา 18 ตัวชี้วัดใน 3 ระยะ (ระยะสั้น ระยะกลาง ระยะยาว)

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

4. ยุทธศาสตร์ เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ยุทธวิธี และแผนงานในการพัฒนา ที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมายการพัฒนาในแต่ละช่วงของเส้นทางการพัฒนาไว้ 5 ยุทธศาสตร์ [14 เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 3 ยุทธวิธีร่วม 11 ยุทธวิธีรายยุทธศาสตร์ 29 แผนงาน] คือ 1) นโยบายสาธารณะสร้างสุข [4 เป้าหมาย 3 ยุทธวิธี 11 แผนงาน] 2) การขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะ [2 เป้าหมาย 2 ยุทธวิธี 4 แผนงาน] 3) การพัฒนาศักยภาพชุมชน [1 เป้าหมาย 2 ยุทธวิธี 3 แผนงาน] 4) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการโรค [3 เป้าหมาย 3 ยุทธวิธี 7 แผนงาน] 5) การสร้างความเข้มแข็งของระบบสนับสนุนยุทธศาสตร์ [4 เป้าหมาย 1 ยุทธวิธี 4 แผนงาน]

5. แนวทางและกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ได้กำหนดกรอบแนวทางในการผลักดันสู่การปฏิบัติการ ภายใต้กลไกระดับชาติในการขับเคลื่อนระดับนโยบาย : คณะกรรมการอำนวยการยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ระดับบริหาร : คณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์และเป้าหมายที่กำหนดไว้





บทนำ

จากการตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพที่เป็นผลจากบริบททางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ ระบบทุนนิยม และเทคโนโลยีการสื่อสารไร้พรมแดน ส่งผลให้คนไทยเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตอย่างไม่พอเพียง ท่ามกลางค่านิยม วัฒนธรรมและสังคมแวดล้อมที่เต็มไปด้วยความเสี่ยงและเป็นภัยคุกคามสุขภาพ เกิดการระบาดของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรควิถีชีวิตที่สามารถป้องกันได้ที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น จึงได้กำหนดเป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของคนไทยไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550–2554 และถูกหยิบยกมาเป็นประเด็นในการวิเคราะห์แจกแจงให้เห็นแก่นแท้ของสาเหตุต้นตอของปัญหา สถานการณ์ความรุนแรงที่แท้จริง กำหนดเป้าหมายและทิศทางการพัฒนาที่ชัดเจน ตรงประเด็นและครอบคลุมอย่างรอบด้าน โดยผ่านกระบวนการร่วมคิด ร่วมทำและยอมรับร่วมกันของภาคีเครือข่ายการพัฒนาทุกภาคส่วนไว้ในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ถึงแม้ว่าในช่วงที่ผ่านมาได้มีการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยสู่การปฏิบัติการทุกภาคส่วนต่างๆ มาโดยตลอด แต่ก็ยังคงปัญหาการเจ็บป่วย ตาย พิการ มีภาระค่าใช้จ่าย และเกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพที่สำคัญในอันดับต้น จึงจำเป็นต้องสร้างความเข้มแข็งและต่อเนื่องของการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555–2559 และในระยะยาวต่อไป ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์เพื่อชี้นำทิศทางการพัฒนาวิถีชีวิตไทยเพื่อการมีสุขภาพดี (ดูภาคผนวกที่ 1 และ 2) โดยได้นำเสนอสาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554–2563 ไว้ ดังนี้

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



ภาคที่ 2 ปรัชญา แนวคิด และยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพดีวิถีชีวิตไทย



ได้ยึดหลักของปรัชญาเศรษฐกิจพอพียง ผ่านมุมมองของการบูรณาการแบบองค์รวมภายใต้บริบทแวดล้อมและวิถีชีวิตที่เป็นพื้นฐานของปัจจัยเสี่ยงและภัยคุกคามสุขภาพอย่างรอบด้าน บนเส้นทางการพัฒนาที่มีจังหวะก้าวเป็นขั้นตอน ไม่ก้าวกระโดด และไม่สุดโต่ง ที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง การมีส่วนร่วมของทั้งสังคม จึงได้กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์สูงสุด เป้าหมายหลักในการพัฒนา ด้วยการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนา ยุทธวิธี และแผนงานรองรับที่สอดคล้องกัน ในการสร้างวิถีชีวิตไทยที่พอเพียงเพื่อการมีสุขภาพดี นำไปสู่วิถีชีวิตพอเพียง สุขภาพพอเพียง สังคมอยู่เย็นเป็นสุขและสังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขที่ยั่งยืน

ภาคที่ 3 แนวทางและกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย

เพื่อให้กรอบแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยสามารถแปลงไปสู่การปฏิบัติของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนอย่างจริงจัง จึงได้กำหนดให้มีแนวทางการดำเนินงานเพื่อใช้เป็นกรอบในการผลักดันสู่การปฏิบัติการ และการจัดตั้งองค์กรในรูปคณะกรรมการนโยบายและบริหารระดับชาติร่วมรับผิดชอบ เพื่อเป็นแกนขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ให้บรรลุเป้าหมายและเกิดสัมฤทธิ์ผลได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน



ภาคที่ 1

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป

ส่วนที่ 1 บริบทใหม่ทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและสุขภาพ

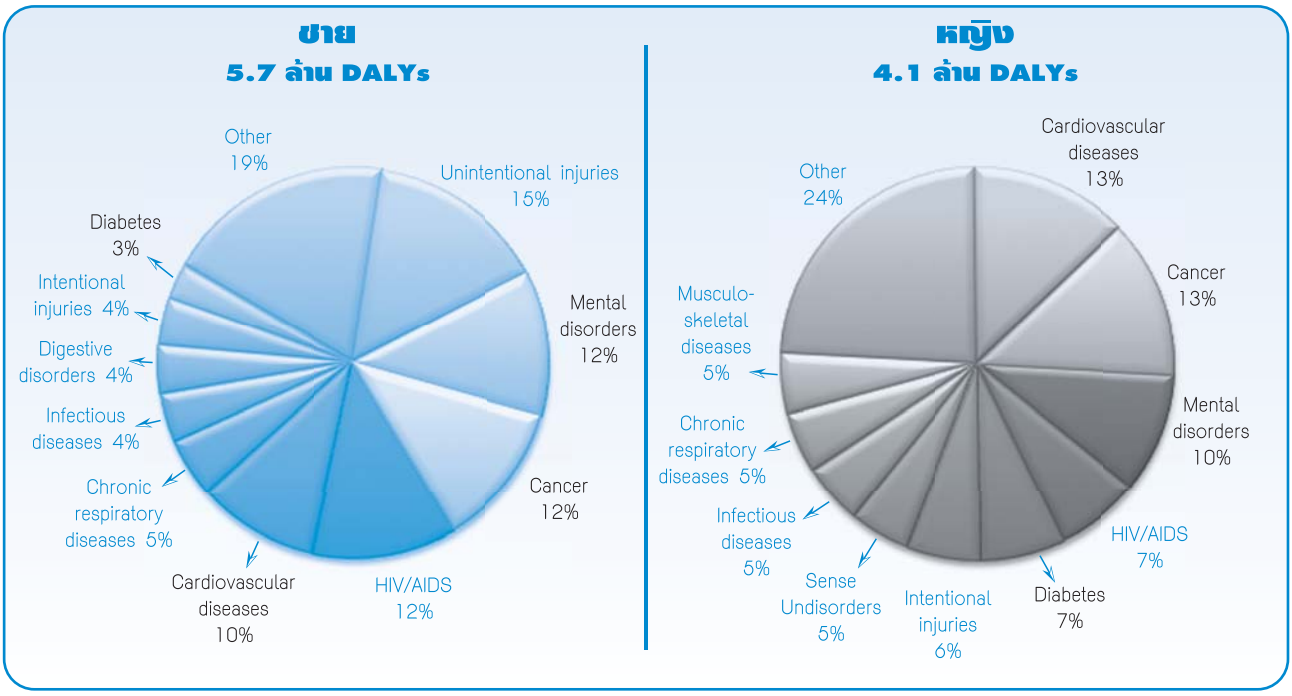
การพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ขาดความสมดุลของทั่วโลกและของประเทศไทยภายใต้กระแสโลกาภิวัฒน์ที่มุ่งเน้นการพัฒนาทางวัตถุโดยเอาเศรษฐกิจหรือเอาเงินเป็นตัวตั้งแบบทุนนิยม ที่ดำเนินธุรกิจการค้าและบริการที่ถูกครอบงำด้วยกลไกตลาดที่มุ่งแสวงหากำไรเป็นสำคัญ และการเติบโตทางเศรษฐกิจในอัตราที่สูงแต่ก็มีความผันผวนตลอดเวลาจากปัจจัยแวดล้อมภายนอก ทำให้เศรษฐกิจเกิดความเหลื่อมล้ำ สังคมเปลี่ยนไปสู่การเสื่อมสลาย จากสังคมตะวันออกเป็นสังคมตะวันตก สังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม สังคมชนบทกลายเป็นสังคมเมืองมากขึ้น ทำให้แบบแผนในการดำรงชีวิตและแบบแผนการบริโภคเปลี่ยนไป เกิดกระแสวัตถุนิยม บริโภคนิยม ที่มีค่านิยมเลียนแบบการบริโภคตามต่างชาติ ละเลยไม่เห็นคุณค่าความเป็นไทย เกิดความฟุ้งเฟ้อฟุ่มเฟือย ไม่เพียงพอ มีการใช้เทคโนโลยีเกินความจำเป็นและไม่เหมาะสม สถาบันทางสังคมอ่อนแอกลายเป็นสังคมที่พร่องทางด้านคุณธรรม ศีลธรรม จริยธรรม มีการใช้ชีวิตอย่างเร่งรีบ แก่งแย่งแข่งขัน เอารัดเอาเปรียบ แสวงหารายได้เพื่อเลี้ยงดูตนเอง ครอบครัว และการเติบโตของธุรกิจ ทำให้ขาดความเอื้ออาทรใส่ใจซึ่งกันและกัน ขาดการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพ รับผิดชอบต่อผลกระทบทางด้านสุขภาพและสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องของการผลิต**ผลิตภัณฑ์ที่ไร้คุณค่าทางโภชนาการ** และ**พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ไม่ได้สัดส่วน ขาดความสมดุล ละเลย หรือมองข้ามคุณค่าทางโภชนาการ** ไม่คำนึงถึงผลกระทบทางสุขภาพที่นำไปสู่ภาระโรคต่างๆ ทำให้อาหารที่นิยมและเข้าถึงง่ายที่เกิดจากการขับเคลื่อนโดยอุตสาหกรรมอาหารและการเกษตรข้ามชาติและในประเทศ จากการส่งเสริมการตลาดเพื่อช่วงชิงผลประโยชน์ทางการค้า อาหารฟาสต์ฟูด อาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป กึ่งสำเร็จรูป ที่หาได้ง่าย สะดวกไม่สิ้นเปลืองเวลามาก ซึ่งส่วนมากมักเป็นอาหารประเภทผัด ทอด ย่างหรือปิ้ง อาหารประเภทเนื้อที่มีโปรตีนและเป็นอาหารที่มีไขมันสูง เป็นอาหารที่เข้มข้นด้วยพลังงานมากขึ้น ทางเลือกในการกินค่อยๆ ลดน้อยลง นิยมอาหารรสจัดที่มีความเค็มมีเกลือโซเดียมสูงและหวานมากเกินไป กินผักและผลไม้น้อย **ขาดการออกกำลังกาย** เนื่องจากวิถีชีวิตที่ถูกขัดขวางด้วยโครงสร้างผังเมืองที่ไร้ทิศทางระบบขนส่งจราจรที่ผูกขาดโดยรถยนต์ส่วนบุคคล เกิดภาวะคับคั่งชะงักงันสูญเสียเวลาในการเดินทางและยังคุกคามต่อสวัสดิภาพของคนเดินเท้าหรือขี่จักรยาน สิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยมีมลพิษทำให้วิถีการเดินทางที่เอื้อต่อสุขภาพไม่เกิดขึ้นกับคนส่วนใหญ่ นอกจากนี้ยังเกิด**ความเครียดสะสม** ในบางรายไม่สามารถหาทางออกได้ต้องหันไปพึ่งการกินอาหาร **สูบบุหรี่และดื่มสุรา** ซึ่งมีกลไกการตลาดที่เข้มแข็ง ต้องมีการควบคุมได้อย่างเท่าทัน ด้วยเหตุดังกล่าวข้างต้น ทำให้ปัญหาทางด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป โดยมีแบบแผนการเจ็บป่วยและตายเปลี่ยนจากภาวะทุพโภชนาการเป็น**ภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วน**มากขึ้น จากโรคติดเชื้อหรือโรคติดต่อทั่วไป เป็น**โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้** ที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงภายใต้วิถีชีวิตและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ซึ่งองค์การอนามัยโลก

(World Health Organization – WHO) ได้คาดประมาณว่าในปี 2548 จำนวนการตายของประชากรโลกทั้งหมด ประมาณ 58 ล้านคน มีประมาณ 35 ล้านคน (ร้อยละ 60) มีสาเหตุหลักจากโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรคไร้เชื้อเรื้อรังจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease) เป็นปัญหาอันดับต้นๆ ของทั่วโลก มีการตายประมาณ 17.5 ล้านคน (ร้อยละ 29) และมีแนวโน้มรุนแรงขึ้น โดยคาดว่าในปี 2565 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตประมาณ 25 ล้านคน โดยมีประชากรประมาณ 19 ล้านคน หรือร้อยละ 80 จะเกิดขึ้นในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและยากจน และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของกลุ่มประชากรวัยแรงงาน ซึ่งจะเป็นเหตุให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัว สังคมและประเทศชาติ และความสูญเสียปีสุขภาวะหรือภาระทางสุขภาพ (Disability Adjusted Life Year : DALY) จากโรคเรื้อรัง 6 ใน 10 อันดับแรก และมากกว่าเกือบ 2 เท่า เมื่อเทียบกับโรคติดเชื้อ

จากการศึกษาภาระโรคและภาวะจากปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของประชาชนไทย ในปี 2547 มีความสูญเสียทางสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อ คิดเป็นร้อยละ 65 ของความสูญเสียทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคมะเร็ง นอกจากนี้ยังพบว่าภาระโรคใน 10 อันดับแรก เกิดจากปัจจัยเสี่ยงจากการดำเนินวิถีชีวิตที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมที่สำคัญตามลำดับคือ การบริโภคสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ บุหรี่ ความดันโลหิต ภาวะอ้วน คอเรสเตอรอล การบริโภคผักและผลไม้น้อย กิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายไม่เพียงพอ (ดูแผนภูมิที่ 1.1 และ 1.2) โดยสถานการณ์อัตราการเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีความสำคัญในอันดับต้นๆ ใน 5 โรค มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2548 – 2551 ประมาณ 1.2 – 1.6 เท่า สำหรับในปี 2551 พบว่ามีอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง และโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็น 1,149, 845, 684, 505 และ 257 ต่อประชากรแสนคน และมีอัตราผู้ป่วยนอก คิดเป็น 14,328, 9,702, 2,565, 1,023 และ 980 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (ดูแผนภูมิที่ 1.3) และสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยที่สำคัญ 10 อันดับแรกในปี 2552 มาจากโรคมะเร็ง รองลงมาคือ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงในอัตรา 88.3, 29.0, 21.0, 11.1 และ 3.6 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยมีผู้เสียชีวิตจาก 5 โรคที่สำคัญจำนวนทั้งสิ้น 97,100 คน คิดเป็นร้อยละ 24.6 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด

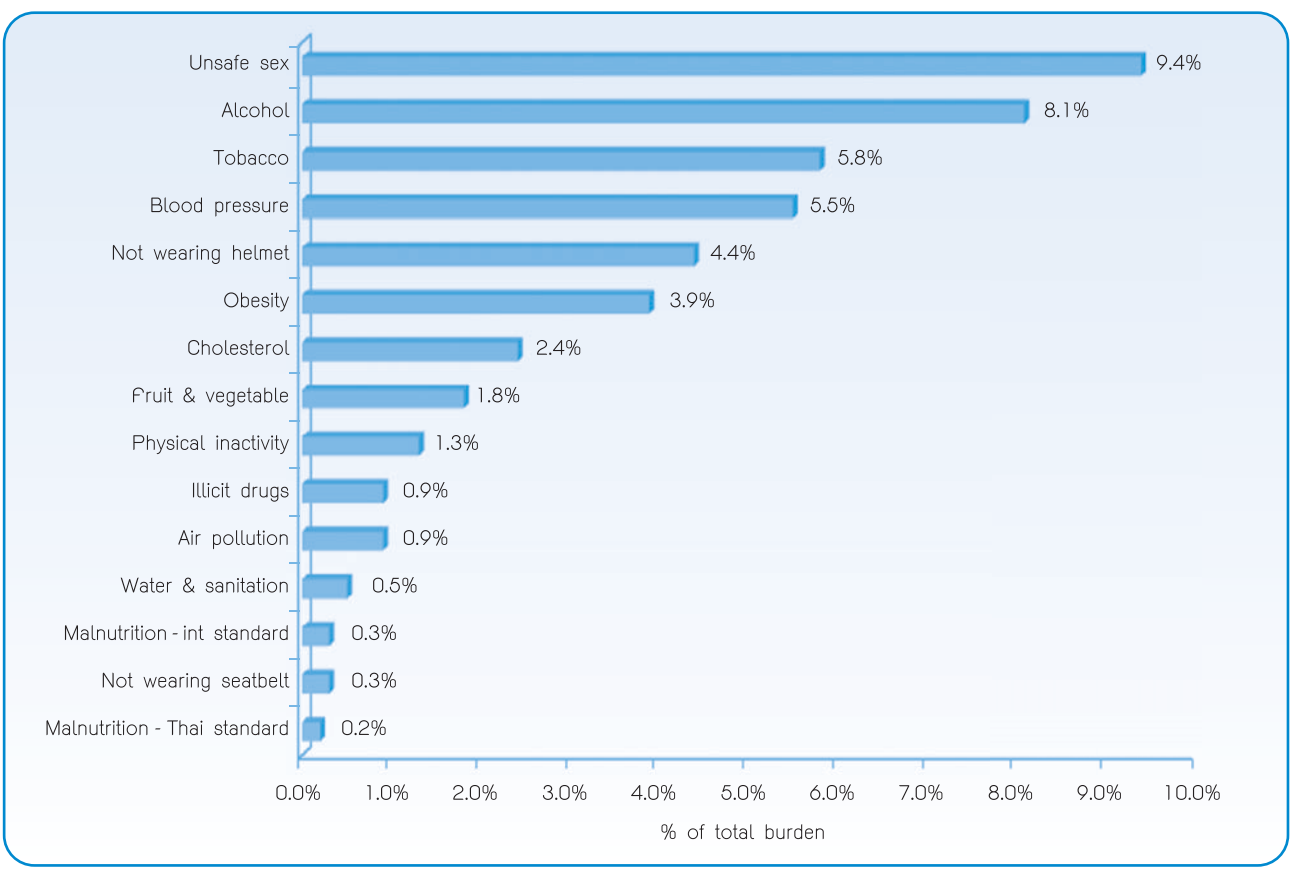
จากโครงสร้างประชากรไทยที่เปลี่ยนไปสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้ประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น ประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานลดลง ภาวะอนามัยเจริญพันธุ์รวมอยู่ต่ำกว่าระดับทดแทน มีสัดส่วนประชากรเด็ก : แรงงาน : ผู้สูงอายุ ร้อยละ 20.5 : 67.6 : 11.9 ในปี 2553 เป็นร้อยละ 18.3 : 66.9 : 14.8 ในปี 2559 ในขณะที่อายุขัยเฉลี่ยของคนไทยเพิ่มขึ้นเป็น 75.6 ปี (เพิ่มจากปี 2549 ชาย 68 ปี หญิง 75 ปี แต่ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ 80 ปี) แต่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุมีอัตรามารับบริการผู้ป่วยในในอัตราค่อนข้างสูงมาก ในปี 2551 ด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดในอัตรา 7,213 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หัวใจขาดเลือด อัมพฤกษ์อัมพาต ในอัตรา 4,656, 1,909, 1,857 และ 995 ต่อประชากรแสนคน ทำให้ส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลของภาครัฐในปัจจุบันและอนาคตอย่างมากมาย

แผนภูมิที่ 1.1 แบบแผนการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย พ.ศ. 2547



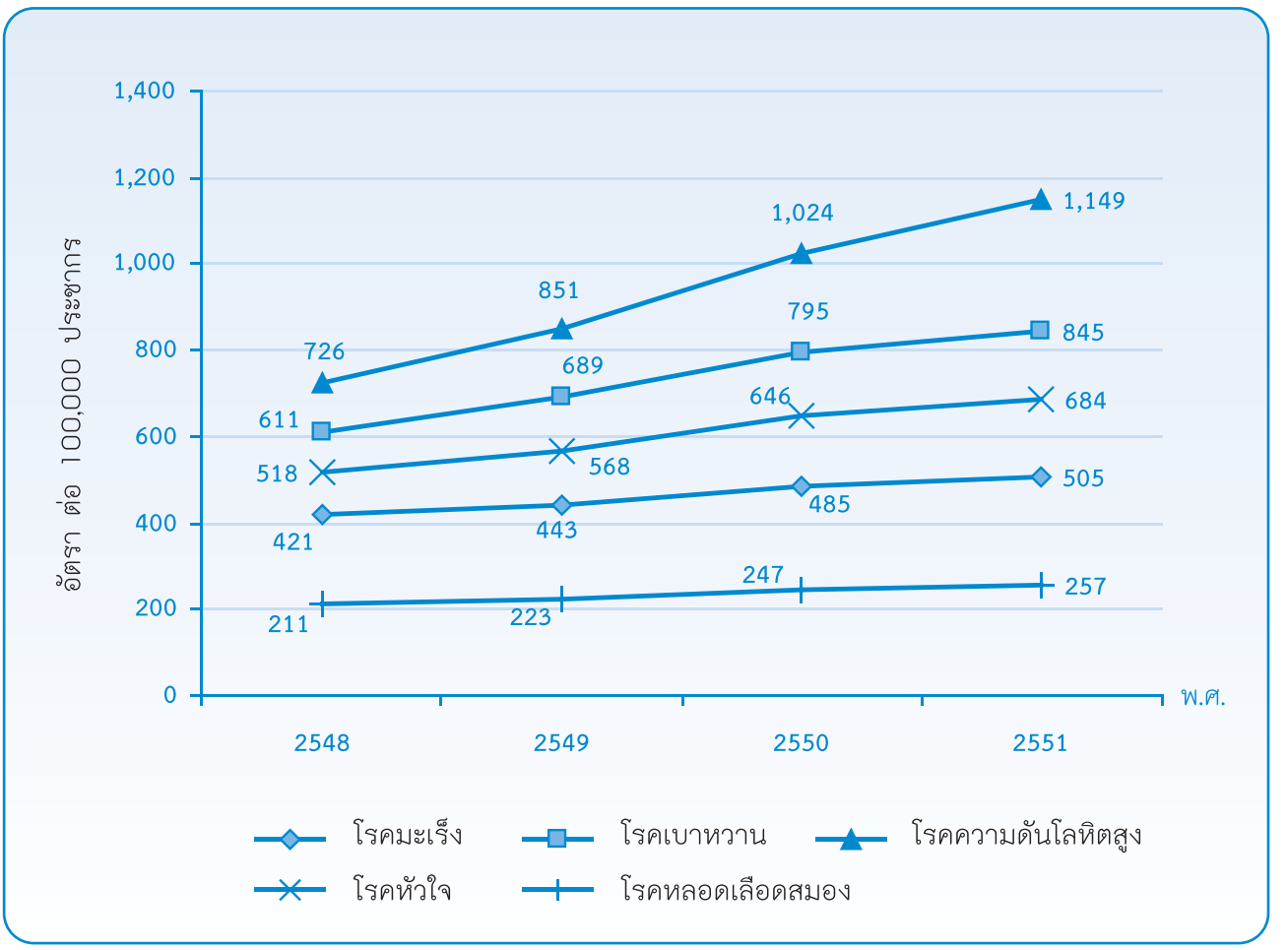
ที่มา : รายงานการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547

แผนภูมิที่ 1.2 ร้อยละของภาระโรคที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงที่ศึกษาเมื่อเปรียบเทียบกับภาระโรครวมทั้งหมด พ.ศ. 2547



ที่มา : รายงานการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547

แผนภูมิที่ 1.3 อัตราของผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ พ.ศ. 2548 - 2551



ที่มา : ข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและครอบครัว สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : นับการวินิจฉัยโรคหลักและการวินิจฉัยโรครองแรกที่พบและมีค่าใช้จ่าย



ส่วนที่ 2 แบบแผนการบริโภคและการดำรงชีวิตที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพ

จากแบบแผนการบริโภคและการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพ ทำให้ปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือเรียกว่า **โรควิถีชีวิต**ที่สามารถป้องกันได้ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยตลอด หากไม่สามารถหยุดยั้งพฤติกรรมเสี่ยงได้ก็จะทำให้ทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นในอนาคต

1. พฤติกรรมการบริโภคไม่เหมาะสม

- **การบริโภคผักและผลไม้น้อย** องค์การอนามัยโลกคาดว่าการบริโภคผักและผลไม้ที่ต่ำกว่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ 400 – 600 กรัม/คน/วัน (5 – 7.5 ถ้วยมาตรฐาน) ในประเทศกำลังพัฒนา ทำให้ประชากรเสียชีวิตมากกว่า 2.5 ล้านคนต่อปี และสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โรคเส้นเลือดในสมองตีบ และโรคมะเร็ง จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายของสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มบริโภคผักและผลไม้ลดลง โดยมีความชุกของการกินผักและผลไม้ ปริมาณต่อวันเพียงพอตามข้อแนะนำ (รวม ≥ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) ลดลงจากร้อยละ 21.7 ในปี 2546 – 2547 เป็นร้อยละ 17.7 (9 ล้านคน) ในปี 2551 – 2552 โดยกินผักและผลไม้เฉลี่ยเพียงวันละ 3 ส่วนมาตรฐานเท่านั้น สำหรับในเด็กอายุ 1 – 5 ปี จากการสำรวจของกองโภชนาการ กรมอนามัย ในปี 2546 พบเพียง 1 ใน 3 กินผักและผลไม้ทุกวัน ส่วนเยาวชนทั้งชายและหญิงอายุ 15 – 29 ปี กินผักและผลไม้เฉลี่ย 285 และ 320 กรัม/คน/วัน สำหรับในปี 2551 – 2552 พบเด็กไทยอายุ 2 – 14 ปี กินผักและผลไม้เฉลี่ย 0.7 และ 1.3 ส่วนมาตรฐานต่อวัน ตามลำดับ และมีเพียงร้อยละ 6.3 ที่กินผักและผลไม้รวมกันได้ 5 ส่วนมาตรฐานขึ้นไปต่อวัน

> *คนไทยประมาณร้อยละ 76 บริโภคผักและผลไม้ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ถ้าบริโภคผักและผลไม้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน จะลดโรคหัวใจขาดเลือด และโรคเส้นเลือดในสมองตีบได้ประมาณร้อยละ 31 และ 19 ตามลำดับ ลดการเจ็บป่วยและตายจากโรคมะเร็งกระเพาะอาหารร้อยละ 19 มะเร็งหลอดอาหารร้อยละ 20 มะเร็งปอดร้อยละ 12 และมะเร็งลำไส้ร้อยละ 2*

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ต้องให้ความสำคัญคือความปลอดภัยจากการบริโภคผักและผลไม้ และสามารถหาซื้อได้ง่ายในราคาที่เหมาะสม ซึ่งยังเป็นปัญหาของประเทศไทยที่ยังคงพบสารพิษตกค้างทั้งในผักและผลไม้สด และอาหารสดเกินมาตรฐาน โดยผักและผลไม้ที่บริโภคในประเทศและที่ส่งออกไปต่างประเทศ ในปี 2546 – 2549 มีสารพิษตกค้างเกินมาตรฐาน ร้อยละ 4.0 – 8.2 และจากการนำเข้าจากต่างประเทศพบร้อยละ 2.9 (ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหาร กระทรวงสาธารณสุข และกรมวิชาการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์) นอกจากนี้ในปี 2553 พบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่นอกเหนือจากประกาศ อย. ใน 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มออร์กาโนคลอรีน กลุ่มออร์กาโนฟอสฟอรัส กลุ่มคาร์บาเนต และกลุ่มสารสังเคราะห์ไพรีทรอยด์ในผักและผลไม้สด ที่นำเข้าจากต่างประเทศถึงร้อยละ 16.7 (สำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์) ในขณะที่ผักและผลไม้ปลอดสารพิษก็มีราคาแพงมากขึ้น โดยคณะกรรมการอาหารแห่งชาติได้บ่งชี้ว่า มีการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชที่นำเข้าในปี 2552 มากถึง

126,577 ตัน คิดเป็นมูลค่า 16,168 ล้านบาท เป็นต้นทุนที่มีมูลค่าสูงมากกว่า 1/3 ของต้นทุนการปลูกพืชทั้งหมดของเกษตรกร และยังมีความหลากหลายน้อยมากของพืชผักสำคัญของตลาดในประเทศที่มีเพียง 8 ชนิด ได้แก่ ผักบุ้ง คะน้า กะหล่ำปลี กะหล่ำดอก ผักกาดขาว กวางตุ้ง พริกขี้หนู และแตงกวา ซึ่งแสดงถึงการละเลยพืชพื้นบ้านที่มีความสำคัญต่อวิถีชีวิตและโภชนาการ

• **การบริโภคหวาน เค็ม มัน มากเกินไป** จากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เปลี่ยนไปนิยมอาหารฟาสต์ฟูด อาหารสำเร็จรูป ขนมขบเคี้ยว ขนมกรุบกรอบ ช็อคโกแล็ต ลูกอม น้ำอัดลมและเครื่องดื่มรสหวาน ที่หาซื้อได้ง่าย สะดวก มีการแข่งขันทางการตลาด มีการลงทุนโฆษณาสูงมาก ที่มีส่วนประกอบหลักด้วยแป้ง น้ำตาล น้ำมัน ไขมัน ผงชูรส และเกลือมากขึ้น แต่มีสารอาหารที่จำเป็นต่อการเติบโตของร่างกายและสติปัญญาอยู่ในปริมาณน้อยมาก โดยที่ผู้ผลิตไม่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับส่วนประกอบและคุณค่าทางโภชนาการ แต่เพิ่มรสชาดหวาน มัน เค็ม ในปริมาณมากขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน เบาหวาน ไต หัวใจ เส้นเลือดอุดตัน ความดันโลหิตสูง และมะเร็ง ส่วนการทำอาหารที่บ้าน และการปลูกผักกินเองมีลดน้อยลงไปเรื่อยๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนใน กทม. และปริมณฑล ในปี 2552 ส่วนใหญ่ร้อยละ 80.1 รับประทานอาหารนอกบ้านตามแผงลอยหรือรถเข็น มีปัญหาภาชนะใส่อาหารไม่สะอาด มีสิ่งแปลกปลอมในอาหาร และอาหารไม่สดมากกว่าร้อยละ 60 (ศูนย์วิจัยความสุขชุมชน มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ) ทำให้มีการบริโภคเครื่องดื่มและอาหารที่มีรสหวานเพิ่มมากขึ้นตามมา จากการรายงานของสำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาล พบว่า ในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมาคนไทยบริโภคน้ำตาลเพิ่มสูงขึ้นเกือบ 3 เท่า จาก 12.7 กิโลกรัม/คน/ปี ในปี 2526 เป็น 36.4 กิโลกรัม/คน/ปี ในปี 2550 ซึ่งเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลกกำหนดให้บริโภคน้ำตาลได้น้อยกว่า 15 – 20 กิโลกรัม/คน/ปี หรือ 24 กรัม/คน/วัน (6 ช้อนชา) โดยในปี 2546 เด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี เกือบ 2 ใน 3 บริโภคน้ำตาลเฉลี่ยวันละ 30.4 กรัม (8 ช้อนชา) และ 1 ใน 4 ที่บริโภคน้ำตาลมากกว่าวันละ 40 กรัม (10 ช้อนชา) ส่วนในปี 2552 พบคนไทยอายุ 6 ปีขึ้นไป ร้อยละ 31.3 ดื่มน้ำอัดลมและเครื่องดื่มที่มีรสหวานโดยดื่มทุกวันถึงร้อยละ 25.3 (การสำรวจอนามัยสวัสดิการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชน สำนักงานสถิติแห่งชาติ) ในขณะที่เด็กวัยรุ่นอายุ 13 – 22 ปี ใน กทม. มีพฤติกรรมบั่นทอนสุขภาพ ร้อยละ 51.3 ชอบกินอาหารฟาสต์ฟูด (ศูนย์วิจัยมหาวิทยาลัยกรุงเทพ – กรุงเทพโพลล์) นอกจากนี้เด็กประถมศึกษากินขนมกรุบกรอบเป็นประจำเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 26.7 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 38.1 ในปี 2551 (โครงการ Child Watch) โดยมีมูลค่าการโฆษณาน้ำอัดลมและขนมขบเคี้ยว (ขนมปังกรอบ ลูกกวาด ช็อคโกแลต/เวเฟอร์) ในปี 2551 สูงถึง 4,506 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 27.4 ของมูลค่าการโฆษณาอาหารทั้งหมด (Media Data Resources – MDR) และทางสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้ประมาณการว่าเด็กและเยาวชนใช้จ่ายเงินซื้อขนมขบเคี้ยวคนละ 9,800 บาทต่อปี รวมทั้งสิ้นประมาณ 170,000 ล้านบาทต่อปี จากอิทธิพลของสื่อที่เป็น

> *คนไทยบริโภคน้ำตาลและโซเดียมเพิ่มขึ้นเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 1.8 – 2.4 เท่า และ 1.4 – 2.3 เท่า ส่วนใหญ่มาจากการบริโภคเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม อาหารและขนม ผลิตภัณฑ์นมปรุงแต่งรสหวาน และมาจากผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงรส น้ำปลา ซีอิ๊ว เกลือ กะปิ ซอสหอยนางรม ตามลำดับ*

อันตรายและสื่อยั่วยุต่างๆ มากมาย จนกลายเป็นพื้นที่เสี่ยงที่เด็กใช้เวลากับสื่อประเภทต่างๆ สูงมาก มีข้อมูลเชิงประจักษ์ว่า เด็กประถมถึงอุดมศึกษา ในปี 2550–2551 ใช้เวลาวันละ 6–7 ชั่วโมง โดยหมดไปกับโทรทัศน์ราว 3 ชั่วโมง อินเทอร์เน็ตกว่า 2 ชั่วโมง และโทรศัพท์อีก 1 ชั่วโมงครึ่ง หรือเท่ากับครึ่งชีวิตยามตื่นของเด็ก (สถาบันรามจิตติ โครงการ Child Watch) นอกจากนี้ คนไทยโดยเฉลี่ยบริโภคเกลือหรือโซเดียมคลอไรด์เพิ่มขึ้น 3 เท่าตัว จากนิสัยชอบกินผลไม้จิ้มเกลือ พริกน้ำปลา การใช้เกลือแกงที่มีสารอันตรายอย่างโซเดียมหรือโซเดียมคลอไรด์ในการถนอมอาหารและปรุงอาหาร ในปี 2550 คนไทยได้รับเกลือหรือโซเดียมคลอไรด์จากอาหารแหล่งต่างๆ โดยเฉลี่ย 10,879±2,604 มิลลิกรัม/คน/วัน (มีโซเดียมประมาณ 3,310–5,390 มิลลิกรัม/คน/วัน การบริโภคไม่ควรเกิน 2,400 มิลลิกรัม/คน/วัน) โดยมีผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงรสที่ครัวเรือนใช้ในปริมาณเฉลี่ยมากใน 5 อันดับแรก ได้แก่ น้ำปลา ซีอิ๊ว เกลือ กะปิ และซอสหอยนางรม ซึ่งโดยหลักแล้วไม่ควรบริโภคเกลือเกิน 1–1.5 ช้อนชาต่อวัน น้ำปลาไม่ควรเกิน 2–3 ช้อนโต๊ะต่อวัน รวมทั้งโมโนโซเดียมกลูตาเมทในผงชูรส (การสำรวจปริมาณการบริโภคโซเดียมคลอไรด์ของประชากรไทย กองโภชนาการ กรมอนามัย และองค์การยูนิเซฟ)

- **การสูบบุหรี่และดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์** องค์การอนามัยโลกชี้ควันบุหรี่เป็นค็อกเทลพิษรวมของสารพิษต่างๆ กว่า 400 ชนิด มีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 1,100 ล้านคน กว่าร้อยละ 50 อยู่ในเอเชีย ผู้สูบกว่าร้อยละ 50 จะต้องเสียชีวิตก่อนถึงวัยชรา และต่อวันจะมีวัยรุ่นกลายเป็นนักสูบหน้าใหม่เพิ่มขึ้น 80,000 – 100,000 คนทั่วโลก โดยมีผู้เสียชีวิตจากบุหรี่ปีละ 5 ล้านคน ในปี 2563 จะเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า หรือประมาณ 10 ล้านคน เฉลี่ยนาทีละ 19 คน โดยร้อยละ 70 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และจะเพิ่มขึ้นปีละ 1 พันล้านคนในปี 2642 เฉลี่ยวินาทีละ 32 คน มีคนสูบวันละ 15,000 ล้านมวน มีประชาชนกว่า 5,000 ล้านคน ที่ไม่สูบบุหรี่ได้รับควันบุหรี่มือสอง

> *ในปี 2551 – 2552 คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ 12 ล้านคน ดื่มสุรา 23 ล้านคน และในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ครัวเรือนไทยบริโภคสินค้าเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และยาสูบ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพเพิ่มขึ้น 2 เท่า มีมูลค่าถึง 63,915 ล้านบาท น้อยกว่าการจ่ายเงินเพื่อสุขภาพที่มีเพียง 60,861 ล้านบาท ในปี 2550*

จากการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกของการสูบบุหรี่ร้อยละ 23.7 (12 ล้านคน) ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 19.9 (10 ล้านคน) ลดลงจากปี 2546–2547 ที่มีความชุกถึงร้อยละ 25.3 โดยมีแนวโน้มการเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยลง อายุเฉลี่ย 18.6 ปี ในชายอายุเฉลี่ย 17.7 ปี หญิงอายุเฉลี่ย 26.6 ปี และผู้ไม่สูบบุหรี่ได้รับควันบุหรี่มือสองร้อยละ 78 ได้รับบ่อยที่สุดคือที่บ้าน ร้อยละ 55 รองลงมาคือในที่สาธารณะ ร้อยละ 46 และในที่ทำงานร้อยละ 30.6 ในขณะที่ภาษีสรรพสามิตจากบุหรี่เพิ่มขึ้นมากกว่าเท่าตัว จาก 26,708 ล้านบาท ในปี 2542 เป็น 41,528



ล้านบาท ในปี 2550 (กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง) เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคภัยที่สำคัญคือ โรคมะเร็งปอด กล่องเสียง และหลอดอาหาร

ทั่วโลกมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือดื่มสุราประมาณ 2,000 ล้านคน ก่อปัญหาต่อสุขภาพ ทำให้เกิดโรคภัยกว่า 60 ชนิด และคร่าชีวิตประชากรโลกถึง 2.3 ล้านคน ในปี 2547 โดยมีความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2551 – 2552 ร้อยละ 45.3 (23 ล้านคน) ดื่มตั้งแต่ระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป (ได้รับแอลกอฮอล์ ≥ 41 กรัมต่อวัน ในผู้ชาย และ ≥ 21 กรัมต่อวันในผู้หญิง) ร้อยละ 7.3 (3.7 ล้านคน) และดื่มอย่างหนักร้อยละ 17.6 (8.9 ล้านคน) ลดลงจากปี 2546 – 2547 ที่มีความชุกถึงร้อยละ 9.2 และ 44.6 ตามลำดับ โดยเริ่มดื่มเมื่ออายุเฉลี่ย 21.5 ปี (ชาย อายุเฉลี่ย 19.1 ปี หญิง อายุเฉลี่ย 26.3 ปี) (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2551 – 2552) ทั้งนี้สามารถเข้าถึงแหล่งจำหน่ายได้ง่ายมากขึ้น ในปี 2547 มีร้านขายสุราที่ได้รับอนุญาตจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถึง 585,700 ร้าน หรือประมาณ 1 ร้านต่อประชากรไทย 110 คน โดยผู้บริโภคใช้เวลาเฉลี่ยเพียง 7.5 นาที ในการหาซื้อและมีผู้บริโภคเพียงร้อยละ 3 ที่รายงานว่ามีความยุ่งยากในการซื้อ และในปี 2552 มีร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรัศมี 500 เมตร รอบมหาวิทยาลัยใน กทม. เฉลี่ย 57 ร้านต่อตารางกิโลเมตร โดยมีปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยของประชากรไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในผู้ใหญ่เพิ่มจาก 7.28 ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนในปี 2550 เป็น 7.71 ลิตร (แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552 และ ภัทรพร พลพนาธรรม, 2552) นอกจากนี้ จากการประเมินต้นทุนหรือความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทย ในปี 2549 มีมูลค่าสูงถึง 150,677 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 1.92 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product – GDP) คิดเป็น 2,398 บาทต่อหัวประชากร (กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล และศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2550)

ในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ปี 2524 – 2550 ครัวเรือนไทยบริโภคสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และยาสูบ) ในมูลค่าคงที่ ปี 2550 เพิ่มขึ้น 2 เท่า จาก 32,910 ล้านบาท ในปี 2524 เป็น 63,915 ล้านบาท ในปี 2550 โดยมีอัตราเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 5.7 ในมูลค่าจริง ในขณะที่ครัวเรือนจ่ายเงินเพื่อสุขภาพ (การรักษาพยาบาล) น้อยกว่าเพียง 60,861 ล้านบาท ในปี 2550 หรือเพิ่มขึ้น 2 เท่า ในอัตราเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 5.8 ในมูลค่าจริง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน, 2550)





2. การออกกำลังกายไม่เพียงพอ องค์การอนามัยโลกได้ประมาณว่า การไม่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอเป็นสาเหตุของโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 22 – 23 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 16 – 17 เบาหวาน ร้อยละ 15 หลอดเลือดสมอง ร้อยละ 12 – 13 ในประเทศไทยการขาดกิจกรรมทางกายเพียงพอเป็นสาเหตุของภาระโรคลำดับที่ 9 ทำให้สูญเสียร้อยละ 1.3 ของ DALY และสำนักงานสถิติแห่งชาติได้รายงานว่า ในปี 2550 คนไทยอายุ 11 ปีขึ้นไป ที่มีอาการป่วยในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 16.7 ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 68.5 และผู้ที่เข้าพักรักษาในสถานพยาบาลระหว่าง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 6.1 เป็นผู้ที่ไม่ออกกำลังกายถึงร้อยละ 74.2 อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายเพียงพอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 77.5 ในปี 2546 – 2547 เป็นร้อยละ 81.5 (41.2 ล้านคน) ในปี 2551 – 2552 ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค พบคนไทยอายุ 15 – 74 ปี ออกกำลังกายในระดับปานกลางและระดับหนักครั้งละนานกว่า 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30.9 ในปี 2548 เป็นร้อยละ 37.5 (16.3 ล้านคน) ในปี 2550

คนไทยมีกิจกรรมทางกายเพียงพอและออกกำลังกายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 81.5 ในปี 2551 – 2552 และร้อยละ 37.5 ในปี 2550 ตามลำดับ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 25 โรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 28 โรคหัวใจ ร้อยละ 40 และมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 40 และการไม่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอเป็นสาเหตุของโรคหัวใจร้อยละ 22 – 23 มะเร็งลำไส้ร้อยละ 16 – 17 เบาหวานร้อยละ 15 หลอดเลือดสมองร้อยละ 12 – 13

3. ปัญหาสุขภาพจิต (อารมณ์) จากการรายงานของบริษัทเซเรบอส แปซิฟิก จำกัด ได้สำรวจพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของประชาชนอายุ 15 – 60 ปี ในภูมิภาคเอเชีย 6 ประเทศ ได้แก่ จีน ฮ่องกง มาเลเซีย สิงคโปร์ ไต้หวัน และประเทศไทย พบว่ามีปัญหาทางด้านความเครียดเป็นอันดับหนึ่ง โดยมีสาเหตุมาจากปัญหาเศรษฐกิจรองลงมาเป็นความรับผิดชอบต่อครอบครัวและปัญหาเรื่องงาน ทั้งนี้จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ในปี 2551 พบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ประมาณ 1 ใน 5 มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป หญิงมีสัดส่วนของผู้มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปมากกว่าชาย ร้อยละ 18.43 และ 17.06 ตามลำดับ นอกจากนี้จากการสำรวจของศูนย์วิจัยมหาวิทยาลัยกรุงเทพ ปี 2552 มีวัยรุ่นอายุ 13–22 ปี ใน กทม. มีพฤติกรรมบั่นทอนสุขภาพโดยประมาณ 2 ใน 3 มีพฤติกรรมนอนดึกและพักผ่อนน้อย และ 1 ใน 4 มีปัญหาความเครียด

4. ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน จากพฤติกรรมการบริโภคเกินจำเป็น ขาดความสมดุลของพลังงานเข้าและออก ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสมได้ ทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน หรือเป็น

แนวโน้มความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของคนไทย เพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 20 ในช่วง 6 ปี ที่ผ่านมา ในปี 2551–2552 พบในเด็ก 1.6 ล้านคน ผู้ใหญ่ 17.6 ล้านคน และมีอ้วนลงพุง 16.2 ล้านคน โดยมีการใช้ยาลดความอ้วนเพิ่มขึ้น 5.5 เท่า เสี่ยงต่อการเกิดโรควิถีชีวิต

- *เอวที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 5 เซนติเมตร จะเพิ่มโอกาสเกิดโรคเบาหวาน 3–5 เท่า โรคเบาหวานในผู้หญิงอ้วนมีมากกว่าคนปกติ 8–10 เท่า และชาย 2 เท่า*
- *คนที่มีน้ำหนักเกินตั้งแต่ 13 กิโลกรัมขึ้นไป มีถึงร้อยละ 30 ที่มีปัญหาความดันโลหิตสูง*
- *คนอ้วนจะเป็นอัมพาต อัมพฤกษ์ และโรคหัวใจได้มากกว่าคนปกติถึง 2–4 เท่า*
- *ผู้หญิงอ้วนมีอัตราเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านม มดลูก รังไข่ เพิ่มขึ้น 3 เท่า จากคนปกติ ผู้ชายอ้วนมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ต่อมลูกหมากเพิ่มขึ้น*
- *คนอ้วนร้อยละ 30–40 มีอาการข้อกระดูกเสื่อมเร็วกว่าปกติ และเสี่ยงต่อการเป็นโรคเก๊าท์*
- *ถ้าลดน้ำหนักลงได้เพียงแค่ร้อยละ 5–10 ของน้ำหนักตัว จะสามารถลดความเสี่ยงที่เป็นโรคต่างๆ ได้ถึงร้อยละ 20 (โรคมะเร็ง ร้อยละ 37 โรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 9) ลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ถึงร้อยละ 44*

โรคอ้วนอันมีสาเหตุจากความนิยมบริโภคที่เน้นความอร่อยตามใจชอบมากกว่าคุณภาพและคุณค่าทางโภชนาการ กินแบบอิ่มเกินเพราะความเสียดายอาหารที่ต้องทิ้ง และกินให้คุ้มค่าจากการขยายตัวของการตลาดเชิงรุกจากการจำหน่ายอาหารแบบบุฟเฟ่ย์ ลดแลกแจกแถมเป็นกรณีพิเศษและเป็นประจำ กินอาหารไม่หลากหลาย กินผักและผลไม้น้อย กินขนมบรรเทาความหิวหรือรองท้องเป็นอาหารว่างหลังอาหารมื้อหลักหรือแทนอาหารมื้อหลักบางมื้อ กินอาหารเพราะอารมณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความหิวหรือเป็นเพียงความอยาก หรือกินตามโฆษณาชวนเชื่อเท่านั้น รวมทั้งการกินที่เพลิดเพลินร่วมกับการดูโทรทัศน์เล่นเกมส์และคอมพิวเตอร์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารขยะหรือจั๊งค์ฟูด (Junk Food) ที่อุดมไปด้วยสารอาหารที่ให้พลังงานเป็นส่วนใหญ่ เช่น น้ำตาล แป้ง ไขมัน แต่มีส่วนประกอบของโปรตีน วิตามิน เกลือแร่น้อยมาก ได้แก่ ขนมกรุบกรอบ ลูกอมหมากฝรั่ง ขนมหวาน อาหารขบเคี้ยว อาหารทอด อาหารจานด่วน น้ำอัดลม น้ำหวาน ซึ่งได้รับความนิยมมากขึ้นเรื่อยๆ ได้ก่อให้เกิดปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายแรงอื่นๆ ตามมามากมาย

องค์การอนามัยโลกรายงานในปี 2548 ว่า ประชากรโลกอายุ 15 ปีขึ้นไปน้ำหนักเกินมาตรฐาน ประมาณ 1,600 ล้านคน และมีผู้ใหญ่อ้วนมากถึง 400 ล้านคน ส่วนในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ประมาณ 20 ล้านคน โดยในปี 2558 ทั่วโลกจะมีผู้ใหญ่น้ำหนักเกินมาตรฐานประมาณ 2,300 ล้านคน และมีคนอ้วนประมาณ 700 ล้านคน โดยมีข้อมูลการศึกษาที่น่าสนใจว่า หลังจากพ้นวัยทารกแล้วเด็กผู้หญิงจะอ้วนมากกว่าเด็กผู้ชาย เด็กที่อ้วนเมื่ออายุ 6 ขวบขึ้นไป จะมีโอกาสเป็นผู้ใหญ่อ้วนร้อยละ 25 หากเด็กอ้วนเมื่ออายุ 12 ขวบ เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ก็จะมีโอกาสอ้วนได้มากถึงร้อยละ 75 นอกจากนี้จากการศึกษาติดตามเด็กอ้วนในระยะยาวพบว่า 1 ใน 3 ของเด็กที่อ้วนในวัยก่อนเรียน และครึ่งหนึ่งของเด็กที่อ้วนในวัยเรียน จะยังคงอ้วนเมื่อเป็นผู้ใหญ่ หากยังอ้วนเมื่อเป็นวัยรุ่น โอกาสที่จะเป็นผู้ใหญ่อ้วนจะยิ่งสูงมากขึ้น ความอ้วนทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาเรื่องความดันโลหิต ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง ไตวายเรื้อรัง นิ่วในถุงน้ำดี โรคเก๊าท์ กระดูกและข้อเสื่อม ทำให้ขาอ่อนแอโก่งโค้งและทำให้บริเวณข้อเข่าอักเสบ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 หากอ้วนรุนแรงมีผลกระทบต่อโรคทางเดินหายใจอุดกั้นและหยุดหายใจขณะหลับ การหลั่งของฮอร์โมนผิดปกติ รวมทั้งปัญหาด้านจิตใจและสังคม



สำหรับประเทศไทย แนวโน้มคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (ดัชนีมวลกาย หรือ Body Mass Index - BMI ≥ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.6 ในปี 2546 – 2547 เป็นร้อยละ 34.7 (17.6 ล้านคน ชายร้อยละ 28.4 หญิงร้อยละ 40.7) ในปี 2551 – 2552 และมีภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอว ≥ 90 เซนติเมตร ในชาย และ ≥ 80 เซนติเมตร ในหญิง) เพิ่มขึ้นเช่นกันจากร้อยละ 26.0 เป็นร้อยละ 32.1 (16.2 ล้านคน ชายร้อยละ 18.6 หญิงร้อยละ 45) โดยมีการใช้ยาลดความอ้วนเพิ่มขึ้น 5.5 เท่า จากร้อยละ 0.2 เป็นร้อยละ 1.1 โดยกลุ่มวัยรุ่นหญิงอายุ 15 – 29 ปี ใช้ยาลดความอ้วนมากที่สุด และเพิ่มสูงขึ้นถึง 16.3 เท่า จากร้อยละ 0.1 เป็นร้อยละ 4.9 ในช่วงเวลาเดียวกัน และใช้ยาลดลงในกลุ่มอายุที่มากขึ้น ทั้งนี้จากการสำรวจของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในปี 2550 พบว่า ค่าใช้จ่ายในการลดน้ำหนักอยู่ระหว่าง 900 – 2,600 บาทต่อเดือน ขึ้นอยู่กับวิธีการที่ใช้ โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีไปรับบริการที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลลดน้ำหนัก มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 2,555 บาทต่อเดือน รองลงมาคือ ซื้ออาหารหรือยาลดน้ำหนักมากินเอง มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยประมาณ 1,200 บาทต่อเดือน โดยมีมูลค่าการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารผ่านสื่อต่างๆ เพิ่มขึ้นจาก 890.6 ล้านบาท ในปี 2545 เป็น 2,112.1 ล้านบาท ในปี 2552 หรือเพิ่มขึ้น 2.3 เท่า ในช่วง 7 ปีที่ผ่านมา เป็นการโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารเสริมบำรุงร่างกายมากที่สุด 1,120.1 ล้านบาท รองลงมาเป็นวิตามินเสริมอาหาร 877.6 ล้านบาท และอาหารลดน้ำหนัก 114.5 ล้านบาท (บริษัท Media Spending, 2552)

นอกจากนี้จากการศึกษาหลายแห่งบ่งชี้ได้ว่าปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็กไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยพบว่าเด็กไทยอยู่ในภาวะโภชนาการเกินเพิ่มขึ้นปีละ 5 หมื่นคน เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อ้วนเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า ในระยะเวลาเพียง 6 ปี ในปี 2551-2552 มีเด็กอายุ 1-5 ปี และเด็กอายุ 6-9 ปี ร้อยละ 11-12 มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ท้วมถึงอ้วน และสัดส่วนนี้เป็นร้อยละ 14.9 เมื่ออายุ 10-14 ปี รวมทั้งสิ้นประมาณ 1.6 ล้านคน พบใน กทม. และภาคกลางสูงกว่าภาคอื่นๆ และในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขตเทศบาล จากความนิยมในการบริโภคเครื่องดื่ม นมหวาน น้ำอัดลม ขนม ลูกอมที่มีรสหวาน ซึ่งเด็กจะได้รับอิทธิพลของสื่อโฆษณา โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการดูโฆษณาในโทรทัศน์จากการวางแผนการตลาดที่ดี การกำหนดรูปลักษณ์ให้ชวนกิน ใช้กลยุทธ์ด้านราคา การวางขายแบบกระจายทั่วหาซื้อง่าย การมีของแถมของเล่นที่มากับขนมและเครื่องดื่มเพื่อจูงใจ ในขณะที่ยังประสบกับปัญหาการควบคุมให้มีฉลากโภชนาการบนซองขนมเด็กได้ไม่ถึงร้อยละ 30 ของขนมเด็กทั้งหมด รวมทั้งสัญลักษณ์ ขนาดตัวอักษร เนื้อหาภาษาของฉลากโภชนาการที่มีอยู่ ก็ยังไม่สามารถสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและครบถ้วนเพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกซื้อและบริโภคได้อย่างเหมาะสม ในขณะที่ยังมีโรงเรียนที่ไม่มีน้ำดื่มให้เด็กฟรี และยังมีน้ำอัดลมขายในโรงเรียน ถึงแม้ว่าจะมีมาตรการห้ามขายน้ำอัดลม โดยโรงเรียนทำการขายเอง และให้บริษัทมาประมูลขายผูกขาดเพียงเจ้าเดียว มีขนมกรุบกรอบ ขนมซองขายในโรงเรียนและหน้าโรงเรียน ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในเด็กมากขึ้น ทั้งนี้จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาบ่งชี้ว่าเด็กดูโทรทัศน์วันละ 2-4 ชั่วโมง จะอ้วนเกินปกติ เสี่ยงที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูง อันทำให้กลายเป็นโรคหัวใจและอัมพาตต่อไปได้สูงกว่าปกติ 2.5 เท่า หากมากกว่าวันละ 4 ชั่วโมง จะยิ่งเสี่ยงสูงขึ้นเป็น 3.3 เท่า สำหรับเด็กไทยใช้เวลานอกเหนือจากการเรียนและกิจวัตรประจำวัน 1 ใน 5 ไปกับการดูโทรทัศน์ โดยรายการการ์ตูนเป็นที่นิยมของเด็กในเช้าวันเสาร์ - อาทิตย์ ใช้เวลา 1 ใน 4 เป็นการโฆษณา และ 2 ใน 3 เป็นการโฆษณาขนมเด็ก หรือคิดเป็นร้อยละ 15 ซึ่งเป็นกลุ่มขนมขบเคี้ยว มันฝรั่ง ข้าวเกรียบ ขนมปังอบกรอบ มีความถี่ในการโฆษณาสูงที่สุด รวมทั้งการใช้เวลาไปกับการเล่มเกมส์คอมพิวเตอร์และใช้อินเทอร์เน็ต ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคขนมที่อุดมด้วยแป้งและไขมัน และไม่เคลื่อนไหวออกกำลังกาย ทำให้เด็กยิ่งก้าวเข้าไปใกล้ภาวะโภชนาการขาดสมดุลมากขึ้นเรื่อยๆ



ส่วนที่ 3 สถานการณ์ความรุนแรงของโรควิถีชีวิต

1. โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation) คาดการณ์ว่า มีผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุระหว่าง 20 – 79 ปี ทั่วโลก 285 ล้านคน ในปี 2553 และจะเพิ่มขึ้นเป็น 438 ล้านคน ในอีก 20 ปีข้างหน้า ในจำนวนนี้ 4 ใน 5 เป็นชาวเอเชีย เฉพาะภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้คาดว่าจะเพิ่มจาก 58.7 ล้านคน เป็น 101 ล้านคนในปี 2573 นอกจากนี้ มีเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี จำนวน 4.4 แสนคน จากทั่วโลกป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 1 (เบาหวานชนิดที่ต้องพึ่งอินซูลินมักพบในเด็ก ต้องรักษาด้วยการฉีดอินซูลินทุกวัน) และแต่ละปีมีเด็กมากกว่า 70,000 คน กำลังพัฒนาสู่การเป็นเบาหวานชนิดนี้ โดยพบในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มากที่สุด และเด็กที่เป็นเบาหวานจะมีอายุสั้นลงอีก 10 – 20 ปี

สำหรับประเทศไทย ในช่วงปี 2546 – 2547 และปี 2551 – 2552 แนวโน้มความชุกของโรคเบาหวานคงเดิมร้อยละ 6.9 (3.5 ล้านคน) ความชุกในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 7.7 และ 6) แต่มีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 44.3 เป็นร้อยละ 68.8 และในส่วนของการรักษาสามารถควบคุมได้ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.2 เป็นร้อยละ 28.5 ตามลำดับและจากการตรวจคัดกรองคนไทยอายุ 35 ปีขึ้นไป ในปี 2552 จำนวน 21 ล้านคน พบผู้ป่วยเบาหวาน 1.4 ล้านคน (ร้อยละ 6.8) และกลุ่มเสี่ยง 1.7 ล้านคน (ร้อยละ 8.2) กลุ่มผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน 107,225 คน (ร้อยละ 10) ทั้งทางตา ร้อยละ 38.5 เท้า ร้อยละ 31.6 และไต ร้อยละ 21.5 และคาดประมาณว่าในปี 2568 จะพบผู้ป่วยถึง 4.7 ล้านคน เสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 52,800 คน ภาวะแทรกซ้อนทางตาทำให้มีสายตาเลือนลางและอาจตาบอดในที่สุด ประมาณร้อยละ 2 หากเป็นมานานกว่า 15 ปี ในวัยทำงาน ถ้ามีการตรวจรักษาตาในระยะที่เหมาะสมสามารถลดโอกาสตาบอดได้ถึงร้อยละ 50 และทำให้เป็นแผลเรื้อรังบริเวณเท้า ต้องตัดเท้าหรือขา ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองสูงเป็น 2 – 4 เท่า เมื่อเทียบกับคนปกติ และมากกว่าครึ่งของผู้ป่วยเบาหวานพบความผิดปกติของปลายระบบประสาท ผู้ชายเกินกว่าครึ่งเสื่อมสมรรถภาพทางเพศมีสาเหตุจากโรคเบาหวาน

ในปี 2551 – 2552 คนไทยป่วยเป็นโรคเบาหวาน 3.5 ล้านคน แต่มีถึง 1.1 ล้านคนไม่ทราบว่าตนเองป่วย และไม่สามารถควบคุมได้ 1.7 ล้านคน ผู้ป่วยเบาหวานเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองสูงถึง 2 – 4 เท่า มากกว่าครึ่งพบความผิดปกติของระบบประสาท และเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ชาย เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา เท้า และไต

ดังนั้นหากสามารถป้องกันควบคุมการเกิดของปัจจัยเสี่ยงร่วม ก็จะสามารถลดโรคได้อีกหลายโรค โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่สำคัญ คือการลดน้ำหนักให้อยู่ในระดับดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ปกติ และออกกำลังกายสม่ำเสมอ ทำให้ความเสี่ยงจากการเกิดโรคเบาหวานลดลงถึงร้อยละ 58 และถ้าใช้ยา (Metformin) จะมีความเสี่ยงลดลงร้อยละ 31 ดังนั้น การปรับวิถีชีวิตโดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มป่วย จึงเป็นสิ่งที่ทุกฝ่ายต้องให้ความสำคัญเพื่อสกัดกั้นปัญหาดังกล่าว



2. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

ความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาที่กำลังขยายตัวอย่างรวดเร็วในประเทศเศรษฐกิจเกิดใหม่ ที่ใช้ระบบเศรษฐกิจแบบตะวันตก องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงประมาณ 1,000 ล้านคนทั่วโลก ขณะที่เครือข่ายความดันโลหิตสูงโลก (World Hypertension League) พบว่า 1 ใน 4 ของพลโลกทั้งชายและหญิงมีภาวะความดันโลหิตสูง มีส่วนทำให้คนทั่วโลกเสียชีวิตปีละ 7.1 ล้านคน มีผลกระทบไม่เฉพาะแต่คนสูงอายุ แต่ได้รุกเข้าสู่วัยทำงานมากขึ้น โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นและเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นตัวการสำคัญต่อการป่วยเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตในคนไทยและคนจีน ซึ่งจะกลายจากผู้ขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสร้างรายได้หลักเป็นผู้รับสวัสดิการสังคมในระยะยาวแทน โดยความดันโลหิตในทุกๆ 10 มิลลิเมตรปรอทที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความเสี่ยงในกลุ่มคนไทยและจีนจะเพิ่มสูงประมาณร้อยละ 35 ในขณะที่กลุ่มชาวตะวันออกจะเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 25 เท่านั้น นอกจากนี้ยังทำให้ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 และโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 เมื่อนำมาประเมินภาระโรค พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกเกิดจากความดันโลหิตที่มากกว่า 115 มิลลิเมตรปรอท ทั้งนี้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมักมีคอเรสเตอรอลสูงกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตปกติประมาณ 6 – 7 เท่า และเมื่อผู้ป่วยที่มีปัญหาทั้งสองชนิดรวมกัน ก็เสี่ยงที่จะพัฒนาให้เป็นโรคหัวใจมากขึ้นกว่า 2 เท่า โดยผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะพัฒนาไปสู่การเป็นโรคหัวใจแล้ว ยังมีโอกาสมากกว่าร้อยละ 18 – 50 ในการพัฒนาไปสู่โรคเบาหวานด้วย เมื่อเทียบกับผู้ที่มีปัญหาหรือความเสี่ยงเพียงอย่างเดียว ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 2 – 4 เท่าของผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ

ในช่วงปี 2551 – 2552 คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.4 หรือ 10.8 ล้านคน โดยมีถึง 5.4 ล้านคน ไม่ทราบว่าป่วย และผู้ที่ป่วยสามารถควบคุมได้เพียง 1.1 ล้านคน ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมักมีคอเรสเตอรอลสูงกว่าคนปกติประมาณ 6 – 7 เท่า เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 และ 25 ตามลำดับ และมีโอกาสเสียชีวิตจากหัวใจวายถึงร้อยละ 60 – 75 หลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตันร้อยละ 20 – 30 ไตวาย ร้อยละ 5 – 10 ทำให้เป็นอัมพาตและเสียชีวิตมากกว่าคนปกติถึง 5 เท่า และ 2 – 4 เท่า ตามลำดับ

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 22 ในปี 2546 – 2547 เป็นร้อยละ 21.4 (10.8 ล้านคน) ในปี 2551 – 2552 ผู้ชายและผู้หญิงมีภาวะความชุกใกล้เคียงกัน โดยมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 28.6 เป็นร้อยละ 49.7 ทั้งในส่วนของการรักษาและสามารถควบคุมได้ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.6 เป็นร้อยละ 20.9 ตามลำดับ นอกจากนี้จากการตรวจคัดกรองสุขภาพคนไทยอายุ 35 ปีขึ้นไป ทั่วประเทศในปี 2552 ทั้งสิ้น 21.2 ล้านคน พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2.2 ล้านคน (ร้อยละ 10.2) และกลุ่มเสี่ยง 2.4 ล้านคน (ร้อยละ 11.4) กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อน 93,144 คน (ร้อยละ 6.2) ทั้งทางหัวใจ ร้อยละ 26.8 สมอง ร้อยละ 23 ไต ร้อยละ 21.8 และตา ร้อยละ 17.5

สมาคมแพทย์โรคหัวใจของอเมริกาได้แนะนำให้ลดพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญคือ ลดการบริโภคอาหารที่มีรสเค็มมากเกินไป ออกกำลังกายพอประมาณ หลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมันอิ่มตัว คอเรสเตอรอลสูง รับประทานอาหารที่มีกากไยอาหารสูง มีแร่ธาตุสารอาหารที่จำเป็น โดยเฉพาะโปแตสเซียมและแมกนีเซียม พักผ่อนเพียงพอ ลดเครียด ลดน้ำหนัก ลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และหยุดสูบบุหรี่

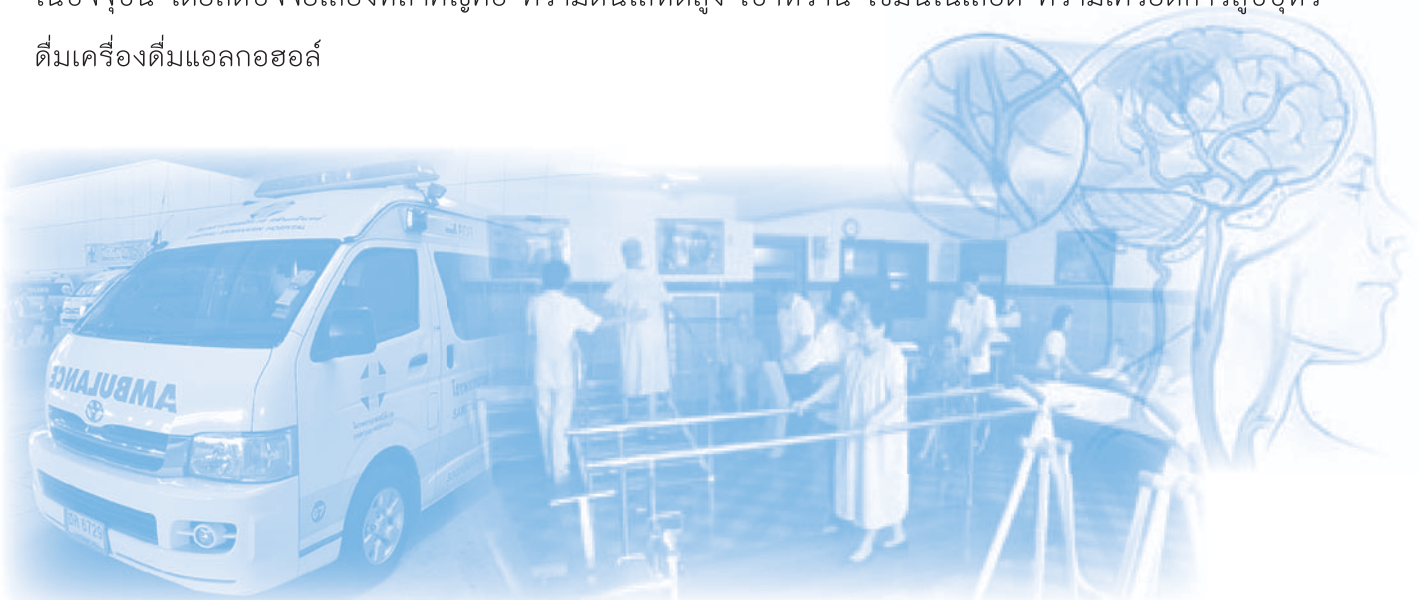
3. โรคหัวใจ (Heart Diseases) ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจมีหลายสาเหตุทั้งทางพันธุกรรม ความเสื่อมหรือความบกพร่องของร่างกายตามเพศ อายุ การสูบบุหรี่ ไขมันคอเลสเตอรอล ความอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และความเครียด หากมีปัจจัยเสี่ยงมากก็ยิ่งมีโอกาสเกิดโรคมากเป็นทวีคูณ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่มคนวัยทำงานและคนวัย 40 ปี ขึ้นไป องค์การอนามัยโลกกำหนดให้โรคหัวใจเป็นภัยร้ายแรงคร่าชีวิตมนุษย์ทั่วโลก 792 คนต่อวัน หรือชั่วโมงละ 33 คน ในขณะที่ในปี 2551 – 2552 คนไทยเสียชีวิตเฉลี่ย 50 คนต่อวัน หรือชั่วโมงละ 2 คน และเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน เฉลี่ย 1,185 รายต่อวัน และจากการสำรวจสุขภาพพบคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกของปัจจัยเสี่ยงโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด 3 ปัจจัยขึ้นไป ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อ้วน สูบบุหรี่ และคอเลสเตอรอลรวมสูง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.6 ในปี 2546 – 2547 เป็นร้อยละ 8.4 (4.3 ล้านคน) ในปี 2551 – 2552 โดยมีความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายร้อยละ 1.4 และร้อยละ 1.9 ของคนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ผู้ชายและหญิงมีความชุกใกล้เคียงกัน ความชุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ซึ่งมีร้อยละ 5.8 นอกจากนี้ จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรังของกรมควบคุมโรค ปี 2548 – 2550 คนไทยอายุ 15 – 74 ปี พบความชุกของโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.1 (0.5 ล้านคน) เป็นร้อยละ 1.5 (0.7 ล้านคน) ทั้งนี้ผลการสำรวจพฤติกรรมคนไทยล่าสุดพบว่า มีความเสี่ยงป่วยโรคหัวใจสูงร้อยละ 86 นิยมรับประทานอาหารไขมันสูงทำให้มีไขมันสะสมในเส้นเลือดแดง ทำให้เกิดโรคหัวใจและเส้นเลือดตีบและเสียชีวิตก่อนวันอันควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหัวใจขาดเลือดที่เกิดจากหลอดเลือดตีบจากภาวะคอเลสเตอรอลหรือไขมันในเลือดสูง การสร้างค่านิยมลดความเสี่ยง จากปัจจัยด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่และสุรา ด้วยการ กินดี ไร้พุง งดอาหารที่มีรสมัน อาหารไขมันสูง การคุมระดับไขมันคอเลสเตอรอลในเลือด อาหารหวานจัด น้ำตาล น้ำอัดลม และเค็มเกินไป เพิ่มการกินผักและผลไม้ที่มีรสหวานไม่มาก ลด ละ เลิกการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ควบคุมอารมณ์ ไม่เครียด ไม่โกรธ ฉุนเฉียวง่าย ทำจิตใจให้สงบ แจ่มใส มองโลกในแง่ดี ทำสมาธิ ทำชีวิตให้มีความสุข การปรับพฤติกรรมดังกล่าวสัมพันธ์กับการควบคุมเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิตสูงให้อยู่ในภาวะที่ปกติจะช่วยชะลอการเป็นโรคหัวใจขาดเลือด อัมพาต ไตวายได้

ในช่วงปี 2548 – 2552 คนไทยป่วยเป็นโรคหัวใจต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น 1.3 เท่า เฉลี่ย 1,185 รายต่อวัน ในจำนวนนี้ปัญหาที่สำคัญคือ โรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นเช่นกัน เฉลี่ย 470 รายต่อวัน เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจเฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน โดยมีความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจในคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 1.4 และกลุ่มเสี่ยง 4.3 ล้านคน



4. โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease) หรือโรคอัมพาต อัมพฤกษ์ (Stroke) องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่าทุกปีจะมีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก โดยมีผู้ป่วยประมาณ 5 ล้านคน พิการถาวร และอีกกว่า 5 ล้านคน เสียชีวิต ซึ่ง 2 ใน 3 ของผู้เสียชีวิตอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2563 ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอีก 2 เท่า สำหรับประเทศไทยได้คาดการณ์ว่ามีผู้ป่วยรายใหม่ในแต่ละปีไม่ต่ำกว่า 150,000 ราย และในปี 2548–2550 พบคนไทยอายุ 15–74 ปี มีความชุกของโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.9 (0.4 ล้านคน) เป็นร้อยละ 1.1 (0.5 ล้านคน) จากการศึกษาภาระโรคในปี 2547 พบว่า โรคหลอดเลือดสมองทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ หรือเป็นภาระทางสุขภาพอันดับหนึ่งในหญิงไทยและเป็นอันดับ 3 ของชายไทย มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นมาตลอดในปี 2551 มีการเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ เฉลี่ย 446 รายต่อวัน ผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงเพิ่ม 3–17 เท่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเสี่ยงเพิ่ม 3 เท่า การสูบบุหรี่เสี่ยงเพิ่ม 2 เท่า ไขมันคอเรสเตอรอลในเลือดสูงเสี่ยงเพิ่ม 1.5 เท่าและผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 1 ปัจจัย จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นแบบทวีคูณและเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมของการเกิดโรคอื่นๆ ได้แก่ หัวใจขาดเลือด โรคสมองเสื่อม โรคหลอดลมอุดตันเรื้อรัง และมะเร็ง เป็นต้น โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมง เพียงร้อยละ 1.96 เท่านั้น ร้อยละ 10–20 เป็นการเสียชีวิตแบบเฉียบพลันทันที ที่เหลือเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนหลังจากมีอาการโรคอีก 1–2 เดือน ถ้ารอดชีวิตก็มักจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้อัตราการเสียชีวิตและความพิการมีสูงมาก แม้ว่าโรคนี้จะเป็นปัญหาที่ใหญ่มาก แต่การรักษาในปัจจุบันกลับไม่มีวิธีการรักษาที่ได้ผลดี การป้องกันไม่ให้เกิดโรคจึงเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในปัจจุบัน โดยลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือด ความเครียดการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

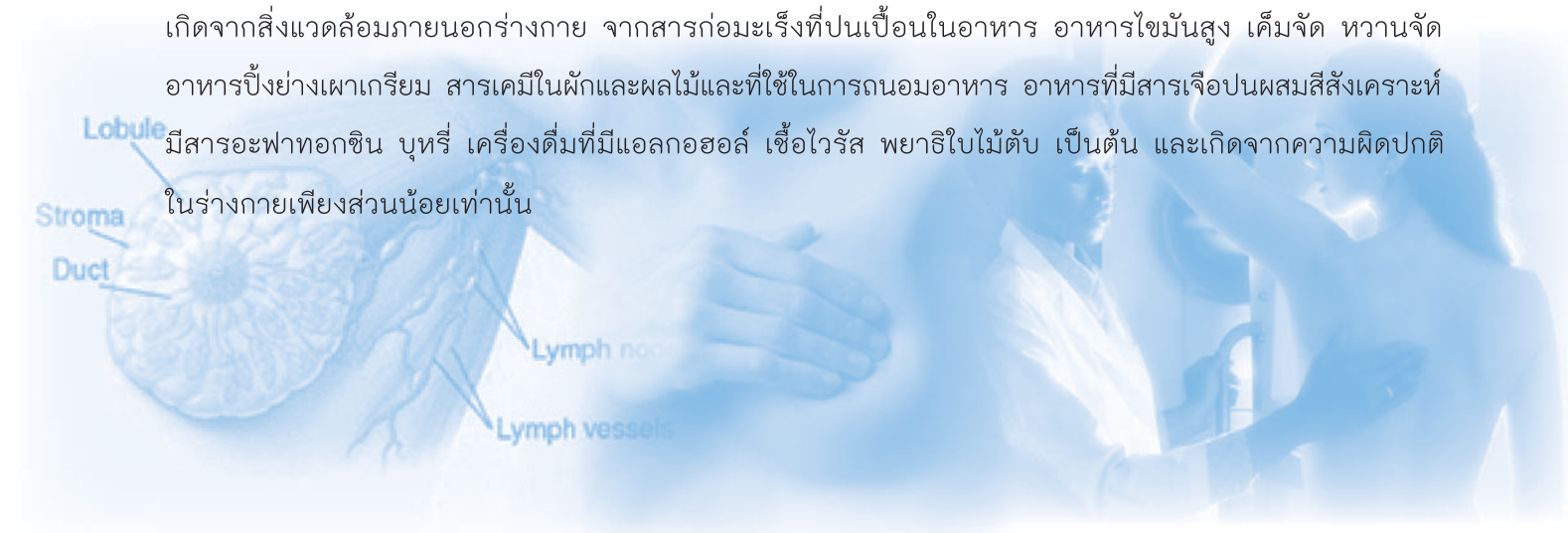
คนไทย อายุ 15 – 74 ปี ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต เพิ่มขึ้นเป็น 5 แสนคน ในปี 2550 คาดว่ามีผู้ป่วยรายใหม่ในแต่ละปีไม่ต่ำกว่า 150,000 ราย เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน เฉลี่ย 446 รายต่อวัน เสี่ยงที่จะเป็นประมาณ 10 ล้านคน เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะในหญิงเป็นอันดับ 1 ในชายเป็นอันดับ 3 ส่วนหนึ่งเสียชีวิตทันที ถ้ารอดชีวิตส่วนใหญ่มีความพิการ



5. โรคมะเร็ง (Cancer) โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตร้อยละ 13 ของคนเสียชีวิตทั่วโลก มีผู้ป่วยมะเร็งมากกว่า 18 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 9 ล้านคนในทุกๆ ปี ทุกๆ 6 วินาที จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง 1 คน และองค์การอนามัยโลกได้คาดว่าในปี 2563 ทั่วโลกจะมีคนเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 11 ล้านคน และจะเกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนามากกว่า 7 ล้านคน โรคมะเร็งที่พบบ่อย 6 อันดับแรกของโลกคือ มะเร็งปอด กระเพาะอาหาร เต้านม ลำไส้ใหญ่ ตับ และมดลูก ตามลำดับ

จากสถิติการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยโรคมะเร็งปี 2548 – 2551 มีอัตราเพิ่มขึ้นถึง 1.2 เท่า ในปี 2551 ในอัตรา 505 ต่อประชากรแสนคน หรือเฉลี่ย 874 รายต่อวัน และอัตราตายเพิ่มขึ้น 1.1 เท่า เป็น 88 ต่อประชากรแสนคน หรือเฉลี่ย 154 คนต่อวัน ในปี 2552 นอกจากนี้ การคาดการณ์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี 2551 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 120,000 ราย และประมาณการว่าจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 50 ในช่วง 10 ปี โดยมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรก คือ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทั้งนี้ปัจจุบันพบผู้หญิงเป็นมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นมาโดยตลอด เริ่มพบมากในสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป และพบสูงสุดในอายุ 45 ปี โดยเกือบร้อยละ 50 อยู่ในระยะที่มีการกระจายในต่อมน้ำเหลืองแล้ว อย่างไรก็ตาม ในช่วงปี 2546–2547 และ 2551–2552 สตรีอายุ 15–59 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32.4 เป็นร้อยละ 42.5 และมีการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 48.7 เป็นร้อยละ 60.7 นอกจากนี้ การตรวจแมมโมแกรมในสตรีอายุ 40–59 ปี ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.7 เป็นร้อยละ 3.9 ตามลำดับ โรคนี้สามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตไม่ให้เสี่ยง และสามารถรักษาให้หายได้หากตรวจพบตั้งแต่ระยะก่อนเป็นมะเร็ง หรือในระยะเริ่มแรก แต่ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ในระยะลุกลามแล้ว ทั้งนี้ สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งที่สำคัญ ส่วนมากเกิดจากสิ่งแวดล้อมภายนอกร่างกาย จากสารก่อมะเร็งที่ปนเปื้อนในอาหาร อาหารไขมันสูง เค็มจัด หวานจัด อาหารปิ้งย่างเผาเกรียม สารเคมีในผักและผลไม้และที่ใช้ในการถนอมอาหาร อาหารที่มีสารเจือปนผสมสีสังเคราะห์ มีสารอะฟาทอกซิน บุหรี่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เชื้อไวรัส พยาธิใบไม้ตับ เป็นต้น และเกิดจากความผิดปกติในร่างกายเพียงส่วนน้อยเท่านั้น

> *คนไทยป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในช่วง 4 – 5 ปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้น ถึง 1.2 เท่า และ 1.1 เท่า เฉลี่ย 874 ราย ต่อวัน และ 154 คนต่อวัน ตามลำดับ คาดว่าจะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 120,000 ราย และจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ในช่วง 10 ปี ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงจากพฤติกรรมการบริโภคไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และยังไม่สามารถตรวจคัดกรองและรักษามะเร็งต่างๆ ได้ครอบคลุมและทันการณ์*



หากพิจารณาถึงปัจจัยเสี่ยงร่วมของโรควิถีชีวิตที่มีความสัมพันธ์กัน พบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกของภาวะไขมันในเลือดสูง (ภาวะไขมันคอเลสเตอรอลรวม ≥ 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.5 ในปี 2546 – 2547 เป็นร้อยละ 19.4 (9.8 ล้านคน) ในปี 2551 – 2552 ความชุกในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 21.4 และ 16.7) และเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น แต่ทราบว่าป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.9 เป็นร้อยละ 27.3 และสามารถควบคุมได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.2 เป็นร้อยละ 14.8 ตามลำดับ ตลอดจนภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic Syndrome) ที่มีภาวะ 3 ใน 5 ของภาวะอ้วนลงพุง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง (Triglyceride) และไขมัน HDL-C ต่ำ (High Density Lipopotien – Cholesterol) ที่พบความชุกในปี 2551 – 2552 ร้อยละ 21.1 (10.7 ล้านคน) พบในหญิงมากกว่าชาย (ผู้หญิงร้อยละ 23.9 และผู้ชายร้อยละ 18.1)

ด้วยข้อเท็จจริงเชิงประจักษ์ดังกล่าวข้างต้น สามารถกล่าวได้ว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้หรือโรควิถีชีวิต ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ หลอดเลือดสมอง มะเร็ง ยังคงเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่สำคัญในอันดับแรกของประเทศและมีแนวโน้มที่สูงขึ้น บั่นทอนสุขภาพและคุณภาพชีวิต และสร้างความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจอย่างมากมาย ที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบที่สำคัญจากการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ทั้งทางด้านอาหาร เครื่องดื่ม บุหรี่ สุรา ขาดการออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกายที่เพียงพอ และไม่สามารถจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้อย่างเหมาะสม หากยังขาดความตระหนัก ความเข้าใจ เข้าถึงแก่นแท้ของปัญหา และการพัฒนาที่มีทิศทางอย่างถูกต้องเหมาะสมและเข้มแข็ง จะก่อให้เกิดการสูญเสียสุขภาพ ชีวิต และมีภาระค่าใช้จ่ายตามมาอย่างมหาศาล ทั้งนี้ หากประมาณการคนไทยป่วยด้วยโรควิถีชีวิตทั้ง 5 โรค รวม 18.25 ล้านคนต่อปี มารับบริการที่สถานพยาบาลจะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้นประมาณ 335,359 ล้านบาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 2.94 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ การสกัดกั้นปัญหาข้างต้นจะต้องสร้างวิถีชีวิตที่พอเพียง มีภูมิคุ้มกันทั้งทางด้านวัตถุ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม สู่การมีสุขภาพดีของทุกคน และสุขภาวะของทั้งสังคม บนพื้นฐานปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงและสุขภาพพอเพียงด้วยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างจริงจัง (ดูสรุปภาพรวมกรอบสถานการณ์และแนวโน้มปัญหาโรควิถีชีวิตในแผนภูมิที่ 1.4)



การบริโภคผักและผลไม้น้อย

- WHO คาดว่า การบริโภคผักและผมไม้ที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานในประเทศกำลังพัฒนา ทำให้ประชากรเสียชีวิตมากกว่า 2.5 ล้านคนต่อปี และสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โรคเส้นเลือดในสมองตีบ และโรคมะเร็ง
- ในปี 2546 เด็กไทยอายุ 1 – 5 ปี เพียง 1 ใน 3 กินผักและผลไม้ทุกวัน ส่วนเยาวชนไทยอายุ 15 – 29 ปี ทั้งหญิงและชายกินผักและผลไม้เฉลี่ย 285 และ 320 กรัม/คน/วัน ต่ำกว่ามาตรฐานที่ WHO กำหนด 400 – 600 กรัม/คน/วัน (5-7.5 ถ้วยมาตรฐาน) ในปี 2551 – 2 เด็กไทยอายุ 2 – 14 ปี กินผักและผลไม้เฉลี่ย 0.7 และ 1.3 ส่วนมาตรฐาน/วัน ตามลำดับ มีเพียงร้อยละ 6.3 ของเด็กที่กินผักและผลไม้รวมกันได้ 5 ส่วนมาตรฐานขึ้นไปต่อวัน
- คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป กินผักและผลไม้น้อยลง เฉลี่ยเพียงวันละ 3 ส่วนมาตรฐาน มีความชุกของการกินผักและผลไม้ปริมาณต่อวันเพียงพอตามข้อแนะนำ (รวม ≥ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) ลดลงจากร้อยละ 21.7 ในปี 2546 – 7 เป็นร้อยละ 17.7 (9 ล้านคน) ในปี 2551 – 2
- ผักและผลไม้ที่บริโภคในประเทศและที่ส่งออกไปต่างประเทศ ในปี 2546 – 9 พบสารพิษตกค้างเกินมาตรฐานร้อยละ 4.0 – 8.2 แต่ปี 2553 พบสารเคมีกำจัดแลงที่นอกเหนือจากประกาศ อย. ในผักและผลไม้สดที่นำเข้าจากต่างประเทศถึงร้อยละ 16.7

การบริโภคหวาน เค็ม มันมากเกินไป

- ในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา คนไทยบริโภคน้ำตาลเพิ่มสูงขึ้นเกือบ 3 เท่า เป็น 36.4 กก./คน/ปี ในปี 2550 เกินเกณฑ์มาตรฐานโภชนาการของ WHO 15 – 20 กก./คน/ปี
- เด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี ปี 2546 เกือบ 2 ใน 3 บริโภคน้ำตาลเฉลี่ยวันละ 30.4 กรัม (8 ช้อนชา) และ 1 ใน 4 บริโภคน้ำตาลมากกว่าวันละ 40 กรัม (10 ช้อนชา) เกินกว่าเกณฑ์มาตรฐานแนะนำ 24 กรัม/คน/วัน (6 ช้อนชา)
- คนไทยอายุ 6 ปีขึ้นไป ประมาณ 2 ใน 3 ดื่มน้ำอัดลมและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน โดยดื่มทุกวันถึงร้อยละ 25.3 เด็กวัยรุ่นอายุ 13–22 ปีใน กทม. 1 ใน 2 ชอบกินอาหารฟาสต์ฟูด (ปี 2552) เด็กประถมศึกษากินขนมกรุบกรอบเป็นประจำเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 38.1 (ปี 2551) โดยมีการโฆษณาน้ำอัดลมและขนมขบเคี้ยวในปี 2551 มูลค่าถึง 4,506 ล้านบาท มีสัดส่วนถึงเกือบ 1 ใน 3 ของมูลค่าการโฆษณาอาหารทั้งหมด ประมาณการว่าเด็กและเยาวชนไทยใช้จ่ายเงินซื้อขนมขบเคี้ยวคนละ 9,800 บาทต่อปี หรือ 170,000 ล้านบาทต่อปี
- เด็กประถมถึงอุดมศึกษา ปี 2550 – 1 ใช้เวลากับสื่อประเภทต่าง ๆ สูงมากถึงวันละ 6 – 7 ชม. โทรทัศน์ราว 3 ชม. อินเทอร์เน็ตกว่า 2 ชม. และโทรศัพท์อีก 1 ชม.ครึ่ง หรือเท่ากับครึ่งชีวิตยามตื่นของเด็ก
- คนไทยได้รับโซเดียมคลอไรด์ ปี 2550 เฉลี่ย 10,879 ± 2,604 มก./คน/วัน (มีโซเดียมประมาณ 3,310 - 5,393 มก./คน/วัน ไม่ควรบริโภคเกิน 2,400 มก./คน/วัน) มีผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงรสที่ครัวเรือนใช้ในปริมาณเฉลี่ยมากใน 5 ลำดับแรก ได้แก่ น้ำปลา ซีอิ๊วขาว เกลือ กะปิ และซอสหอยนางรม
- ประชาชน กทม. และปริมณฑล ปี 2552 ร้อยละ 80.1 รับประทานอาหารนอกบ้านตามแผงลอยหรือรถเข็น มีปัญหาภาชนะที่ใส่อาหารไม่สะอาด มีสิ่งแปลกปลอมในอาหารและอาหารไม่สดมากกว่าร้อยละ 60

การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา

- ทั่วโลกมีคนสูบบุหรี่ 1,100 ล้านคน ประเทศไทย ปี 2551 – 2 มีความชุกของการสูบบุหรี่ของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 23.7 (12 ล้านคน) สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 19.9 (10 ล้านคน) (ลดลงจากปี 2546 – 7 ที่มีความชุกถึงร้อยละ 25.3) มีแนวโน้มการเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยลง อายุเฉลี่ย 18.6 ปี และผู้ไม่สูบบุหรี่ได้รับควันบุหรี่มือสอง ร้อยละ 78 ในขณะที่ปี 2542 – 50 ภาษีสรรพสามิตจากบุหรี่เพิ่มขึ้นมากกว่าเท่าตัว เป็น 41,528 ล้านบาท และต้นทุนการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัว เป็น 53,674 ล้านบาท ในปี 2550
- ทั่วโลกมีคนดื่มสุราประมาณ 2,000 ล้านคน ประเทศไทย ปี 2551 – 2 ความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 45.3 (23 ล้านคน) ดื่มตั้งแต่ระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป ร้อยละ 7.3 (3.7 ล้านคน) และดื่มอย่างหนัก ร้อยละ 17.6 (8.9 ล้านคน) (ลดลงจากปี 2546 – 7 ที่มีความชุกถึงร้อยละ 9.2 และ 44.6 ตามลำดับ) เริ่มดื่มอายุเฉลี่ย 21.5 ปี โดยสามารถเข้าถึงแหล่งจำหน่ายได้ง่ายมากขึ้น ในปี 2547 จำนวนร้านขายสุราที่ได้รับอนุญาต 585,700 ร้าน หรือประมาณ 1 ร้านต่อประชากรไทย 110 คน โดยผู้บริโภคใช้เวลาเฉลี่ยเพียง 7.5 นาที ในการหาซื้อ และปี 2552 มีร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรัศมี 500 เมตร รอบมหาวิทยาลัยใน กทม. เฉลี่ย 57 ร้านต่อ ตร.กม.
- ในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา (ปี 2524 –50) ครัวเรือนไทยบริโภคสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และยาสูบ) ในมูลค่าคงที่ปี 2550 เพิ่มขึ้น 2 เท่า เป็น 63,915 ล้านบาท โดยมีอัตราเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 5.7 ในมูลค่าจริง ในขณะที่ครัวเรือนจ่ายเงินเพื่อสุขภาพ (การรักษาพยาบาล) น้อยกว่าเพียง 60,861 ล้านบาท หรือเพิ่มขึ้น 2 เท่า ในอัตราเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 5.8 ในมูลค่าจริง ต้นทุนหรือความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทย ปี 2549 มีมูลค่ารวมทั้งสิ้นถึง 150,677 ล้านบาท (ร้อยละ 1.92 ของ GDP) เท่ากับ 2,398 บาทต่อหัวประชากร

โรคเบาหวาน

- สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ รายงานปี 2550 ว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั่วโลกปีละ 3.8 ล้านคน มีผู้ป่วย 246 ล้านคน โดยในทุก ๆ 10 วินาที จะมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 2 คน หรือปีละ 7 ล้านคน ในปี 2553 คาดการณ์ผู้ป่วยเบาหวานอายุ 20 – 79 ปีทั่วโลกมี 285 ล้านคน ในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 438 ล้านคน ในจำนวนนี้ประมาณ 4 ใน 5 เป็นคนเอเชีย เฉพาะภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เพิ่มจาก 58.7 ล้านคน เป็น 101 ล้านคน
- คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี 2551 – 2 เป็นเบาหวาน 3.5 ล้านคน (ร้อยละ 6.9) ความชุกคงเดิม พบในหญิงมากกว่าชาย แต่ทราบว่าป่วยเพิ่มขึ้น 1.5 เท่า เป็นร้อยละ 68.8 และสามารถควบคุมได้เพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่า เป็นร้อยละ 28.5 (ปี 2546 – 7 ร้อยละ 6.9, 43.4 และ 12.2 ตามลำดับ)
- การตรวจคัดกรองสุขภาพคนไทยอายุ 35 ปีขึ้นไป ปี 2552 พบผู้ป่วยเบาหวาน 1.4 ล้านคน (ร้อยละ 6.8) กลุ่มเสี่ยง 1.7 ล้านคน กลุ่มป่วยมีภาวะแทรกซ้อน 0.1 ล้านคน ทั้งทางตา เท้า และไต
- ผู้ป่วยเบาหวานเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง 2 – 4 เท่า มากกว่าครึ่งพบผิดปกติของระบบประสาท ปี 2552 คนไทยเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน 11.1 ต่อแสนประชากร (19 คน/วัน) ปี 2551 ผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการผู้ป่วยนอก 9,702 ต่อแสนประชากร ค่ารักษาเฉลี่ย 1,172 บาทต่อราย ผู้ป่วยใน 845 ต่อแสนประชากร (1,463 ราย/วัน) ค่ารักษาเฉลี่ย 10,217 บาทต่อราย ค่ารักษาทั้งสิ้น 3,984 ล้านบาทต่อปี หากประมาณการผู้ป่วยเบาหวาน 3 ล้านคน จะต้องเสียค่ารักษาประมาณ 47,596 ล้านบาทต่อปี

โรคความดันโลหิตสูง

- WHO และเครือข่ายความดันโลหิตสูงโลก คาดการณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วโลกประมาณ 1,000 ล้านคน และ 1 ใน 4 ของพลโลกมีภาวะความดันโลหิตสูง
- คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี 2551 – 2 เป็นโรคความดันโลหิตสูง 10.8 ล้านคน (ร้อยละ 21.4) ความชุกลดลงเล็กน้อย ผู้ชายและหญิงมีความชุกใกล้เคียงกัน แต่ทราบว่าป่วยเพิ่มขึ้นเกือบ 1 เท่า เป็นร้อยละ 49.7 และสามารถควบคุมได้เพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่า เป็นร้อยละ 20.9 (ปี 2546 – 7 ร้อยละ 22, 28.6 และ 8.6 ตามลำดับ)
- การตรวจคัดกรองสุขภาพคนไทยอายุ 35 ปีขึ้นไป ปี 2552 พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2.2 ล้านคน (ร้อยละ 10.2) กลุ่มเสี่ยง 2.4 ล้านคน กลุ่มป่วยมีภาวะแทรกซ้อน 0.09 ล้านคน ทั้งทางหัวใจ สมอง ไต และตา
- ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมักมีคลอเรสเตอรอลสูงกว่าคนปกติ 6 – 7 เท่า เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หัวใจและหลอดเลือด ทำให้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น 2 – 5 เท่า ปี 2552 คนไทยเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง 3.6 ต่อแสนประชากร (6 คน/วัน) ปี 2551 ผู้ป่วยนอก 14,328 ต่อแสนประชากร ค่ารักษาเฉลี่ย 831 บาทต่อราย ผู้ป่วยใน 1,149 ต่อแสนประชากร (1,989 ราย/วัน) ค่ารักษาเฉลี่ย 4,586 บาทต่อราย ค่ารักษาทั้งสิ้น 2,465 ล้านบาทต่อปี หากประมาณการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 10 ล้านคน จะต้องเสียค่ารักษาประมาณ 79,263 ล้านบาทต่อปี

โรคหัวใจ

- WHO ให้โรคหัวใจเป็นภัยร้ายคร่าชีวิตคนทั่วโลก 792 คน/วัน ปี 2552 คนไทยเสียชีวิต 29 ต่อแสนประชากร (50 คน/วัน) ปี 2551 ผู้ป่วยนอก 2,565 ต่อแสนประชากร ค่ารักษาเฉลี่ย 1,109 บาทต่อราย ผู้ป่วยใน 684 ต่อแสนประชากร (1,185 ราย/วัน) ค่ารักษาเฉลี่ย 28,633 บาทต่อราย ค่ารักษาทั้งสิ้น 6,906 ล้านบาทต่อปี หากประมาณการผู้ป่วยโรคหัวใจ 4 ล้านคน จะต้องเสียค่ารักษาประมาณ 154,876 ล้านบาทต่อปี
- คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกของปัจจัยเสี่ยงโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด 3 ปัจจัยขึ้นไปเพิ่มขึ้น ปี 2551 – 2 4.3 ล้านคน (ร้อยละ 8.4) (ปี 2546 – 7 ร้อยละ 7.6) เฉพาะคนไทยอายุ 15 – 74 ปี ปี 2548 – 50 มีความชุกโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นเป็น 0.7 ล้านคน (ร้อยละ 1.5) ค่ารักษาผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 1,410 บาทต่อราย ผู้ป่วยในเฉลี่ย 40,892 บาทต่อราย ค่ารักษาทั้งสิ้น 2,748 ล้านบาทต่อปี

โรคหลอดเลือดสมอง

- WHO ประมาณว่าทุกปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก 5 ล้านคน พิการถาวร 5 ล้านคนเสียชีวิต และ 2 ใน 3 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ปี 2563 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ประเทศไทยคาดว่ามีผู้ป่วยรายใหม่ในแต่ละปีไม่ต่ำกว่า 150,000 ราย ปี 2552 เสียชีวิต 21 ต่อแสนประชากร (37 คน/วัน)
- คนไทยอายุ 15 – 74 ปี ปี 2548 – 50 พบความชุกโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์อัมพาต เพิ่มขึ้นเป็น 0.5 ล้านคน (ร้อยละ 1.1) ปี 2551 ผู้ป่วยนอก 980 ต่อแสนประชากร ค่ารักษาเฉลี่ย 1,629 บาทต่อราย ผู้ป่วยใน 257 ต่อแสนประชากร (446 ราย/วัน) ค่ารักษาเฉลี่ย 29,571 บาทต่อราย ค่ารักษาทั้งสิ้น 2,973 ล้านบาทต่อปี หากประมาณการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 0.5 ล้านคน จะต้องเสียค่ารักษาประมาณ 20,632 ล้านบาทต่อปี

การออกกำลังกายไม่เพียงพอ

- WHO ประมาณว่าการไม่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอเป็นสาเหตุของโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง ในประเทศไทย การขาดกิจกรรมทางกายเพียงพอเป็นสาเหตุของภาระโรคลำดับที่ 9 ทำให้สูญเสีย ร้อยละ 1.3 ของ DALY
- คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายเพียงพอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 77.5 ในปี 2546 – 7 เป็นร้อยละ 81.5 (41.2 ล้านคน) ในปี 2551 – 2
- คนไทยอายุ 15 – 74 ปี ออกกำลังกายในระดับปานกลางและระดับหนักครั้งละนานกว่า 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30.9 ในปี 2548 เป็นร้อยละ 37.5 (16.3 ล้านคน) ในปี 2550
- คนไทยอายุ 11 ปีขึ้นไป ปี 2550 ที่ป่วยในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 16.7 ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ไม่ออกกำลังกายร้อยละ 68.5 และผู้ที่เข้าพักรักษาในสถานพยาบาลระหว่าง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 6.1 เป็นผู้ที่ไม่ออกกำลังกายถึงร้อยละ 74.2

โรคมะเร็ง

- WHO รายงานว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยมะเร็ง 18 ล้านคน มีผู้ป่วยรายใหม่ 9 ล้านคนในทุก ๆ ปี ทุก ๆ 6 วินาที จะเสียชีวิต 1 คน ปี 2563 จะเสียชีวิตมากกว่า 11 ล้านคน เป็นประเทศกำลังพัฒนา 7 ล้านคน ปี 2552 คนไทยเสียชีวิต 88 ต่อแสนประชากร (154 คน/วัน)
- คนไทยป่วยด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น ปี 2551 ผู้ป่วยนอก 1,023 ต่อแสนประชากร ค่ารักษาเฉลี่ย 2,486 บาทต่อราย ผู้ป่วยใน 505 ต่อแสนประชากร (874 ราย/วัน) ค่ารักษาเฉลี่ย 29,940 บาทต่อราย ค่ารักษาทั้งสิ้น 8,897 ล้านบาทต่อปี และคาดว่าจะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 1.2 แสนราย และจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 50 ในช่วง 10 ปี มะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรก คือ ตับ ปอด ปากมดลูก เต้านม ลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก หากประมาณการผู้ป่วยโรคมะเร็ง 0.75 ล้านคน จะต้องเสียค่ารักษาประมาณ 32,991 ล้านบาทต่อปี

ปัญหาสุขภาพจิต (อารมณ์)

- คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี 2551 ประมาณ 1 ใน 5 มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป หญิงมีสัดส่วนของผู้มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปมากกว่าชาย
- วัยรุ่นอายุ 13 – 22 ปี 2 ใน 3 ของ กทม. ปี 2552 มีพฤติกรรมบั่นทอนสุขภาพ นอนดึกและพักผ่อนน้อย และ 1 ใน 4 มีปัญหาความเครียด

ภาพรวม

- WHO คาดประมาณ ปี 2548 ประชากรทั่วโลกเสียชีวิต 58 ล้านคน สาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 35 ล้านคน (ร้อยละ 60) และ 4 ใน 5 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนาและยากจน
- พฤติกรรมเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับโรควิถีชีวิตที่สำคัญ ได้แก่ การบริโภคผักและผลไม้ตามเกณฑ์มาตรฐานจะลดโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร โรคหัวใจขาดเลือด และโรคเส้นเลือดในสมองตีบ ได้ร้อยละ 19 – 31, การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจ และมะเร็งเต้านม ได้ร้อยละ 25 – 40, คนอ้วนมีอัตราเสี่ยงเป็นอัมพาต อัมพฤกษ์ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ได้มากกว่าคนปกติ 2 – 10 เท่า
- ปี 2554 ประมาณการรายจ่ายสุขภาพของประเทศไทย 454,444 ล้านบาท เป็น 3.99 % GDP เป็นรายจ่ายเพื่อส่งเสริมสุขภาพเพียง 0.22 % GDP เป็นค่ารักษาผู้ป่วยนอก 1.84 % GDPและผู้ป่วยใน 1.58 % GDP ในช่วงปี 2546 - 52 ค่าใช้จ่ายผู้รับบริการส่งเสริมสุขภาพลดลงเกือบครึ่งหนึ่ง เป็นร้อยละ 3 ในปี 2552 หรือ 127 บาท/คน/ปี
- โครงสร้างประชากรไทยมีสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น เด็กและวัยแรงงานลดลง ภาวะอนามัยเจริญพันธุ์รวมอยู่ต่ำกว่าระดับทดแทน ในปี 2553 มีสัดส่วนประชากรเด็ก : แรงงาน : ผู้สูงอายุ ร้อยละ 20.5 : 67.6 : 11.9 และผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.8 ในปี 2559 ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัจจุบันคนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 75.6 ปี ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ 80 ปี
- ประเทศไทย ปี 2547 มีภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 65 ของความสูญเสียทางสุขภาพทั้งหมด การบริโภคแอลกอฮอล์ บุหรี่ ความดันโลหิต ภาวะอ้วน คอเรสเตอรอล การบริโภคผักและผลไม้ กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ เป็นภาระโรคใน 10 อันดับแรก
ปี 2552 สาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยที่สำคัญ 10 อันดับแรกมาจากโรคมะเร็ง หัวใจ หลอดเลือดสมอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง 88.3, 29.0, 21.0, 11.1 และ 3.6 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (การเสียชีวิต 5 โรค จำนวน 97,100 คน คิดเป็น 24.6%) ในช่วงปี 2548 – 51 ผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น 1.2 – 1.6 เท่า เป็น 505, 684, 257, 845 และ 1,149 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ปี 2551 มีอัตราผู้ป่วยนอก 1,023, 2,565, 980, 9,702, 14,328 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ทำให้สูญเสียค่ารักษาทั้งสิ้น 25,225 ล้านบาทต่อปี ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและครอบครัว หากประมาณการคนไทยป่วยจาก 5 โรครวม 18.25 ล้านคนต่อปี มารับบริการที่สถานพยาบาล จะต้องเสียค่ารักษาประมาณ 335,359 ล้านบาทต่อปี คิดเป็น 2.94% GDP

ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น ประชาสังคม เอกชน รัฐ

วิถีชีวิต | โรควิถีชีวิต | ภาระค่าใช้จ่าย | อายุขัยเฉลี่ย

ระยะยาว อายุขัยเฉลี่ย ระดับโลก
ปัจจัยกำหนดสุขภาพ ระดับโลก
ปัจจัยกำหนดสุขภาพ ระดับประเทศ
ปัจจัยกำหนดสุขภาพ ระดับชุมชน
ปัจจัยกำหนดสุขภาพ ระดับบุคคล – ชีววิทยาพันธุกรรม
ปัจจัยกำหนดสุขภาพ ระดับบุคคล – พฤติกรรมสุขภาพ
ปัจจัยกำหนดสุขภาพ ระดับบุคคล – ระบบบริการสุขภาพ

ปัจจัยกำหนดสุขภาพ ระดับบุคคล
ปัจจัยกำหนดสุขภาพ ระดับชุมชน
ปัจจัยกำหนดสุขภาพ ระดับประเทศ
ปัจจัยกำหนดสุขภาพ ระดับโลก

ระยะสั้น อายุขัยเฉลี่ย ระดับโลก

Health for All
All for Health

แผนภูมิที่ 1.4 กรอบสถานการณ์และแนวโน้มปัญหาโรควิถีชีวิตสู่การพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย

ส่วนที่ 4 สถานการณ์ปัญหาและแนวโน้มการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรควิถีชีวิต

จากสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรควิถีชีวิตที่เป็นปัญหาสำคัญของทั่วโลกและของประเทศไทย จากประสบการณ์ที่ดำเนินการทั้งที่ประสบความสำเร็จและยังมีข้อจำกัดเกิดปัญหาอุปสรรค ซึ่งทุกฝ่ายต้องตระหนักให้ความสำคัญและเร่งรัดแสวงหาทางออกเพื่อกำหนดแนวทางและมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างจริงจังและบังเกิดผลสำเร็จ เพื่อสกัดกั้นปัญหาไม่ให้ลุกลามรุนแรงต่อไป โดยมีประเด็นสำคัญที่ต้องเร่งรัดป้องกันและแก้ไขปัญหาดังนี้

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

2. นโยบายระดับชาติและระดับพื้นที่ขาดความเป็นเอกภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบายสาธารณะในระดับชาติทั้งนโยบายทางเศรษฐกิจ การค้า การเกษตร อุตสาหกรรม เทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม ที่มีความขัดแย้งบั่นทอนและไม่หนุนเสริมการปรับเปลี่ยนค่านิยม วัฒนธรรม และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ ในขณะที่การสร้างนโยบายสาธารณะในกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่เฉพาะก็ยังมีข้อจำกัดในการขยายผลสู่ระดับประชากรในวงกว้าง ซึ่งจำเป็นต้องมีความชัดเจนของทิศทางนโยบาย แผน และแนวปฏิบัติ ในการลดปัจจัยเสี่ยงและโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่างๆ โดยใช้มาตรการที่เน้นการป้องกันระดับปฐมภูมิที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพทั้งทางด้านสิ่งแวดล้อมและด้านประชากร เป็นมาตรการทั้งที่เชื่อมโยงในทุกมิติของสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษา การใช้มาตรการทางกฎหมาย ภาษี การเงินการคลัง และมาตรการทางสังคม การสร้างเสริมสนับสนุนเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการที่มีคุณค่า คุณภาพ เข้าถึงง่าย ราคาเหมาะสม การสร้างสภาพแวดล้อมทางกายภาพและเทคโนโลยีที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายที่เพียงพอ ลดการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จัดการกับอารมณ์และความเครียด ตลอดจนการควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสม ลดเสี่ยงและจัดการได้ด้วยตนเองทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศ โดยมีมาตรการจัดการโรคเป็นมาตรการเสริมและสนับสนุน



3. ระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง ค้นหากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยอ่อนแอ เนื่องจากยังมีลักษณะต่างคนต่างทำ ขาดการบูรณาการและการจัดวางระบบงาน การพัฒนาระบบข้อมูลการเฝ้าระวังติดตามควบคุมป้องกันและการใช้ประโยชน์ในลักษณะเครือข่ายเชื่อมโยงในระดับชาติ ขาดความรู้ ทักษะและความพร้อมของบุคลากรและเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการตรวจวัดคัดกรองที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ โดยส่วนใหญ่การคัดกรองเป็นเพียงเพื่อหาผู้ป่วย มิใช่เพื่อการหากลุ่มเสี่ยงและเตรียมการป้องกันตั้งแต่เริ่มต้น และการดำเนินการกับกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มปกติ มักเป็นการแนะนำให้ตรวจซ้ำ แต่การให้คำแนะนำเพื่อป้องกันยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนและขาดความเข้มแข็งจริงจัง

4. ระบบบริการสุขภาพมีศักยภาพไม่เพียงพอ ระบบงานในการดูแลรักษาพยาบาลและการจัดการโรควิถีชีวิตส่วนใหญ่ดำเนินการในลักษณะตั้งรับในสถานพยาบาล และขาดการบูรณาการเป็นองค์รวม ตลอดจนมีข้อจำกัดของศักยภาพในการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ที่ต้องดูแลไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน พิการ และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมทั้งการดำเนินการเชิงรุกสู่กลุ่มเป้าหมายในระดับชุมชน จัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงได้ไม่มาก ระบบการติดตามภาวะแทรกซ้อนยังจัดการไม่ต่อเนื่อง ยังมีข้อจำกัดในการส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมและพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพระดับบุคคล ครอบครัว และการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นในการลดเสี่ยง ลดโรคและจัดการโรคได้ด้วยตนเอง

5. การบริหารจัดการความรู้ยังขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากองค์ความรู้ที่มีอยู่กระจัดกระจายเฉพาะจุดเฉพาะพื้นที่ ขาดความจำเพาะ จำเป็นต้องพัฒนากระบวนการรวบรวม สังเคราะห์ วิจัยพัฒนา และการประยุกต์ใช้ประโยชน์จากองค์ความรู้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ ยุทธศาสตร์การพัฒนา การบริหารจัดการแผนงานโครงการ ระบบงาน การบริหารจัดการทรัพยากร การพัฒนาระบบข้อมูลและระบบบริการสุขภาพทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการติดตามประเมินผล ที่ลดความซ้ำซ้อน มีความเชื่อมโยงในภาพรวมแบบบูรณาการครบวงจรที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทแวดล้อมของสังคมไทย และมีประสิทธิภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว



ภาคที่ 2

ปรัชญา แนวคิด และยุทธศาสตร์ สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้วิถีการดำรงชีวิตของคนไทยภายใต้บริบทแวดล้อมที่เต็มไปด้วยความเสี่ยงต่อสุขภาพ ซึ่งในที่นี้ได้ให้ความสำคัญกับปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ บุหรี่ สุรา การออกกำลังกายที่ไม่สมดุลเพียงพอ รวมทั้งอารมณ์และความเครียดที่เป็นปัจจัยเสริมหนุน ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจากโรควิถีชีวิตที่สำคัญสัมพันธ์เกี่ยวโยงซึ่งกันและกันใน 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง รวมทั้งภาระทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และประเทศตามมามากมาย หากไม่สามารถสกัดกั้นปัญหาตั้งแต่ต้นเหตุจนถึงปลายเหตุอย่างเป็นระบบครบวงจร ก็จะทำให้แนวโน้มสถานการณ์ปัญหาทวีความรุนแรงมากขึ้นอย่างแน่นอน ด้วยเหตุปัจจัยดังกล่าวแผนนี้จึงจำเป็นต้องให้ทุกองคาพยพเข้ามามีส่วนร่วมผลักดันให้เกิดแนวทางการพัฒนาที่เป็นรูปธรรมและยั่งยืนบนพื้นฐานปรัชญา แนวคิด และยุทธศาสตร์การพัฒนาที่สอดคล้องรองรับกับแนวนโยบายแห่งรัฐ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 และทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาตามแนวปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงที่ผูกโยงกับปัจจัยพื้นฐาน ภูมิสังคม และบริบทของสังคมไทย

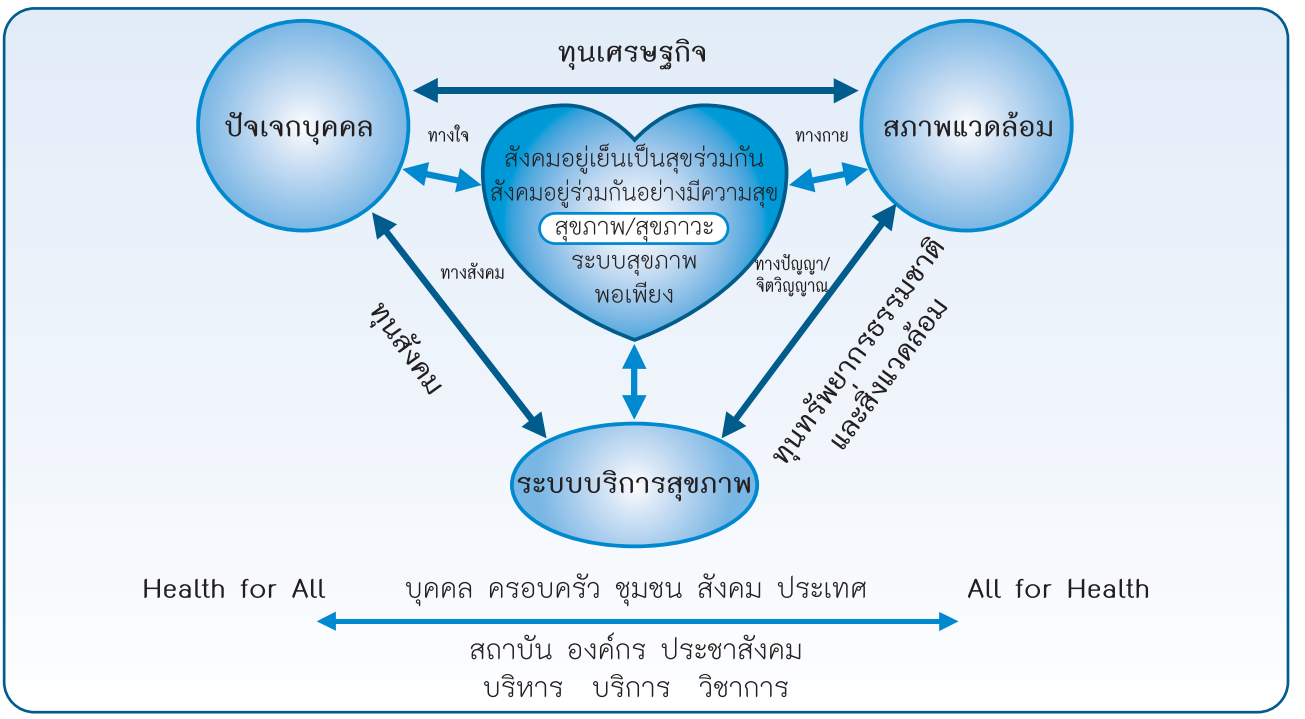
ส่วนที่ 1 ปรัชญาและแนวคิดหลักในการพัฒนา

ปรัชญาและแนวคิดหลักในการพัฒนาวิถีชีวิตไทยให้ห่างไกลและปราศจากปัจจัยเสี่ยง มีปัจจัยเสริมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สร้างภูมิคุ้มกันและสุขภาวะของทั้งสังคม สามารถลดโรคและภัยคุกคามสุขภาพภายใต้ปรัชญาและแนวคิดการบูรณาการระบบสุขภาพของทั้งสังคม การมองถึงบริบทแวดล้อมและวิถีชีวิตไทยที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีตามแนวปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

1. มุมมองการบูรณาการระบบสุขภาพของทั้งสังคม

การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้จัดทำขึ้นบนพื้นฐานการคำนึงถึงการสร้างสุขภาพหรือสุขภาวะทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม ทางปัญญา/จิตวิญญาณ อันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษยชนที่เกี่ยวโยงกับปัจจัยกำหนดสุขภาพในระดับปัจเจกบุคคล สภาพแวดล้อม และระบบบริการสุขภาพ ภายใต้บริบทของการสร้างทุนทางเศรษฐกิจ ทุนทางสังคม และทุนทางทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ด้วยวิธีคิดและวิธีปฏิบัติที่บูรณาการเป็นองค์รวมของทุกภาคส่วนในทุกระดับ เพื่อสร้างสังคมดีที่เป็นสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขด้วยความเสมอภาคเป็นธรรม และมีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน และสร้างระบบสุขภาพพอเพียงเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของคนทั้งมวลที่นำสู่สังคมสุขภาวะ (ดูแผนภูมิที่ 2.1)

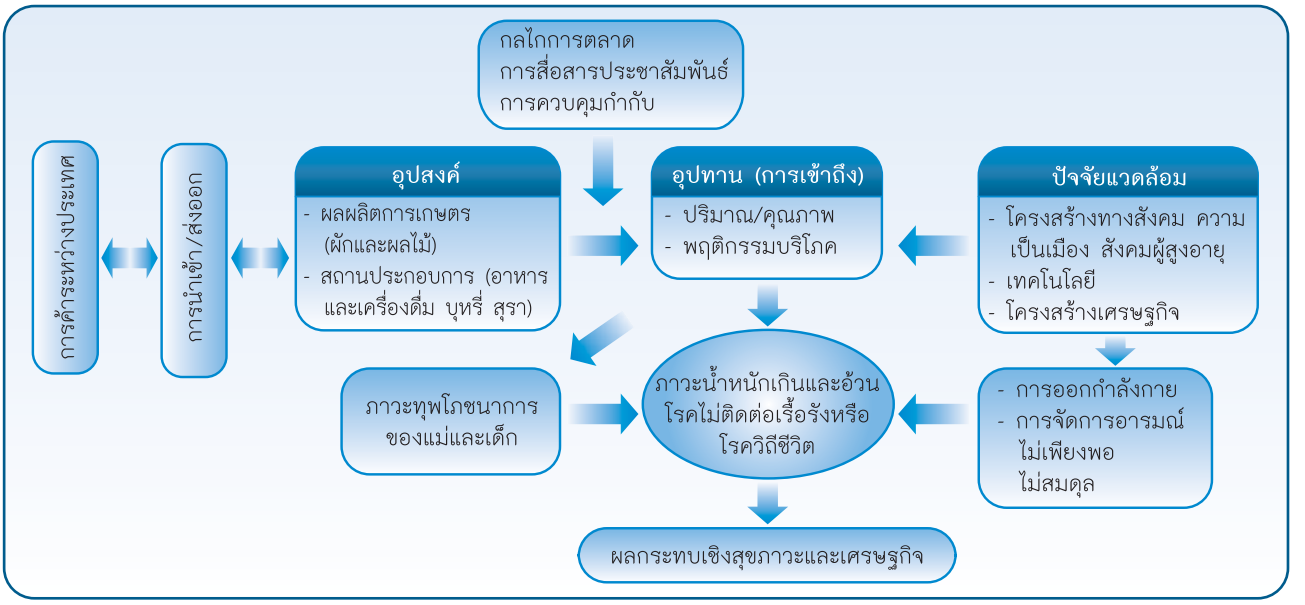
แผนภูมิที่ 2.1 มุมมองการบูรณาการระบบสุขภาพของทั้งสังคม



2. บริบทแวดล้อมและวิถีชีวิตที่ลดเสี่ยง ลดโรค และภัยคุกคามสุขภาพ

จากมุมมองการบูรณาการในภาพกว้างสู่บริบทแวดล้อมและวิถีชีวิตที่ลดเสี่ยง ลดโรค และภัยคุกคามสุขภาพ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในระดับชาติและทวีความรุนแรงมาโดยตลอด แผนนี้จึงได้ให้ความสำคัญกับปัจจัยเสี่ยงพื้นฐานหลักที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม ผักและผลไม้ บุหรี่ สุรา การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์ ที่ก่อให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน และโรควิถีชีวิต ภายใต้ปัจจัยแวดล้อมทั้งโครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี และผ่านกลไกทางด้านอุปสงค์และอุปทานภายในประเทศและระหว่างประเทศ (ดูแผนภูมิที่ 2.2)

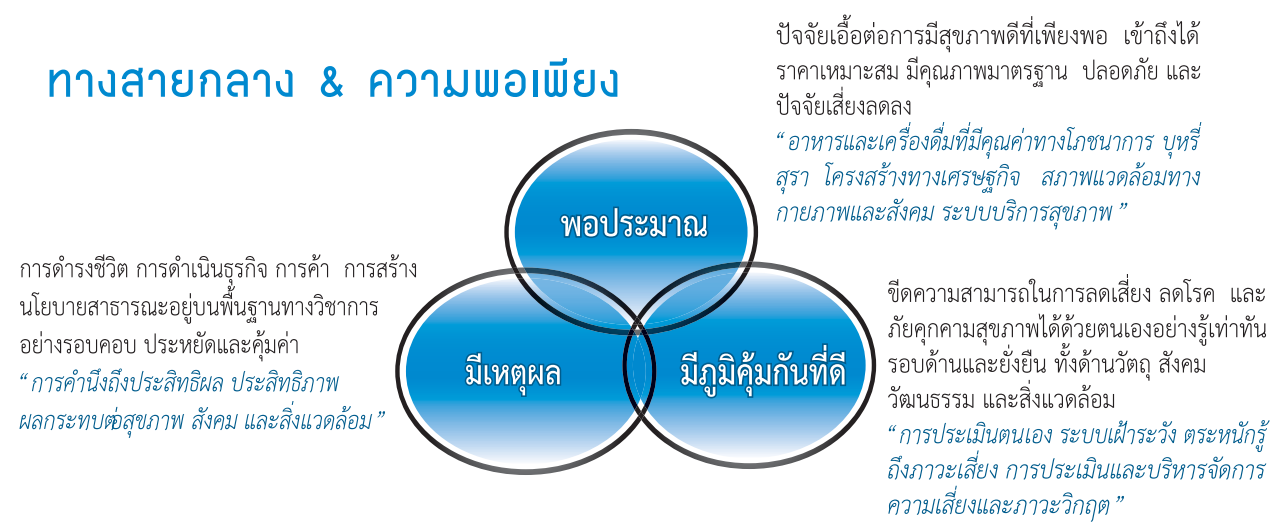
แผนภูมิที่ 2.2 บริบทแวดล้อมและวิถีชีวิตที่ลดเสี่ยง ลดโรค และภัยคุกคามสุขภาพ



3. กรอบแนวคิดสุขภาพดีวิถีชีวิตไทยตามแนวปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเป็นปรัชญาที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงมีพระราชดำรัสชี้แนะให้เป็นรากฐานในการดำเนินชีวิต การบริหาร และการพัฒนาในทุกระดับทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศ และได้เป็นปรัชญานำทางในการสร้างสังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ระบบสุขภาพพอเพียง และนำไปสู่การสร้างสุขภาพดีวิถีชีวิตไทยที่ยึดหลักทางสายกลางและความพอเพียง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ ความพอประมาณ มีเหตุผล และมีภูมิคุ้มกันที่ดี ภายใต้เงื่อนไขคุณธรรม-จริยธรรม เงื่อนไขความรู้-หลักวิชา และเงื่อนไขชีวิต ในการสร้างวิถีชีวิตที่เหมาะสม หรือวิถีชีวิตพอเพียง จากการมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม ออกกำลังกายที่เพียงพอ จัดการอารมณ์ได้เหมาะสม มีพลังงานและน้ำหนักที่สมดุล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการลดการเกิดโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการพิการ ลดการตาย และลดภาระค่าใช้จ่ายจากโรควิถีชีวิตที่สำคัญใน 5 โรค (ดูแผนภูมิที่ 2.3)

แผนภูมิที่ 2.3 กรอบแนวคิดสุขภาพดีวิถีชีวิตไทยตามแนวปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง



ส่วนที่ 2 วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์สูงสุด และเป้าหมายหลักในการพัฒนา

1. วิสัยทัศน์

ประชาชนมีศักยภาพในการจัดการปัจจัยเสี่ยงและสภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อโรควิถีชีวิต ด้วยการรวมพลังขับเคลื่อนจากทุกภาคส่วนอย่างบูรณาการ สมดุล ยั่งยืน และเป็นสุข บนพื้นฐานปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

2. พันธกิจ

สร้างชุมชน ท้องถิ่น สังคม ที่ตระหนัก ลดปัจจัยเสี่ยง เสริมปัจจัยเอื้อ และมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติการค้นหา เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม จัดการปัญหา และพัฒนาของทุกภาคส่วนอย่างเป็นระบบ องค์รวม ครอบคลุม มีประสิทธิภาพ

3. เป้าประสงค์สูงสุด

ประชาชน ชุมชน สังคม และประเทศ มีภูมิคุ้มกันและศักยภาพในการสกัดกั้นภัยคุกคามสุขภาพจากโรควิถีชีวิตที่สำคัญได้

4. เป้าหมายหลักในการพัฒนา

ลดปัญหาโรควิถีชีวิตที่สำคัญ 5 โรค คือ 1) โรคเบาหวาน 2) โรคความดันโลหิตสูง 3) โรคหัวใจ 4) โรคหลอดเลือดสมอง 5) โรคมะเร็ง ใน 5 ด้าน คือ 1) ลดการเกิดโรค 2) ลดภาวะแทรกซ้อน 3) ลดการพิการ 4) ลดการตาย 5) ลดภาระค่าใช้จ่าย ด้วยการเพิ่มวิถีชีวิตพอเพียงใน 3 ด้าน คือ 1) การบริโภคที่เหมาะสม 2) การออกกำลังกายที่เพียงพอ 3) การจัดการอารมณ์ได้เหมาะสม ประกอบด้วยตัวชี้วัดหลักในการพัฒนาใน 3 ระยะ ในช่วงเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2554 – 2563) จำนวน 18 ตัวชี้วัด ดังนี้

ระยะสั้น 1-3 ปี

1) ผู้นำเชิงยุทธศาสตร์ของทุกภาคส่วน ทั้งระดับส่วนกลาง เขต และจังหวัด ร่วมผลักดันนโยบายอาหาร การออกกำลังกาย การดำรงชีวิต และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพสู่การปฏิบัติครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย “เพิ่มขึ้น”

2) ประชาชนกลุ่มเป้าหมายพึงพอใจต่อนโยบาย รับรู้ เข้าใจ ตระหนักถึงภาวะเสี่ยง แนวทางสร้างเสริมสุขภาพ และมีภูมิคุ้มกัน สามารถปรับพฤติกรรมควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงและโรควิถีชีวิตได้ “เพิ่มขึ้น”

3) ชุมชน ท้องถิ่น องค์กรทุกภาคส่วนทุกระดับ สถาบันครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม ที่สามารถดูแลและจัดการเกี่ยวกับการลดโรคและภาระโรควิถีชีวิตได้ด้วยตนเอง “เพิ่มขึ้น”

4) สถานพยาบาลทุกระดับทั้งภาครัฐและเอกชน มีนโยบาย กระบวนทัศน์ของผู้นำและทีมปฏิบัติงาน และศักยภาพในการจัดการระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ และระบบบริการโรควิถีชีวิต “เพิ่มขึ้น”

5) การบริโภคผักและผลไม้ “เพิ่มขึ้น”

6) การบริโภคอาหารที่มีรสหวาน เค็ม มัน ปนเปื้อนสารเคมี และบุหรี่ สุรา “ลดลง”

ระยะกลาง 5 ปี

7) เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีภาวะอ้วน “ลดลง”

8) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะอ้วน “ลดลง”

9) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะอ้วนลงพุง “ลดลง”

10) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายเพียงพอ “เพิ่มขึ้น”

11) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะไขมันคอเรสเตอรอลรวม “ลดลง”

12) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรม “ลดลง”

13) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีทักษะในการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม “เพิ่มขึ้น”

14) อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรควิถีชีวิต “ลดลง”

ระยะยาว 10 ปี

15) อายุขัยเฉลี่ยของคนไทยที่ปราศจากโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรควิถีชีวิต “เพิ่มขึ้น”

16) อัตราตายด้วยโรควิถีชีวิต “ลดลง”

17) ความชุกของโรควิถีชีวิต “ไม่เพิ่มขึ้น”

18) ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลโดยรวมด้วยโรควิถีชีวิต “ลดลง”



ส่วนที่ 3 เส้นทางและยุทธศาสตร์การพัฒนา

แผนนี้ได้กำหนดเส้นทางการพัฒนาและเป้าหมายการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอน ไม่ก้าวกระโดดและไม่สุดโต่ง โดยการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนา 5 ยุทธศาสตร์ ใน 3 ระยะ ดังนี้

1. เส้นทางการพัฒนา

แบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ระยะสั้น 1-3 ปี (พ.ศ. 2554-2556) : บูรณาการความคิด สร้างความเชื่อมั่น และการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนของภาคีเครือข่ายร่วม

ระยะกลาง 5 ปี (พ.ศ. 2554-2558) : ปฏิบัติการเชิงรุกสู่การวางรากฐานที่มั่นคงเชิงโครงสร้างและระบบ

ระยะยาว 10 ปี (พ.ศ. 2554-2563) : สร้างความเข้มแข็งเชิงโครงสร้างและระบบในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน

2. ยุทธศาสตร์การพัฒนา

ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ 14 เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 3 ยุทธวิธีร่วม และ 11 ยุทธวิธีย่อยรายยุทธศาสตร์ (ดูแผนภูมิที่ 2.4 และตารางที่ 2.1)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : นโยบายสาธารณะสร้างสุข (Healthy Public Policy)

ยุทธศาสตร์ที่ 2 : การขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะ (Social Mobilization & Public Communication)

ยุทธศาสตร์ที่ 3 : การพัฒนาศักยภาพชุมชน (Community Building)

ยุทธศาสตร์ที่ 4 : การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการโรค (Surveillance & Care System)

ยุทธศาสตร์ที่ 5 : การสร้างความเข้มแข็งของระบบสนับสนุนยุทธศาสตร์ (Capacity Building)

ส่วนที่ 4 กรอบแผนงานภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนา

จากเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ได้กำหนดกรอบแผนงานการพัฒนาภายใต้ยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยไว้ 29 แผนงาน (ดูตารางที่ 2.2)



แผนภูมิที่ 2.4 กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย (Thailand Healthy Lifestyle Strategy) พ.ศ. 2554-2563

วิสัยทัศน์	**ประชาชนมีศักยภาพในการจัดการปัจจัยเสี่ยงและสภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อโรควิถีชีวิต ด้วยการรวมพลังขับเคลื่อนจากทุกภาคส่วนอย่างบูรณาการ สมดุล ยั่งยืน และเป็นสุข บนพื้นฐานปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง**
พันธกิจ	สร้างชุมชน ท้องถิ่น สังคม ที่ตระหนัก ลดปัจจัยเสี่ยง เสริมปัจจัยเอื้อ และมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง ในการผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติการ ค้นหา เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม จัดการปัญหา และพัฒนาของทุกภาคส่วน อย่างเป็นระบบ องค์รวม ครอบคลุม มีประสิทธิภาพ
เป้าประสงค์	ประชาชน ชุมชน สังคม และประเทศ มีภูมิคุ้มกันและศักยภาพในการสกัดกั้นภัยคุกคามสุขภาพจากโรควิถีชีวิตที่สำคัญได้
เป้าหมายหลัก	ลดปัญหาโรควิถีชีวิตที่สำคัญ 5 โรค 1) โรคเบาหวาน 2) โรคความดันโลหิตสูง 3) โรคหัวใจ 4) โรคหลอดเลือดสมอง 5) โรคมะเร็ง ใน 5 ด้าน 1) ลดการเกิดโรค 2) ลดภาวะแทรกซ้อน 3) ลดการพิการ 4) ลดการตาย 5) ลดภาระค่าใช้จ่าย เพิ่มวิถีชีวิตพอเพียง ใน 3 ด้าน 1) การบริโภคที่เหมาะสม 2) การออกกำลังกายที่เพียงพอ 3) การจัดการอารมณ์ได้เหมาะสม

ตัวชี้วัดหลักในการพัฒนา

ระยะสั้น 1 - 3 ปี

1) ผู้นำเชิงยุทธศาสตร์ของทุกภาคส่วน ทั้งระดับส่วนกลาง เขต และจังหวัด ร่วมผลักดันนโยบายอาหาร การออกกำลังกาย การดำรงชีวิต และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพสู่การปฏิบัติครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย “เพิ่มขึ้น”
2) ประชาชนกลุ่มเป้าหมายพึงพอใจต่อนโยบาย รับรู้ เข้าใจ ตระหนักถึงภาวะเสี่ยง แนวทางสร้างเสริมสุขภาพ และมีภูมิคุ้มกัน สามารถปรับพฤติกรรมควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงและโรควิถีชีวิตได้ “เพิ่มขึ้น”
3) ชุมชน ท้องถิ่น องค์กรทุกภาคส่วนทุกระดับ สถาบันครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม ที่สามารถดูแลและจัดการเกี่ยวกับการลดโรคและภาระโรควิถีชีวิตได้ด้วยตนเอง “เพิ่มขึ้น”
4) สถานพยาบาลทุกระดับทั้งภาครัฐและเอกชน มีนโยบาย กระบวนทัศน์ของผู้นำและทีมปฏิบัติงาน และศักยภาพในการจัดการระบบเฝ้าระวังควบคุมป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ และระบบบริการโรควิถีชีวิต “เพิ่มขึ้น”
5) การบริโภคผักและผลไม้ “เพิ่มขึ้น”
6) การบริโภคอาหารที่มีรสหวาน เค็ม มัน ปนเปื้อนสารเคมี และบุหรี่ สุรา “ลดลง”

ระยะกลาง 5 ปี

7) เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีภาวะอ้วน “ลดลง”
8) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะอ้วน “ลดลง”
9) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะอ้วนลงพุง “ลดลง”
10) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายเพียงพอ “เพิ่มขึ้น”
11) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะไขมันคอเลสเตอรอลรวม “ลดลง”
12) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรม “ลดลง”
13) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีทักษะในการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม “เพิ่มขึ้น”
14) อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรควิถีชีวิต “ลดลง”

ระยะยาว 10 ปี

15) อายุขัยเฉลี่ยของคนไทยที่ปราศจากโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรควิถีชีวิต “เพิ่มขึ้น”
16) อัตราตายด้วยโรควิถีชีวิต “ลดลง”
17) ความชุกของโรควิถีชีวิต “ไม่เพิ่มขึ้น”
18) ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลโดยรวมด้วยโรควิถีชีวิต “ลดลง”

การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์	เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์	ระยะสั้น 1 - 3 ปี (พ.ศ. 2554-2556) บูรณาการความคิด สร้างความเชื่อมั่น และการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนของภาคีเครือข่ายร่วม	ระยะกลาง 5 ปี (พ.ศ. 2554-2558) ปฏิบัติการเชิงรุกสู่การวางรากฐานที่มั่นคง เชิงโครงสร้างและระบบ	ระยะยาว 10 ปี (พ.ศ. 2554-2563) สร้างความเข้มแข็งเชิงโครงสร้างและระบบ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน	ผู้รับผิดชอบหลัก และ *ผู้สนับสนุน*
		1. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับรู้ข้อมูล ความรู้ เกิดความตระหนัก ปรับทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมทันการณ์ 2. ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเป็นแนวร่วมกระบวนการวางแผน ปฏิบัติการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างบูรณาการต่อเนื่องและจริงจัง	1. นโยบายการค้า การตลาด การเกษตร การศึกษา อุตสาหกรรม และบริการเอื้อต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี 2. ระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยง และดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาได้อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม	1. โครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคม ศึกษา สิ่งแวดล้อม และระบบสุขภาพ สามารถปรับตัวรองรับได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงขึ้น 2. ประชาชน ประชาสังคม ชุมชน ท้องถิ่น มีศักยภาพ เพียงพอในการบริหารและจัดการได้ด้วยตนเองมากขึ้น 3. ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีขึ้น	
ยุทธศาสตร์ที่ 1 นโยบายสาธารณะสร้างสุข (Healthy Public Policy)	1.1 มีนโยบายสาธารณะในการควบคุมการบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม ยา และผลิตภัณฑ์ที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ	การบังคับใช้กฎหมายให้ได้ผลอย่างจริงจัง *“ฉลากโภชนาการ การโฆษณา การผลิตและจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ การควบคุมการบริโภคบุหรี่ สุรา ลดการใช้ยา”*	การวิจัยและพัฒนามาตรการทางกฎหมายใหม่ เพื่อควบคุมการบริโภคและการผลิตสินค้าที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ และส่งเสริมสนับสนุนสินค้าที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ *“ภาษี ราคา การโฆษณา ขนาดบรรจุภัณฑ์ของอาหาร เครื่องดื่ม ผลิตภัณฑ์สุขภาพ บุหรี่ สุรา”*	การปรับปรุงการประกาศใช้ และการบังคับใช้กฎหมายที่มีประสิทธิภาพ และมาตรการเพิ่มโอกาสและทางเลือกการเข้าถึงสินค้าที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ในราคาที่เหมาะสม มีความรับผิดชอบ และส่งเสริมภูมิปัญญาไทย และสมุนไพรไทย *“ผักผลไม้ปลอดสารพิษ เมนูสุขภาพ ลด หวาน เค็ม มัน เครื่องดื่มสุขภาพ ปลอดบุหรี่ สุรา ในโรงแรม ภัตตาคาร ร้านอาหาร ห้างสรรพสินค้า ร้านสะดวกซื้อ ตลาด แผงลอย สถานพยาบาล สถานศึกษา ที่ทำงาน บ้าน วัด ชุมชน ท้องถิ่น”*	สำนักนายก รมต. (สคช. สคบ. สสส.) สช. ก.สาธารณสุข ก.การคลัง ก.เกษตรฯ ก.อุตสาหกรรม ก.พาณิชย์ ก.คมนาคม ก.ทรัพยากรฯ ก.การท่องเที่ยวฯ ก.ศึกษาธิการ ก.มหาดไทย กทม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น *ก.วิทยาศาสตร์ฯ ก.วัฒนธรรม ก.การพัฒนาสังคมฯ ก.แรงงาน ก.การต่างประเทศ หน่วยงานราชการ รัฐวิสาหกิจ สถาบันวิชาชีพ ภาคเอกชน สื่อมวลชน ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน*
	1.2 มีนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมการผลิตและบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ				
	1.3 มีนโยบายส่งเสริมการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายและใจ	หน่วยงานภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ และเอกชนมีนโยบายส่งเสริมการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายและใจ *“สร้างสภาพแวดล้อม มาตรการจูงใจ สนับสนุนให้ออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายและใจ”*	ท้องถิ่นมีนโยบายสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายและใจ *“สวนสาธารณะ ถนน ทางเดินเท้า ทางจักรยาน ฟิตเนสเซ็นเตอร์ พื้นที่สีขาว”*	ภาครัฐ ท้องถิ่น และเอกชนมีนโยบายส่งเสริมการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายและใจที่ใกล้บ้าน ใกล้ที่ทำงาน ใกล้ชุมชน ได้อย่างปลอดภัย *“พื้นที่สาธารณะ ระบบขนส่งมวลชน การก่อสร้างอาคาร สภาพแวดล้อมสิ่งอำนวยความสะดวก และครอบครัวออกกำลังกายและมีกิจกรรมทางกายและใจที่เหมาะสมเพียงพอ”*	
	1.4 มีนโยบายการจัดการน้ำหนักสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ	การสร้างความรู้ ความเข้าใจ การยอมรับ และข้อตกลงร่วมในการกำหนดนโยบายการจัดการน้ำหนัก *“ศูนย์เด็กเล็ก ศูนย์พัฒนาเด็ก สถานรับเลี้ยงเด็กเอกชน โรงเรียน สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ ธุรกิจเอกชน และสถานประกอบการ”*	การขยายความครอบคลุมนโยบายและกิจกรรมการจัดการน้ำหนักในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ *“การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เมนูอาหารสุขภาพ กินผักผลไม้ ปลอดเครื่องดื่มรสหวาน ขนมกรุบกรอบ ออกกำลังกาย กินดีไม่มีพุง”*	เด็ก ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ธุรกิจเอกชน แรงงาน สามารถดูแลและจัดการน้ำหนักตนเองได้มากขึ้น *“ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ สามารถจัดการน้ำหนักตนเองได้”*	
ยุทธศาสตร์ที่ 2 การขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะ (Social Mobilization & Public Communication)	2.1 ประชาชนและสังคมรับรู้ เข้าใจ ตระหนักถึงภาวะเสี่ยง การป้องกันโรค แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ และมีภูมิคุ้มกัน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อโรควิถีชีวิต	สื่อและระบบการสื่อสารแบบบูรณาการที่มีคุณภาพ เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และมีประสิทธิภาพ *“สื่อสร้างสรรค์ที่เหมาะสมกับภูมิสังคมสู่กลุ่มเป้าหมาย”*	ประชาชน สถาบันทางสังคม รับรู้ เข้าใจ ตระหนักถึงภาวะเสี่ยง โรควิถีชีวิตป้องกันได้ มีส่วนร่วมเป็นเครือข่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม และจัดการปัญหาได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ *“ประชาชน สังคมมีความตระหนักรู้ ปรับพฤติกรรมสุขภาพ และจัดการปัญหาได้อย่างแท้จริง”*	สื่อมวลชน แม่บ้าน ผู้ประกอบการ-ผู้ปรุงอาหารจำหน่าย แรงงาน นักเรียน ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะและสังคม มีส่วนร่วมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อ ค่านิยม ประเพณีวัฒนธรรม เกี่ยวกับการผลิตและบริโภคที่เน้นคุณค่าทางโภชนาการ ความปลอดภัย และอนุรักษ์ความเป็นไทย การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับบริบทแวดล้อม การจัดการอารมณ์ และดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และยั่งยืน *“ประชาชน สังคม มีส่วนร่วมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีภูมิคุ้มกันเพียงพอทั้งด้านวัตถุ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และสามารถสร้างคุณค่าการดำรงวิถีชีวิตไทย”*	ก.การพัฒนาสังคมฯ สำนักนายก รมต. (กปส. อสมท. สคบ. สสส.) ก.วัฒนธรรม ก.เทคโนโลยีฯ *ก.มหาดไทย ก.สาธารณสุข สปสช. ก.ศึกษาธิการ ก.แรงงาน ก.ทรัพยากรฯ ก.การท่องเที่ยวฯ ก.วิทยาศาสตร์ฯ กทม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันวิชาชีพ ภาคเอกชน สื่อมวลชน ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน*
	2.2 สถาบันภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน มีส่วนร่วมและเป็นเครือข่ายในการสร้างวิถีชีวิตเพื่อการมีสุขภาพดีได้อย่างมีประสิทธิภาพ				
ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาศักยภาพชุมชน (Community Building)	3.1 ชุมชน ท้องถิ่น และองค์กร รับรู้ เข้าใจ ตระหนักสามารถดูแลและจัดการเกี่ยวกับสุขภาพดี วิถีชีวิตไทยและสุขภาวะ	บุคลากร ผู้นำภาครัฐ เอกชน ชุมชน และประชาชนปรับเปลี่ยนทัศนคติและกระบวนทัศน์ใหม่ *“กระบวนทัศน์ใหม่ของชุมชนร่วมกับสถานบริการด่านหน้าและบริการระดับปฐมภูมิสู่การดูแลและจัดการสุขภาพด้วยตนเอง”*	ชุมชน ท้องถิ่น และองค์กร มีศักยภาพในการจัดการลดเสี่ยงลดโรคได้ด้วยตนเอง โดยใช้คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา ยึดชุมชนเป็นฐาน และบูรณาการร่วมของชุมชน ท้องถิ่น ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน *“ชุมชนเข้มแข็ง จัดการได้ด้วยตนเองในวงกว้างมากขึ้น”*	ชุมชน ท้องถิ่น และองค์กรสามารถพึ่งพาตนเองในการจัดการลดเสี่ยงลดโรค และภาระโรควิถีชีวิตได้อย่างจริงจัง *“ชุมชน ท้องถิ่น องค์กร จัดการได้ด้วยตนเองอย่างยั่งยืน”*	ก.มหาดไทย กทม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ก.การพัฒนาสังคมฯ *ก.วัฒนธรรม ก.แรงงาน ก.เกษตรฯ ก.สาธารณสุข สปสช. สช. สสส. พศ. สถาบันวิชาชีพ ภาคเอกชน สื่อมวลชน ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน*
ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการโรค (Surveillance & Care System)	4.1 มีระบบเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและโรควิถีชีวิตที่มีคุณภาพมาตรฐาน โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน	ภาคีเครือข่ายมีความเข้าใจ ยอมรับและมีข้อตกลงร่วมกันในการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ เพื่อการเฝ้าระวังโรควิถีชีวิตที่มีคุณภาพมาตรฐาน *“ระบบภาคีเครือข่ายเฝ้าระวังโรควิถีชีวิตที่ครอบคลุมเป็นเอกภาพ”*	ระบบข้อมูลสุขภาพ ระบบรายงานและบุคลากรได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนให้เกิดการเฝ้าระวังโรควิถีชีวิตที่มีคุณภาพมาตรฐาน *“ระบบสนับสนุนการเฝ้าระวังโรควิถีชีวิตที่เข้มแข็ง”*	ระบบการบริหารจัดการเพื่อการเฝ้าระวังโรคและวิถีชีวิตของประเทศไทยที่เป็นมาตรฐานสากล *“ระบบเฝ้าระวังโรคและวิถีชีวิตที่ได้รับการยอมรับและมีมาตรฐานสากลระดับชาติ”*	ก.สาธารณสุข สปสช. สสส. สพฉ. สวรส. ก.ศึกษาธิการ ก.กลาโหม ตช. ก.แรงงาน (สปส.) ก.มหาดไทย กทม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น *ก.วิทยาศาสตร์ฯ สศช. สช. พศ. สสส. สถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน สถาบันวิชาชีพ ภาคเอกชน สื่อมวลชน ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน*
	4.2 กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองที่มีคุณภาพครอบคลุมและสามารถจัดการได้ด้วยตนเอง	บุคลากรสาธารณสุขปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์และศักยภาพบริการใหม่ *“กระบวนทัศน์และศักยภาพใหม่ของแวดวงสาธารณสุข”*	ระบบการคัดกรอง ระบบและมาตรฐานการจัดการโรคและภาวะแทรกซ้อน คุณภาพระบบบริการ และมาตรฐานเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้รับการพัฒนา *“ระบบบริการแบบผสมผสานมีศักยภาพเพียงพอ”*	ประชาชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและดูแลให้สามารถจัดการได้ด้วยตนเอง โดยสร้างความร่วมมือของสถาบันวิชาชีพ แหล่งทุนภาครัฐและเอกชน ในการจัดระบบบริการได้อย่างครอบคลุมและมีคุณภาพมาตรฐานมากขึ้น *“ประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานแบบบูรณาการเป็นองค์รวม”*	
	4.3 กลุ่มผู้ป่วยมีระบบและมาตรฐานการจัดการโรคและภาวะแทรกซ้อน และการดูแลส่งต่อผู้ป่วยโรควิถีชีวิตแบบบูรณาการเป็นองค์รวม				
ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้างความเข้มแข็งของระบบสนับสนุนยุทธศาสตร์ (Capacity Building)	5.1 ผู้นำและบุคลากรมีศักยภาพในการบริหารจัดการและสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ในทุกระดับ	การพัฒนาศักยภาพผู้นำ บุคลากร และระบบการบริหารจัดการ การดำเนินงานระบบคุณภาพ และการประเมินผล *“การบริหารจัดการยุทธศาสตร์แนวใหม่อย่างบูรณาการและเป็นเอกภาพ”*	การวิจัยพัฒนาและจัดการความรู้เกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ การบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ และการบริหารความเสี่ยง *“การบริหารจัดการความรู้ ระบบข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร รองรับการวิจัยพัฒนาต่อยอด ขยายผลการพัฒนาทางด้านบริหารจัดการ บริการ วิชาการ และสร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ”*	ผู้นำ บุคลากร องค์ความรู้ ผลการประเมินและการบริหารจัดการ มีศักยภาพเพียงพอในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ การบริหารจัดการใหม่ได้อย่างเหมาะสม ทันการณ์ *“ระบบบริหารจัดการอยู่บนพื้นฐานเหตุผลทางวิชาการ ความพอประมาณ และพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน”*	ก.เทคโนโลยีฯ ก.ศึกษาธิการ ก.สาธารณสุข สปสช. ก.แรงงาน (สปส.) ก.มหาดไทย กทม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วช. สวรส. สสช. *สสส. สช. พศ. ก.วัฒนธรรม ก.การพัฒนาสังคมฯ สงป. ก.พ. ก.พ.ร. สถาบันวิชาชีพ ภาคเอกชน สื่อมวลชน ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน*
	5.2 มีองค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะและการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ได้อย่างเหมาะสม				
	5.3 มีระบบบริหารจัดการและกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ				
	5.4 มีระบบคุณภาพและการประเมินผลภาพรวมอย่างบูรณาการ				

ตารางที่ 2.1 ยุทธวิธีภายใต้กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554 - 2563

ยุทธศาสตร์	เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์	ยุทธวิธีรายยุทธศาสตร์	ยุทธวิธีร่วม
ยุทธศาสตร์ที่ 1 นโยบายสาธารณะสร้างสุข (Healthy Public Policy)	1.1 มีนโยบายสาธารณะในการควบคุมการบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม ยา และผลิตภัณฑ์ที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ 1.2 มีนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมการผลิตและบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ 1.3 มีนโยบายส่งเสริมการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายและใจ 1.4 มีนโยบายการจัดการน้ำหนักสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ	1-1 สร้างความเข้มแข็งของมาตรการบังคับใช้กฎหมาย มาตรการทางการเงินการคลัง ภาษี การผลิต การตลาด การบริโภค ที่ร่วมรับผิดชอบ และส่งเสริมภูมิปัญญาไทย 1-2 สร้างทางเลือกของนโยบายสาธารณะระดับชาติ บนพื้นฐานสิทธิ หน้าที่ และความเห็นร่วมระดับประชาสังคม 1-3 สร้างนโยบายสาธารณะระดับสถาบัน องค์กร ที่สร้างสภาพแวดล้อมสำหรับปรับพฤติกรรมในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะได้อย่างเพียงพอ และส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	I สร้างกระบวนการบูรณาการ แนวคิด แนวนโยบาย และแนวปฏิบัติ ด้วยการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์และการมีส่วนร่วมของผู้นำและภาคีเครือข่ายในทุกระดับ ตั้งแต่เริ่มต้นจนครบวงจร
ยุทธศาสตร์ที่ 2 การขับเคลื่อนทางสังคม และสื่อสารสาธารณะ (Social Mobilization & Public Communication)	2.1 ประชาชนและสังคม รับรู้ เข้าใจ ตระหนักถึงภาวะเสี่ยง การป้องกันโรค แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ และมีภูมิคุ้มกัน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อโรควิถีชีวิต 2.2 สถาบันภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชนมีส่วนร่วมและเป็นเครือข่ายในการสร้างวิถีชีวิตเพื่อการมีสุขภาพดีได้อย่างมีประสิทธิภาพ	2-1 รณรงค์สร้างกระแสสังคม สื่อสารสาธารณะ และการตลาดเชิงสังคม (Social Marketing) ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรควิถีชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ประเพณี วัฒนธรรม การดำรงชีวิตที่ดีงามแบบไทย มีภูมิคุ้มกันอย่างรอบด้าน และเกิดพลังร่วมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง 2-2 การจัดการความรู้ สร้างหุ้นส่วนภาคีเครือข่าย และช่องทางการสื่อสารเชิงรุกแบบบูรณาการ เพื่อเตือนภัย เรียนรู้ และจัดการความเสี่ยงได้อย่างทันการณ์	
ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาศักยภาพชุมชน (Community Building)	3.1 ชุมชน ท้องถิ่น และองค์กร รับรู้ เข้าใจ ตระหนัก สามารถดูแลและจัดการเกี่ยวกับสุขภาพดีวิถีชีวิตไทยและสุขภาวะ	3-1 เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในการตรวจสอบและเร่งรัดการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ วัฒนธรรม และค่านิยมใหม่ของผู้นำ เจ้าหน้าที่ และประชาชน 3-2 สร้างความร่วมมือ ขยายเครือข่าย พัฒนารูปแบบเพิ่มคุณภาพ และสร้างความเป็นเจ้าของให้จัดการปัจจัยเสี่ยงเพื่อการมีวิถีชีวิตสุขภาพที่ดี	II สร้างนโยบาย กลไก มาตรการ การบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์และระบบอย่างเชื่อมโยงเสริมแรงกันบนพื้นฐานภูมิสังคมและภูมิปัญญาที่เข้มแข็ง
ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง และการจัดการโรค (Surveillance & Care System)	4.1 มีระบบเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและโรควิถีชีวิตที่มีคุณภาพมาตรฐาน โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน 4.2 กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองที่มีคุณภาพ ครอบคลุม และสามารถจัดการได้ด้วยตนเอง 4.3 กลุ่มผู้ป่วยมีระบบและมาตรฐานการจัดการโรคและภาวะแทรกซ้อนและการดูแลส่งต่อผู้ป่วยโรควิถีชีวิตแบบบูรณาการเป็นองค์รวม	4-1 พัฒนาศักยภาพระบบเฝ้าระวังโรคที่มีคุณภาพมาตรฐาน เพื่อการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 4-2 สร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลง ต้นแบบของผู้มีกระบวนทัศน์และศักยภาพบริการใหม่ และกระบวนการเรียนรู้สู่กระแสการเปลี่ยนแปลงแบบเชื่อมโยงเป็นระบบในทุกระดับ 4-3 เพิ่มโอกาสการเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ โดยใช้ชุมชนและเครือข่ายร่วมภาครัฐ-เอกชน-วิชาการ เป็นกลไกนำเข้าสู่ระบบการจัดการได้ด้วยตนเองอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน	III สร้างนวัตกรรม นโยบาย รูปแบบการพัฒนา และแบบอย่างปฏิบัติที่ดีที่มีอิทธิพลต่อการขยายผลให้เกิดการพึ่งพาตนเองและพัฒนาอย่างยั่งยืนในระดับชุมชน ท้องถิ่น สังคม และประเทศ
ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้างความเข้มแข็งของระบบ สนับสนุนยุทธศาสตร์ (Capacity Building)	5.1 ผู้นำและบุคลากรมีศักยภาพในการบริหารจัดการและสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ในทุกระดับ 5.2 มีองค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะและการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ได้อย่างเหมาะสม 5.3 มีระบบบริหารจัดการและกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ 5.4 มีระบบคุณภาพและการประเมินผลภาพรวมอย่างบูรณาการ	5-1 สร้างวัฒนธรรมที่เอื้อต่อการเรียนรู้วิทยาการแนวใหม่ เพิ่มศักยภาพระบบบริหารจัดการทรัพยากร และสร้างระบบพัฒนางานเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง	

ตารางที่ 2.2 กรอบแผนงานภายใต้ยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563

ยุทธศาสตร์ที่ 1 นโยบายสาธารณะสร้างสุข (Healthy Public Policy)

เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์	กรอบแผนงาน	ผู้รับผิดชอบหลักและ*ผู้สนับสนุน*
1.1 มีนโยบายสาธารณะในการควบคุมการบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม ยา และผลิตภัณฑ์ที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ	1.1.1 การบังคับมาตรการทางกฎหมาย (ฉลากโภชนาการและข้อมูลแสดงปริมาณพลังงาน ทั้งอาหารสำเร็จรูป กึ่งสำเร็จรูป อาหารปรุงสำเร็จและพร้อมปรุงตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง การป้องกันและควบคุมการบริโภคบุหรี่ สุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์)	สำนักนายกรัฐมนตรี (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการคลัง กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงคมนาคม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น *กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี* *กระทรวงวัฒนธรรม* *กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์* *กระทรวงแรงงาน กระทรวงการต่างประเทศ,* *หน่วยงานราชการ รัฐวิสาหกิจ* *สถาบันวิชาชีพ ภาคเอกชน สื่อมวลชน* *ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน*
	1.1.2 การศึกษาวิจัยและพัฒนานโยบาย กฎหมาย และมาตรการบังคับ/ส่งเสริม (นโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม ส่งเสริมองค์กรธุรกิจที่มีความรับผิดชอบต่อสังคม เสริมสร้างกลไกคุ้มครองผู้บริโภค ลดความซ้ำซ้อน/ขัดแย้งของกฎหมาย กลไกภาษีและราคา ควบคุมการจำหน่าย โฆษณา ขนาดบรรจุภัณฑ์ของอาหาร เครื่องดื่มที่มีรสหวาน และผลิตภัณฑ์ที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น ซองน้ำตาลขนาดพอดีกับ 1 ช้อนชา, ควบคุมการโฆษณาอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ ยาและอาหารเสริมลดความอ้วน บุหรี่ สุรา, ควบคุมการโฆษณาที่มีผลกระทบต่อการขับเคลื่อนและสร้างกระแสสังคมเกี่ยวกับวิถีชีวิตที่ถูกต้องเหมาะสม, พรบ.อาหาร เป็นต้น ตลอดจนการสร้างแรงจูงใจให้ประชาชน ครอบครัว สถาบัน องค์กรทั้งสังคม เข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและยั่งยืน)	
1.2 มีนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมการผลิตและบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ	1.2.1 การศึกษาวิจัยและพัฒนามาตรการสนับสนุนการผลิตและการบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ปลอดภัย และส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาไทยและสมุนไพรไทย (การสร้างแนวทางมาตรฐานอาหารแห่งชาติ : Food National Guideline from Farm to Table (Food Safety, Food Security, Food Education), อาหารลดหวาน มัน เค็ม(น้ำตาล ไขมัน โซเดียมคลอไรด์), ขนมและอาหารไทยเพื่อสุขภาพ, อาหารหลักและอาหารว่างเพื่อสุขภาพ, อาหารขจัดความเครียด, ขนมขบเคี้ยวและอาหารจุบจิบที่ส่งเสริมสุขภาพ : Healthy Snack ; Smart Snack, น้ำผลไม้ไม่ใส่น้ำตาล, น้ำดื่มสะอาด, โรงเรียนและสถาบันการศึกษาปลอดน้ำอัดลมและขนมคบเคี้ยว บุหรี่ สุรา, ส่งเสริมให้มีตราสัญลักษณ์ ธงโภชนาการ)	
	1.2.2 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังควบคุมคุณภาพมาตรฐานความปลอดภัยอย่างครบวงจรของสินค้าเกษตร การผลิตอาหาร และสร้างความมั่นคงทางอาหาร ส่งเสริมการผลิตและบริโภคผักและผลไม้ไทย และอาหารเกษตรปลอดสารพิษหรือเกษตรอินทรีย์ สมุนไพรและอาหารท้องถิ่นเพื่อสุขภาพ	
	1.2.3 การเพิ่มการเข้าถึงวัตถุดิบ อาหาร เครื่องดื่ม ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผักผลไม้และอาหารเกษตรปลอดสารพิษ ในราคาที่เหมาะสม หาซื้อง่าย ปลอดภัย มีคุณภาพและความรับผิดชอบต่อสังคม	
	1.2.4 การยกระดับมาตรฐานโรงแรม ภัตตาคาร ร้านอาหาร ผู้ผลิตอาหาร และผู้จำหน่าย (จัดให้มีเมนูอาหารมื้อหลักและอาหารว่างสุขภาพ, ให้แสดงปริมาณพลังงาน เกลือ น้ำตาล, มีการใช้วัตถุดิบที่มีคุณค่าทางโภชนาการ)	
1.3 มีนโยบายส่งเสริมการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายและใจ	1.3.1 ท้องถิ่นมีสถานที่ออกกำลังกายและเล่นกีฬาในพื้นที่ (สวนสาธารณะ ถนน ทางเดินเท้า ทางจักรยาน สถานที่และอุปกรณ์ในการออกกำลังกายและเล่นกีฬา, ฟิตเนสเซนเตอร์, ส่งเสริมการจัดกิจกรรมและสิ่งอำนวยความสะดวกอย่างต่อเนื่อง)	
	1.3.2 การส่งเสริมครอบครัวออกกำลังกาย เด็กและเยาวชนเล่นกีฬาและออกกำลังกายเป็นวิถีชีวิต การมีกิจกรรมทางกายและใจที่เหมาะสมกับอาชีพและช่วงวัย (การพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอน การเพิ่มศักยภาพการเรียนการสอนวิชาพละศึกษาและกิจกรรมเสริมหลักสูตร, การสร้างพื้นที่สีขาวสำหรับเด็กและเยาวชน, ส่งเสริมธุรกิจการออกกำลังกาย, การลดหย่อนภาษีสำหรับอุปกรณ์การเล่นกีฬาและออกกำลังกาย, มาตรการส่งเสริมการได้รับประโยชน์จากการออกกำลังกาย, มาตรการสร้างภาพลักษณ์กติกาเชิงบังคับทางสังคม)	
	1.3.3 นโยบายการวางผังเมือง การสร้างพื้นที่สาธารณะ พื้นที่สีเขียว ระบบขนส่งมวลชน การก่อสร้างอาคาร สภาพแวดล้อม และสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย ใกล้บ้าน ใกล้ที่ทำงาน ใกล้ชุมชน ได้อย่างปลอดภัย	
1.4 มีนโยบายการจัดการน้ำหนักสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ	1.4.1 ศูนย์เด็กเล็ก ศูนย์พัฒนาเด็ก สถานรับเลี้ยงเด็กเอกชน โรงเรียน และสถาบันการศึกษา มีนโยบายส่งเสริมจัดการน้ำหนัก (จัดเมนูอาหารสุขภาพ, กินผักและผลไม้, ปลอดเครื่องดื่มรสหวาน, ปลอดขนมกรุบกรอบ, ออกกำลังกายและสันทนาการ และส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่)	
	1.4.2 ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ธุรกิจเอกชน และแรงงานในสถานประกอบการ “กินดี ไม่มีพุง” (จัดสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่ม อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณค่าทางโภชนาการและถูกสุขอนามัย, สถานที่ออกกำลังกาย, การผ่อนคลายความเครียด, อาหารหลักและอาหารว่างเพื่อสุขภาพ, เมนูอาหารสุขภาพ, มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนอื่นๆ : มาตรการทางภาษี; การเงินการคลัง; สวัสดิการ)	

ตารางที่ 2.2 กรอบแผนงานภายใต้ยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 (ต่อ)

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะ (Social Mobilization & Public Communication)

เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์	กรอบแผนงาน	ผู้รับผิดชอบหลักและ*ผู้สนับสนุน*
2.1 ประชาชนและสังคม รับรู้ เข้าใจ ตระหนักถึงภาวะเสี่ยง การป้องกันโรค แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ และมีภูมิคุ้มกันเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อโรควิถีชีวิต	2-1 การรณรงค์และประชาสัมพันธ์การขับเคลื่อนสังคมและการสื่อสารสาธารณะผ่านช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงต่อเนื่อง (การสร้างกระแสสังคม รณรงค์สื่อสารประเด็นนโยบายสาธารณะและประเด็นเฉพาะ และการตลาดเพื่อสร้างสุขภาพดีวิถีชีวิตไทย (Marketing Healthy Lifestyle) เช่น โรควิถีชีวิตป้องกันได้, กินดี ไม่มีพุง, การผลิต การตลาด และการบริโภคอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ, ค่านิยม ประเพณี วัฒนธรรมการบริโภคขนมและอาหารไทย เครื่องดื่มสมุนไพรไทย ที่ลดหวาน มัน เค็ม และเพิ่มผักและผลไม้, การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมในการดำรงชีวิตประจำวัน, ความเครียดทำให้ความดันโลหิตสูง, ความโกรธทำให้เป็นโรคหัวใจ, การจัดการความเสี่ยง อารมณ์และความเครียด, การดูแลสุขภาพตนเอง, การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง, การพัฒนาคุณภาพระบบบริการ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้เป็นโรค : คุณภาพบริการเพื่อลดปัญหาหัวใจ สมอง เท้า ตาบอด ไตวายจากเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เป็นต้น)	กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักนายกรัฐมนตรี (กรมประชาสัมพันธ์ องค์การสื่อสารมวลชนแห่งประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ) กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร *กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข* *สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ* *กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน* *กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม* *กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา* *กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี* *กรุงเทพมหานคร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น* *สถาบันวิชาชีพ ภาคเอกชน สื่อมวลชน* *ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน*
2.2 สถาบันภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน มีส่วนร่วมและเป็นเครือข่ายในการสร้างวิถีชีวิตเพื่อการมีสุขภาพดีได้อย่างมีประสิทธิภาพ	2-2 การสร้างและพัฒนาเครือข่ายการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม (การสร้างและพัฒนาความร่วมมือด้านการสื่อสารเพื่อสังคม และเครือข่ายการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ท้องถิ่น ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน และสื่อมวลชน) 2-3 การจัดการความรู้ในการขับเคลื่อนสังคมและการสื่อสารสาธารณะ (การจัดการความรู้และพัฒนาช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น ศึกษาวิจัย, แลกเปลี่ยนเรียนรู้, ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านปัจจัยเสี่ยง, การพัฒนาคุณภาพสื่อและเทคโนโลยีการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์, การสร้างวัฒนธรรมและสังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิต, การสร้างภูมิคุ้มกันระดับปัจเจก, การเลือกบริโภคสินค้าและบริการที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม, การดำเนินวิถีชีวิตพอเพียงตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงและสุขภาพพอเพียง เป็นต้น) 2-4 การควบคุมสื่อสาธารณะที่สร้างวิถีชีวิตที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ (การควบคุมสื่อสาธารณะผ่านช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย ทั้งโทรทัศน์ วิทยุ วิทยุชุมชน อินเทอร์เน็ต สื่อสิ่งพิมพ์ ที่สร้างการรับรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ และค่านิยมในการดำเนินวิถีชีวิตที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ)	

ตารางที่ 2.2 กรอบแผนงานภายใต้ยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 (ต่อ)

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาศักยภาพชุมชน (Community Building)

เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์	กรอบแผนงาน	ผู้รับผิดชอบหลักและ*ผู้สนับสนุน*
3.1 ชุมชน ท้องถิ่น และองค์กร รับรู้ เข้าใจ ตระหนัก สามารถดูแลและจัดการเกี่ยวกับสุขภาพดีวิถีชีวิตไทย และสุขภาวะ	3.1.1 การสร้างความตระหนักและเสริมสร้างพลังความเข้มแข็งชุมชนในการจัดการปัญหาทางด้านกาย ใจ สังคม ปัญญา/จิตวิญญาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ (การปรับกระบวนทัศน์ของบุคลากร ผู้นำภาครัฐ เอกชน ชุมชน และประชาชน, การสนับสนุนกิจกรรมนำร่องเสริมสร้างสุขภาพชุมชน โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในลักษณะเครือข่ายและการจัดการสนับสนุนรูปแบบนวัตกรรมการลดเสี่ยงลดโรคในชุมชน, การบูรณาการนโยบาย แผน การจัดการทรัพยากร สภาพแวดล้อมของเครือข่ายในระดับชุมชนร่วมกับภาครัฐ ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ท้องถิ่น ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน, การขับเคลื่อนนโยบาย แผนงาน โครงการ กิจกรรม รวมทั้งการพัฒนาโครงสร้าง เครื่องมือ และระบบการนิเทศติดตามประเมินผลที่เน้นการสร้างความร่วมมือสนับสนุนกระบวนการแบบบูรณาการในการสร้างสุขภาพวิถีชีวิตไทยภายในชุมชน การสร้างระบบเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและสุขภาพชุมชน ระบบสวัสดิการชุมชน ระบบทุนชุมชน ระบบธุรกิจชุมชน ระบบอุตสาหกรรมชุมชนที่เอื้อต่อการดำเนินวิถีชีวิตและธุรกิจสุขภาพที่พอเพียงและรับผิดชอบต่อสังคม) 3.1.2 บูรณาการบริหารจัดการข้อมูลและข่าวสารชุมชน หมู่บ้าน (การสนับสนุนข้อมูลและข่าวสารอย่างบูรณาการ, การบูรณาการข้อมูลข่าวสารโดยชุมชนเพื่อชุมชน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างชุมชนและเครือข่าย) 3.1.3 การพัฒนาและขยายรูปแบบชุมชน ท้องถิ่น และองค์กร ที่มีศักยภาพในการจัดการลดเสี่ยงลดโรค (การพัฒนาและขยายรูปแบบในลักษณะต่างๆ เช่น ชุมชนต้นแบบสุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ชุมชนต้นกล้าลดเสี่ยง การทำบัญชีพลังงาน (Energy Accounting) ชุมชนอ่อนหวาน ชุมชนปลอดความโกรธ ถนนชุมชนสุขภาพ ต่อยอดชุมชนเกษตรทฤษฎีใหม่/เศรษฐกิจพอเพียง ความร่วมมือกับผู้ประกอบการในชุมชน การคัดกรองความเสี่ยงระดับหมู่บ้าน เป็นต้น การพัฒนากลไกการทำงานและสนับสนุนบูรณาการทรัพยากรแบบเครือข่าย สนับสนุนการจัดการความรู้แบบบูรณาการของเครือข่ายและกลุ่มเป้าหมายในแต่ละระดับ สนับสนุนให้มีการกำหนดและใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมายที่ลดเสี่ยงและสร้างสุขภาพ)	กระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ *กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงแรงงาน* *กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงสาธารณสุข* *สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ* *สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ* *สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ* *สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ* *สถาบันวิชาชีพ ภาคเอกชน สื่อมวลชน* *ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน*

ตารางที่ 2.2 กรอบแผนงานภายใต้ยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 (ต่อ)

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการโรค (Surveillance & Care System)

เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์	กรอบแผนงาน	ผู้รับผิดชอบหลักและ*ผู้สนับสนุน*
4.1 มีระบบเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและโรควิถีชีวิตที่มีคุณภาพมาตรฐาน โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน	4.1.1 การพัฒนาศักยภาพระบบเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและโรควิถีชีวิตที่มีคุณภาพมาตรฐานเพื่อป้องกันควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ (การสร้างระบบเครือข่ายการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและโรควิถีชีวิตที่มีคุณภาพมาตรฐาน : การพัฒนากลไกระบบเครือข่าย; ระบบการสำรวจสุขภาพประชากร; ระบบทะเบียนข้อมูลสุขภาพของโรคเป้าหมาย; ระบบสถิติชีพ; ระบบ National Electronic Surveillance System ที่มีมาตรฐาน, การพัฒนาระบบรายงานการเฝ้าระวังโรควิถีชีวิตที่มีคุณภาพมาตรฐาน : ระบบการสื่อสารและรายงานการเฝ้าระวังโรคที่เป็นปัจจุบันและมีมาตรฐานสู่กลุ่มเป้าหมาย; การเพิ่มศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้สามารถเฝ้าระวังโรควิถีชีวิต; การจัดตั้ง National Health and Lifestyle Surveillance System Center)	กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงแรงงาน (สำนักงานประกันสังคม) กระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น *กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี* *สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ* *สำนักงานสถิติแห่งชาติ* *สถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน* *สถาบันวิชาชีพ ภาคเอกชน สื่อมวลชน* *ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน*
4.2 กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองที่มีคุณภาพครอบคลุม และสามารถจัดการได้ด้วยตนเอง	4.2.1 การพัฒนาการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (Comprehensive/Composite/Target Screening) (การคัดกรองภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วน ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลและอินซูลินผิดปกติ ความเครียด และอื่นๆ ที่เป็นพฤติกรรมเสี่ยง, การสนับสนุนให้มีการตรวจสุขภาพประจำปี, การพัฒนาชุดตรวจสอบเบื้องต้นอย่างง่าย ทั้งปัจจัยเสี่ยงและโรควิถีชีวิต การพัฒนาชุดตรวจสอบทางพันธุกรรมในโรคเป้าหมาย และเพิ่มขีดความสามารถและความครอบคลุมในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งพัฒนาที่ปรึกษาทางสุขภาพที่มีศักยภาพรองรับอย่างเพียงพอ)	
	4.2.2 การบริการลดเสี่ยงต่อเนื่อง (การพัฒนาแนวคิดและระบบบริการคัดกรองและลดเสี่ยงให้บูรณาการกับระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ได้อย่างมีคุณภาพและสนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงสามารถจัดการดูแลลดเสี่ยงได้ด้วยตนเอง)	
4.3 กลุ่มผู้ป่วยมีระบบและมาตรฐานการบริหารจัดการโรคและภาวะแทรกซ้อนและการดูแลส่งต่อผู้ป่วยโรควิถีชีวิตแบบบูรณาการเป็นองค์รวม	4.3.1 การพัฒนากระบวนทัศน์และศักยภาพใหม่ของบุคลากรสาธารณสุข (แนวคิดการให้ความรู้แบบบูรณาการ, แนวคิดการจัดการตนเอง, แนวคิดต้นแบบดูแลสุขภาพเรื้อรัง (Chronic Care Model))	
	4.3.2 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและดูแลภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วย (เบาหวาน มีการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า และอื่นๆ รวมทั้งการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง หัวใจ หลอดเลือดสมอง และมะเร็ง)	
	4.3.3 การพัฒนามาตรฐาน ระบบ และความเข้มแข็งของการจัดการด้านการดูแลรักษากลุ่มโรควิถีชีวิตในระดับชาติ โดยผสมผสานภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และการแพทย์แผนปัจจุบัน (คู่มือการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรควิถีชีวิตในระดับชาติ, พัฒนาระบบทะเบียนและรายงานโรค (เสริมความเข้มแข็งจากระบบเดิม), การจัดตั้ง Assessment Center การติดตามและประเมินผล (Clinical Audit / Clinical Indicator), การพัฒนาและธำรงรักษาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพและเครือข่ายสุขภาพในการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนและดูแลรักษาของกลุ่มโรควิถีชีวิตแบบบูรณาการ, การพัฒนามาตรฐานเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับบริการลดเสี่ยงลดโรค, การกำหนดมาตรฐานค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรควิถีชีวิต)	
	4.3.4 การประสานความร่วมมือในการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพร่วมกัน (การบูรณาการระบบการจัดการตนเองและระบบการดูแลส่งต่อผู้ป่วยแบบบูรณาการอย่างครบวงจร, การจัดการผู้ป่วย (Disease Management) แบบบูรณาการตั้งแต่ระดับชุมชน จังหวัด จนถึงระดับชาติ)	

ตารางที่ 2.2 กรอบแผนงานภายใต้ยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 (ต่อ)

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้างความเข้มแข็งของระบบสนับสนุนยุทธศาสตร์ (Capacity Building)

เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์	กรอบแผนงาน	ผู้รับผิดชอบหลักและ*ผู้สนับสนุน*
5.1 ผู้นำและบุคลากรมีศักยภาพในการบริหารจัดการและสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ในทุกระดับ	5.1.1 การเพิ่มขีดความสามารถของผู้นำและบุคลากร (การเสริมสร้างศักยภาพผู้นำระดับบริหารและแกนนำระดับปฏิบัติการ : ระดับนโยบายส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ระดับจังหวัด ระดับพื้นที่/ท้องถิ่น ระดับองค์กร ระดับบุคคล, การพัฒนาหลักสูตร บุคลากรสาธารณสุข และการธำรงรักษาบุคลากรสาธารณสุข เพื่อรองรับการพัฒนาอย่างเพียงพอ เหมาะสม และเป็นระบบ, การพัฒนาศูนย์ประสานและจัดการความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพองค์กรร่วมกับชุมชน)	กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงแรงงาน (สำนักงานประกันสังคม) กระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานสถิติแห่งชาติ *สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ* *สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ* *สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ* *กระทรวงวัฒนธรรม* *กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์* *สำนักงบประมาณ* *สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน* *สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ* *สถาบันวิชาชีพ ภาคเอกชน สื่อมวลชน* *ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน*
5.2 มีองค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะและการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ได้อย่างเหมาะสม	5.2.1 การจัดการความรู้และวิจัยแบบบูรณาการในทุกระดับ (การพัฒนาระบบต้นแบบดำรงชีวิตไทยเพื่อการมีสุขภาพดี, การพัฒนาระบบการจัดการความรู้และวิจัยด้านสุขภาพดีวิถีชีวิตไทยที่นำไปใช้ได้, การศึกษาวิจัยนโยบายและยุทธศาสตร์ การบริหารทรัพยากร การบริหารความเสี่ยง การใช้วิทยาการที่เหมาะสมและทันสมัยในการเพิ่มประสิทธิภาพการพัฒนาทางด้านการบริหารจัดการ การจัดบริการ และวิชาการ, การศึกษาผลกระทบทางด้านสุขภาพที่มีนโยบายระดับชาติมาเกี่ยวข้อง, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างชุมชน ท้องถิ่น ประเทศ)	
5.3 มีระบบบริหารจัดการและกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ	5.3.1 การสร้างระบบบริหารจัดการและกลไกการดำเนินงานวิธีใหม่ (การจัดตั้งศูนย์และสร้างต้นแบบการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ (Work System Model), การพัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูลข่าวสาร (Management Information System), รูปแบบและกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์, การสร้างแรงจูงใจให้เกิดผลผลิตตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้)	
5.4 มีระบบคุณภาพและการประเมินผลภาพรวมอย่างบูรณาการ	5.4.1 การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ประเมินผล และพัฒนาคุณภาพอย่างบูรณาการ (การพัฒนากรอบการวางแผนร่วมกันของการประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ร่วม, การพัฒนาระบบข้อมูลและการใช้ประโยชน์ข้อมูลในการเฝ้าระวังเชิงบริหาร และการประเมินผลนโยบายและยุทธศาสตร์, การพัฒนาระบบคุณภาพเพื่อการบริหารจัดการอย่างบูรณาการและต่อเนื่อง)	

ภาคที่ 3

แนวทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย

จากกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย จำเป็นต้องมีการผลักดันขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติการให้บังเกิดผลสัมฤทธิ์ตามที่ได้กำหนดไว้ ผ่านกระบวนการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์และกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ด้วยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนอย่างเป็นเอกภาพและจริงจัง

ส่วนที่ 1 แนวทางการบริหารจัดการสู่ความสำเร็จ

1. สร้างเจตจำนงค์ทางการเมือง ให้กลไกทางการเมืองทุกฝ่ายทุกระดับต้องให้ความสำคัญและความร่วมมือในการกำหนดนโยบายและสนับสนุนการดำเนินงาน

2. สร้างจิตสำนึก ค่านิยม อุดมการณ์ ความรักและภาคภูมิใจในความเป็นไทย ดำรงไว้ซึ่งขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมอันดีงามและภูมิปัญญาท้องถิ่นทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สถาบัน องค์กร ท้องถิ่น ชุมชน สังคม และประเทศ

3. มุ่งเน้นป้องกัน ส่งเสริม ขจัดปัญหา สร้างศักยภาพของประชาชนและชุมชนในระดับรากหญ้าให้เข้มแข็ง มีภูมิคุ้มกัน สามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืนบนพื้นฐานปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อสร้างวิถีชีวิตพอเพียงที่ทำให้มีสุขภาพดีอย่างพอเพียง ยกระดับคุณภาพชีวิต สร้างสังคมที่เข้มแข็ง สังคมคุณธรรม สังคมที่เกื้อกูลต่อกัน และสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจของประเทศ

4. แสวงหาความร่วมมือและเสริมสร้างบทบาทการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคมและภาคประชาชน ผ่านกระบวนการบูรณาการแผนในทุกรูปแบบและทุกระดับสู่การปฏิบัติการในลักษณะหุ้นส่วนและพันธมิตรทางด้านยุทธศาสตร์และการพัฒนาในทุกประเด็นและทุกขั้นตอนอย่างเป็นเอกภาพ เข้มแข็งและยั่งยืน

5. จัดโครงสร้างองค์กร/กลไกการขับเคลื่อนในทุกระดับตั้งแต่ระดับชาติ จังหวัด อำเภอ/กิ่งอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน/ชุมชน เพื่อเป็นแกนนำรับผิดชอบดำเนินการในลักษณะการบูรณาการทั้งแนวคิด แนวนโยบาย แผนงาน งบประมาณ ทรัพยากร การปฏิบัติการและกำหนดเป็นตัวชี้วัดในการพัฒนาและการติดตามประเมินผล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน

6. ให้ทุกส่วนราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจทุกระดับต้องให้ความสำคัญมีส่วนร่วมรับผิดชอบจัดให้มีระบบบริหารจัดการสนับสนุนดำเนินการที่มุ่งผลสัมฤทธิ์อย่างจริงจังและต่อเนื่อง เพื่อให้บังเกิดผลในทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ตอบสนองต่อนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ได้กำหนดไว้

ส่วนที่ 2 กลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย

ได้กำหนดกลไกการขับเคลื่อนระดับนโยบายและระดับบริหารในระดับชาติ ประกอบด้วย คณะกรรมการ 2 คณะ คือ

1. คณะกรรมการอำนวยการยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย มีองค์ประกอบดังนี้

ประธาน : นายกรัฐมนตรี

รองประธาน : รองนายกรัฐมนตรี ที่ได้รับมอบหมาย

กรรมการ : ผู้บริหารภาครัฐ องค์กรอิสระ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรระหว่างประเทศ สถาบันวิชาชีพ ภาคเอกชน สื่อมวลชน ภาคประชาสังคม

เลขานุการ : ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล

2. คณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย มีองค์ประกอบดังนี้

ที่ปรึกษา : ผู้ทรงคุณวุฒิ

ประธาน : รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

รองประธาน : รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กรรมการ : ผู้บริหารภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ องค์กรอิสระ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันวิชาชีพ ภาคเอกชน สื่อมวลชน ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน

เลขานุการ : รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับมอบหมาย
รองเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ที่ได้รับมอบหมาย
ผู้อำนวยการสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

ทั้งนี้ คณะกรรมการดังกล่าวข้างต้น ทั้ง 2 คณะ มีบทบาทในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยสู่การปฏิบัติการในระดับชาติ ให้บังเกิดผลสัมฤทธิ์อย่างจริงจังและยั่งยืน (ดูรายละเอียดภาคผนวก 3)





ภาคผนวก



ภาคผนวก 1

กรอบขั้นตอนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลา	2550	2551	2552	2553
1.	การประชุมคณะอนุกรรมการนโยบายสังคมครั้งที่ 3/2550 โดย สศช. มีมติให้ สธ. เป็นเจ้าภาพหลัก ร่วมกับ สถาบันวิจัยโภชนาการ และ สศช.ดำเนินการเรื่องแนวทางการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ	23 มี.ค. 50				
2.	กำหนดผู้รับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข (รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข)	12 เม.ย. 50				
3.	การประชุมปรึกษาหารือระดับผู้บริหารร่วมของ สธ. (นพ.วัลลภ ไทยเหนือ รมช.สธ. นพ.สุวัจน์ เทียรทอง รองปลัด สธ., นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ ผอ.สนย.) สศช. (นายกิติศักดิ์ สินธุวนิช รองเลขาธิการฯ) สถาบันวิจัยโภชนาการ (รศ.ดร.เอมอร วสันตวิสุทธิ์ ผอ.สถาบันฯ)	25 พ.ค. 50				
4.	การยกร่างแนวทางการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ : มาตรการในการลดภาวะน้ำหนักเกินภาวะอ้วน (IHPP สนย. และสถาบันวิจัยโภชนาการ)	26 พ.ค. 50 - 24 มิ.ย. 50				
5.	การประชุมระดมความคิด เรื่อง แนวทางการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ : มาตรการในการลดภาวะน้ำหนักเกิน ภาวะอ้วน จัดโดย สศช. (นพ.วัลลภ ไทยเหนือ รมช.สธ.เป็นประธาน)	25 มิ.ย. 50				
6.	การประชุมปรึกษาหารือเกี่ยวกับแนวทางการลดปัจจัยเสี่ยงจากภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (สธ.) (นพ.วัลลภ ไทยเหนือ รมช.สธ.เป็นประธาน)	24 ก.ค. 50				
7.	การประชุมปรึกษาหารือการลดปัจจัยเสี่ยงจากภาวะน้ำหนักเกินของ สธ.	1 ส.ค. 50				
8.	การประชุมปรึกษาหารือการลดปัจจัยเสี่ยงจากภาวะน้ำหนักเกินของ สธ.	14 ส.ค. 50				
9.	การประชุมพิจารณาแนวทางการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (นพ.วัลลภ ไทยเหนือ รมช.สธ.เป็นประธาน)	24 ส.ค. 50				
10.	การบูรณาการแผนงานในอดีตของ สธ. สปสช. สวรส. และ สสส. ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น แผนเบาหวาน แผนอ้วน แผนภัยเงียบ แผนคนไทยไร้พุง แผนการจัดการโรคเบาหวาน ฯลฯ	ส.ค. 50 - ต้น ก.ย. 50				
11.	การขับเคลื่อนแผนสู่การสื่อสารสังคม เช่น นำเสนอแผนฯ ในงานสัมมนาการวิจัยระดับประเทศต่อผู้ทรงคุณวุฒิด้านการเงินการคลัง ด้านระบบบริการสุขภาพ ผู้บริหารภาคสาธารณสุข นักวิชาการภาคสื่อสารมวลชน เป็นต้น	7-11 ก.ย. 50				
12.	การประชุมเชิงปฏิบัติการหลายครั้ง เพื่อยกร่างแผนการลดปัจจัยเสี่ยงฯ	12-23 ก.ย. 50				
13.	การประชุมพิจารณา (ร่าง) กรอบแผนยุทธศาสตร์และแนวทางฯ ต่อที่ประชุมภายใน สธ. (นพ.วัลลภ ไทยเหนือ รมช.สธ. เป็นประธาน)	24 ก.ย. 50				
14.	การประชุมปรึกษาหารือเพื่อปรับ (ร่าง) กรอบแผนยุทธศาสตร์และแนวทางฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกสังกัด สธ.	3 ต.ค. 50				
15.	การประชุมสรุป (ร่าง) กรอบแผนยุทธศาสตร์และแนวทางฯ [ฉบับปรับปรุงแก้ไข]	4-7 ต.ค. 50				
16.	การประชุมนำเสนอสรุป (ร่าง) กรอบแผนยุทธศาสตร์และแนวทางฯ ต่อที่ประชุมภายใน สธ. เพื่อให้ความเห็นชอบ (นพ.วัลลภ ไทยเหนือ รมช.สธ.เป็นประธาน)	8 ต.ค. 50				
17.	การประชุมนำเสนอ (ร่าง) กรอบยุทธศาสตร์โรควิถีชีวิตแห่งชาติฯ (ปรับชื่อใหม่) กลไกและกรอบการดำเนินงานฯ ร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เพื่อให้ความเห็นชอบเบื้องต้น	15 ต.ค. 50				
18.	การประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำ (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2550-2559 ร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน (นพ.วัลลภ ไทยเหนือ รมช.สธ. เป็นประธาน)	28-30 ต.ค. 50				
19.	จัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2550-2559	1 พ.ย. 50 - 31 ธ.ค. 50				
20.	การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2550-2559 สู่การปฏิบัติการของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง	1 ม.ค. 51 - 5 ก.ย. 53				
21.	การประชุมปรึกษาหารือการทบทวนแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2550-2559 และบูรณาการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติการ ครั้งที่ 1 ของภาคีทางด้านสุขภาพส่วนกลาง	6 ก.ย. 53				
22.	การประชุมเชิงปฏิบัติการทบทวนแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 และบูรณาการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติการ ครั้งที่ 2 ของภาคีทางด้านสุขภาพส่วนกลางและส่วนภูมิภาค (นพ.ไพจิตร์ วราชิต ปลัด สธ. เป็นประธาน)	15-16 ก.ย. 53				
23.	การประชุมปรึกษาหารือการทบทวนแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 ครั้งที่ 3 ของภาคีทางด้านสุขภาพและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน (นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ รองปลัด สธ. เป็นประธาน)	28 ต.ค. 53				
24.	การประชุมนำเสนอร่างแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 ต่อที่ประชุมกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความเห็นชอบ (นายจุรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์ รมว.สธ. เป็นประธาน)	29 พ.ย. 53				
25.	จัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 นำเสนอต่อ ครม. เพื่ออนุมัติ (ครม. ได้มีมติอนุมัติในหลักการแผนยุทธศาสตร์และกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระดับชาติในการประชุม ครม. ครั้งที่ 10/2554 วันที่ 8 มี.ค. 2554)	ธ.ค. 53				

ภาคผนวก 2

ความสัมพันธ์ของเป้าหมายและยุทธศาสตร์การพัฒนาในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 กับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563

ยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย

เพิ่มวิถีชีวิตพอเพียงด้วยการบริโภคที่เหมาะสม ออกกำลังกายที่เพียงพอ การจัดการอารมณ์ได้เหมาะสม

ลดการเกิดโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดพิการ ลดการตาย ลดภาระค่าใช้จ่ายจากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง และอายุขัยเฉลี่ยที่ปราศจากโรคเพิ่มขึ้น

ยุทธศาสตร์ที่ 1 นโยบายสาธารณะสร้างสุข

1.1 มีนโยบายสาธารณะในการควบคุมการบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม ยาและผลิตภัณฑ์ที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ

1.2 มีนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมการผลิตและการบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ

1.3 มีนโยบายส่งเสริมการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายและใจ

1.4 มีนโยบายการจัดการน้ำหนักสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะ

2.1 ประชาชนและสังคมรับรู้ เข้าใจ ตระหนักถึงภาวะเสี่ยง การป้องกันโรค แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพและมีภูมิคุ้มกัน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อโรควิถีชีวิต

2.2 สถาบันภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคมและภาคประชาชน มีส่วนร่วมและเป็นเครือข่ายในการสร้างวิถีชีวิตเพื่อการมีสุขภาพดีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาศักยภาพชุมชน

3.1 ชุมชน ท้องถิ่น และองค์กร รับรู้ เข้าใจ ตระหนัก สามารถดูแลและจัดการเกี่ยวกับสุขภาพดีวิถีชีวิตไทยและสุขภาวะ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการโรค

4.1 มีระบบเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและโรควิถีชีวิตที่มีคุณภาพมาตรฐาน

4.2 กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองที่มีคุณภาพ ครอบคลุม และสามารถจัดการได้ด้วยตนเอง

4.3 กลุ่มผู้ป่วยมีระบบและมาตรฐานการจัดการโรคและภาวะแทรกซ้อน และการดูแลส่งต่อผู้ป่วยโรควิถีชีวิตแบบบูรณาการเป็นองค์รวม

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้างความเข้มแข็งของระบบสนับสนุนยุทธศาสตร์

5.1 ผู้นำและบุคลากรมีศักยภาพในการบริหารจัดการและสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ในทุกระดับ

5.2 มีองค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะและการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ได้อย่างเหมาะสม

5.3 มีระบบบริหารจัดการและกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ

5.4 มีระบบคุณภาพและการประเมินผลภาพรวมอย่างบูรณาการ

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554

ยุทธศาสตร์การสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ

สามารถควบคุม ป้องกันโรคที่มีสาเหตุการป่วยและตายที่สำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง

1. มีมาตรการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ เช่น พฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกายและมีสุขภาพจิตที่ดี
2. มีนโยบายที่สำคัญและโครงการขนาดใหญ่ ที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพได้รับการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ
3. มีระบบภูมิคุ้มกันที่ลดผลกระทบจากกระแสโลกาภิวัตน์และการค้าเสรี
4. มีการจัดทำเป้าหมายและระบบการติดตามเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์การสร้างวัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขในสังคมแห่งสุขภาวะ

1. มีความปลอดภัยของด้านอาหาร โภชนาการ ยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ความปลอดภัยในการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
2. มีกิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมอย่างรอบด้าน
3. การเติบโตและขยายบทบาทขององค์กรสาธารณะและประชาสังคมด้านสุขภาพ
4. มีการพัฒนารูปแบบใหม่ๆ ของอาสาสมัครสุขภาพเพิ่มขึ้น
5. มีการพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณและสุขภาวะทางปัญญาตามแนวทางศาสนา

ยุทธศาสตร์การสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพ

1. มีกลไกการเฝ้าระวังวัฒนธรรมการปฏิบัติตนและปฏิบัติงานให้เป็นไปในลักษณะที่เหมาะสม
2. มีการส่งเสริมและเผยแพร่เรื่องราวของบุคคลต้นแบบที่เป็นแบบอย่างที่ดี
3. มีการส่งเสริมให้เกิดหน่วยงานตัวอย่างด้านวัฒนธรรมองค์กรขึ้นในทุกระดับกรมและทุกจังหวัด
4. มีการสนับสนุนให้เกิดการค้นหาและชื่นชมเรื่องราวเกี่ยวกับความดีคุณภาพของวิชาชีพและอุดมคติของชีวิตที่แฝงอยู่ในระบบงาน

ยุทธศาสตร์การสร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจผู้ให้บริการมีความสุข

1. ขยายและยกระดับคุณภาพและระบบบริการปฐมภูมิ
2. ผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มีศักยภาพและกระจายอย่างเหมาะสม
3. มีการประเมินความพึงพอใจทั้งในผู้มารับบริการและผู้ให้บริการ
4. ผู้ป่วย คนทุกข์ คนยากหรือผู้พิการไม่ถูกทอดทิ้งและได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างสมศักดิ์ศรี

ยุทธศาสตร์การสร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากล

1. การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ได้รับการพัฒนาและสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายอย่างจริงจังและต่อเนื่อง
2. ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพและวิถีการดูแลรักษาสุขภาพจากภูมิปัญญาไทยที่ปลอดภัย มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับและได้รับการอนุรักษ์และคุ้มครอง
3. มีการสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น
4. มีระบบการประเมินเทคโนโลยีและการวางแผนทรัพยากรทางการแพทย์

ยุทธศาสตร์การสร้างระบบสุขภาพฐานความรู้ด้วยการจัดการความรู้

1. มีระบบข้อมูลและระบบประเมินและตัวชี้วัดบนพื้นฐานของความรอบคอบ ความระมัดระวังและให้ความรู้ทางวิชาการที่เหมาะสมเพียงพอ
2. มีการพัฒนาระบบข้อมูลองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านนโยบายและการปฏิบัติ
3. มีการพัฒนาระบบการตรวจสอบ ติดตาม ประเมินผลนโยบาย แผนงาน และการบริหารที่มีประสิทธิภาพ และมีคุณธรรม จริยธรรม

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554

ยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพคนและสังคมสู่สังคมภูมิปัญญาและการเรียนรู้/เป้าหมายการพัฒนาคุณภาพคน

ลดอัตราเพิ่มจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง

ลดรายจ่ายด้านสุขภาพของบุคคลลงในระยะยาว

อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้นเป็น 80 ปี

ยุทธศาสตร์การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและสังคมให้เป็นรากฐานที่มั่นคงของประเทศ

1. ชุมชนอยู่เย็นเป็นสุข
2. ทุกชุมชนมีแผนชุมชนแบบมีส่วนร่วม

ยุทธศาสตร์การปรับโครงสร้างเศรษฐกิจให้สมดุลและยั่งยืน

1. ผลิตภาพการผลิตรวมสูงขึ้นเฉลี่ยไม่ต่ำกว่าร้อยละ 3 ต่อปี (ภาคอุตสาหกรรม ภาคการเกษตร และภาคการบริการ)
2. ลงทุนเพื่อการวิจัยและพัฒนาเป็นร้อยละ 0.5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ

ยุทธศาสตร์การพัฒนาบนฐานความหลากหลายทางชีวภาพและการสร้างความมั่นคงของระบบทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม

1. ลดการนำเข้าปุ๋ยและสารเคมีทางการเกษตรให้ไม่เกินปีละ 3.5 ล้านตัน รวมทั้งมีระบบจัดการสารเคมีอย่างครบวงจร
2. ควบคุมคุณภาพอากาศทั้งในเขตเมือง ชนบท และเขตอุตสาหกรรม ให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน
3. เกิดเครือข่ายชุมชนพึ่งตนเองที่มีความมั่นคงด้านอาหารและสุขภาพ จากการจัดการทรัพยากรความหลากหลายทางชีวภาพ ไม่น้อยกว่า 1,500 ชุมชน

ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการประเทศ

1. ธรรมาภิบาลของประเทศ ทั้งในส่วนภาครัฐและภาคธุรกิจเอกชนเปรียบเทียบกับนานาชาติดีขึ้น โดยมีคะแนนระดับความโปร่งใสไม่น้อยกว่า 5.0 คะแนน
2. สามารถเพิ่มบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชนในท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ

หมายเหตุ :

1. ลูกศรเส้นทึบหนา หมายถึง การแสดงความสัมพันธ์โดยตรงในภาพรวม เชื่อมโยงในทุกยุทธศาสตร์
2. ลูกศรเส้นทึบบาง หมายถึง การแสดงความสัมพันธ์โดยตรง
3. ลูกศรเส้นปะ หมายถึง การแสดงความสัมพันธ์ที่หนุนเสริมกัน

ภาคผนวก 2

ความสัมพันธ์ของเป้าหมายและยุทธศาสตร์การพัฒนาในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 กับทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563

ยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย

เพิ่มวิถีชีวิตพอเพียงด้วยการบริโภคที่เหมาะสม ออกกำลังกายที่เพียงพอ การจัดการอารมณ์ได้เหมาะสม

ลดการเกิดโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการพิการ ลดการตาย ลดภาระค่าใช้จ่ายจากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง และอายุขัยเฉลี่ยที่ปราศจากโรคเพิ่มขึ้น

ยุทธศาสตร์ที่ 1 นโยบายสาธารณะสร้างสุข

1.1 มีนโยบายสาธารณะในการควบคุมการบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม ยาและผลิตภัณฑ์ที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ

1.2 มีนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมการผลิตและการบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ

1.3 มีนโยบายส่งเสริมการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายและใจ

1.4 มีนโยบายการจัดการน้ำหนักสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะ

2.1 ประชาชนและสังคมรับรู้ เข้าใจ ตระหนักถึงภาวะเสี่ยง การป้องกันโรค แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพและมีภูมิคุ้มกัน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อโรควิถีชีวิต

2.2 สถาบันภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคมและภาคประชาชน มีส่วนร่วมและเป็นเครือข่ายในการสร้างวิถีชีวิตเพื่อการมีสุขภาพดีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาศักยภาพชุมชน

3.1 ชุมชน ท้องถิ่น และองค์กร รับรู้ เข้าใจ ตระหนัก สามารถดูแลและจัดการเกี่ยวกับสุขภาพดีวิถีชีวิตไทยและสุขภาวะ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการโรค

4.1 มีระบบเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและโรควิถีชีวิตที่มีคุณภาพมาตรฐาน

4.2 กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองที่มีคุณภาพ ครอบคลุม และสามารถจัดการได้ด้วยตนเอง

4.3 กลุ่มผู้ป่วยมีระบบและมาตรฐานการจัดการโรคและภาวะแทรกซ้อน และการดูแลส่งต่อผู้ป่วยโรควิถีชีวิตแบบบูรณาการเป็นองค์รวม

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้างความเข้มแข็งของระบบสนับสนุนยุทธศาสตร์

5.1 ผู้นำและบุคลากรมีศักยภาพในการบริหารจัดการและสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ในทุกระดับ

5.2 มีองค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะและการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ได้อย่างเหมาะสม

5.3 มีระบบบริหารจัดการและกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ

5.4 มีระบบคุณภาพและการประเมินผลภาพรวมอย่างบูรณาการ

ทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 *

สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขด้วยความเสมอภาค เป็นธรรม และมีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง

สังคมไทยมีความสงบสุขอย่างมีธรรมาภิบาลเพิ่มขึ้น

ประชากรไทยทุกคนมีหลักประกันทางสังคมที่มีคุณภาพที่ทั่วถึง

เพิ่มผลิตภาพการผลิตรวมและในแต่ละภาคการผลิต

ทรัพยากรธรรมชาติอุดมสมบูรณ์และคุณภาพสิ่งแวดล้อมดีขึ้น

ยุทธศาสตร์การพัฒนาคนสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน

1. พัฒนาคุณภาพคนไทยทุกช่วงวัย
2. สร้างเสริมสุขภาวะคนไทยให้มีความสมบูรณ์ แข็งแรง ทั้งร่างกายและจิตใจ ตั้งแต่ในครรภ์มารดาจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต
3. สร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ด้วยการสร้างกระแสสังคมให้มีการเรียนรู้เป็นหน้าที่ของคนไทยทุกคน สร้างนิสัยใฝ่รู้ตั้งแต่วัยเด็กควบคู่กับการส่งเสริมให้องค์กรและสื่อทุกประเภทเป็นแหล่งเรียนรู้อย่างสร้างสรรค์
4. ส่งเสริมองค์กรธุรกิจในการดำเนินงานที่มีความรับผิดชอบต่อสังคม โดยเฉพาะบทบาทในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในชุมชนที่สอดคล้องกับศักยภาพแต่ละพื้นที่

ยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรมในสังคม

1. ปรับระบบการคุ้มครองทางสังคมให้ครอบคลุมทุกคนอย่างทั่วถึง สอดคล้องกับความต้องการและความจำเป็น
2. สร้างโอกาสอย่างเป็นธรรมให้กลุ่มด้อยโอกาสเข้าถึงบริการทางสังคมอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง
3. เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนให้สามารถจัดการปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและพร้อมรับกระแสการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกประเทศ
4. สนับสนุนการพัฒนาสื่อสร้างสรรค์ในการสร้างค่านิยมใหม่ๆ ในสังคมไทย
5. สร้างเสริมให้ภาคเอกชนเป็นพลังร่วมในการพัฒนาสังคมไทย

ยุทธศาสตร์การสร้างความสมดุลและมั่นคงของอาหารและพลังงาน

1. พัฒนาสินค้าเกษตรที่มีมูลค่าเพิ่มสูงและมีโอกาสทางการตลาดให้มีคุณภาพตามมาตรฐานความปลอดภัยของสินค้าเกษตรและอาหารเพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้บริโภค
2. รณรงค์ให้เกษตรกรลดการใช้สารเคมีและหันมาใช้สารชีวภาพมากขึ้น และพัฒนาระบบควบคุมและตรวจสอบการผลิตให้รวดเร็วทั่วถึงและประหยัดสำหรับเกษตรกร รวมทั้งสนับสนุนให้มีการรับรองสินค้าอาหารปลอดภัยที่เป็นที่ยอมรับอย่างแท้จริง
3. ส่งเสริมให้เกษตรกรทำการเกษตรกรรมที่ยั่งยืน เพื่อสร้างความมั่นคงและความหลากหลายทางด้านอาหาร รวมทั้งดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนตลอดจนเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน
4. พัฒนาปรับปรุงระบบกฎหมายเฉพาะให้มีความเหมาะสมต่อการคุ้มครองพันธุ์พืชและสมุนไพรให้มีประสิทธิภาพในการบังคับใช้มากยิ่งขึ้น และมีความเป็นธรรมในการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อเพิ่มศักยภาพในการผลิตอาหารของประเทศ

ยุทธศาสตร์การสร้างเศรษฐกิจฐานความรู้และการสร้างปัจจัยแวดล้อม

1. พัฒนาสินค้าเกษตรและเกษตรแปรรูปที่มีมูลค่าเพิ่มสูงและมีโอกาสทางการตลาด
2. สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาด้านการผลิตและแปรรูปสินค้าเกษตร
3. เพิ่มผลิตภาพและประสิทธิภาพภาคอุตสาหกรรมอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการสร้างนวัตกรรมเพื่อมุ่งสู่การเป็นอุตสาหกรรมเชิงสร้างสรรค์และเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม
4. เสริมสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันธุรกิจบริการบนฐานความเป็นไทย การสร้างนวัตกรรมและต่อยอดองค์ความรู้

ยุทธศาสตร์การสร้างความเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจและความมั่นคงในภูมิภาค

1. ร่วมมือในการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่ระบาดของโรคภัยทั้งประเภทที่เกิดขึ้นใหม่ในโลกและที่ระบาดซ้ำ

ยุทธศาสตร์การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

1. ส่งเสริมให้ประชาชนทุกภาคส่วนนำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการดำเนินชีวิต
2. สร้างองค์ความรู้ด้านการบริโภคที่ยั่งยืนให้กับประชาชน ผ่านกระบวนการศึกษาในระบบ รวมทั้งส่งเสริมการศึกษาวิจัยและต่อยอดเพื่อหาแนวทางการปรับเปลี่ยนสังคมไปสู่การบริโภคที่ยั่งยืน
3. เพิ่มขีดความสามารถของประชาชนในการเลือกบริโภคสินค้าและบริการที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม
4. เสริมสร้างกลไกคุ้มครองผู้บริโภคและส่งเสริมเครือข่าย สื่อ โฆษณา และประชาสัมพันธ์ให้เข้ามามีบทบาทในการปรับเปลี่ยนสังคมไปสู่การบริโภคที่ยั่งยืน
5. ปรับระบบการผลิตทางภาคอุตสาหกรรมให้เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมตลอดห่วงโซ่คุณภาพการผลิต
6. ส่งเสริมการทำการเกษตรที่เกื้อกูลกับระบบนิเวศน์ตามแนวคิดการทำการเกษตรแบบยั่งยืน
7. สร้างโอกาสทางการตลาดให้กับสินค้าและบริการที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม
8. พัฒนาเมืองที่เน้นการวางผังเมืองที่มีการผสมผสานวัฒนธรรม สังคม ระบบนิเวศน์เข้าด้วยกัน

* ทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 ฉบับเสนอคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 26 ตุลาคม 2553

ภาคผนวก 3

คณะกรรมการอำนวยการยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย และคณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย

จากการประชุมคณะรัฐมนตรี ครั้งที่ 10/2554 ในวันอังคารที่ 8 มีนาคม 2554 คณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติในหลักการแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554–2563 และการแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย และคณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ซึ่งได้ปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นตามมติคณะรัฐมนตรีดังกล่าว โดยมีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ดังนี้ (ดูหนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ด่วนที่สุด ที่ นร 0505/5608 ลงวันที่ 11 มีนาคม 2554 แนบท้าย)

1. คณะกรรมการอำนวยการยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย

1.1 องค์ประกอบ

1) นายกรัฐมนตรี	ประธานกรรมการ
2) รองนายกรัฐมนตรี ที่ได้รับมอบหมาย	รองประธานกรรมการ
3) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
4) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย	กรรมการ
5) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ	กรรมการ
6) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเกษตรและสหกรณ์	กรรมการ
7) ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี	กรรมการ
8) ปลัดกระทรวงการคลัง	กรรมการ
9) ปลัดกระทรวงมหาดไทย	กรรมการ
10) ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ	กรรมการ
11) ปลัดกระทรวงแรงงาน	กรรมการ
12) ปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์	กรรมการ
13) ปลัดกระทรวงอุตสาหกรรม	กรรมการ
14) ปลัดกระทรวงพาณิชย์	กรรมการ
15) ปลัดกระทรวงการต่างประเทศ	กรรมการ
16) ปลัดกระทรวงคมนาคม	กรรมการ
17) ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	กรรมการ
18) ปลัดกระทรวงวัฒนธรรม	กรรมการ
19) ปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา	กรรมการ
20) ปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	กรรมการ

21) ปลัดกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร	กรรมการ
22) ปลัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
23) ปลัดกระทรวงกลาโหม	กรรมการ
24) ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ	กรรมการ
25) เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
26) เลขาธิการคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน	กรรมการ
27) เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ	กรรมการ
28) เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
29) ผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	กรรมการ
30) ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร	กรรมการ
31) ผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย	กรรมการ
32) นายกสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์	กรรมการ
33) นายกสมาคมต่อต้านโรคมะเร็งแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์	กรรมการ
34) นายกสมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ฯ	กรรมการ
35) นายกสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ฯ	กรรมการ
36) นายกสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย	กรรมการ
37) นายกสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย	กรรมการ
38) นายกสมาคมโฆษณาแห่งประเทศไทย	กรรมการ
39) นายกสมาคมนักข่าววิทยุและโทรทัศน์ไทย	กรรมการ
40) ประธานสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย	กรรมการ
41) ประธานกรรมการหอการค้าไทยและสภาหอการค้าแห่งประเทศไทย	กรรมการ
42) ประธานมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค	กรรมการ
43) ประธานมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	กรรมการ
44) ประธานมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่	กรรมการ
45) รองประธานมูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
46) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและเลขานุการร่วม
47) เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรรมการและเลขานุการร่วม
48) อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและเลขานุการร่วม

1.2 อำนาจหน้าที่

1) กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ แนวทางและมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับแนวนโยบายระดับชาติ ตลอดจนเสนอแนะนโยบายแก่คณะรัฐมนตรี

2) อำนวยการ สั่งการ เร่งรัด สนับสนุน กำกับติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ ส่วนราชการและองค์กรที่เกี่ยวข้องให้เป็นไปตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ แนวทางและมาตรการที่ได้กำหนดไว้

3) บูรณาการแผน งบประมาณ และการปฏิบัติการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงและสุขภาพพอเพียง

4) มอบหมายให้ทุกส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติและสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการโดยรวดเร็วเต็มความสามารถตามที่ได้รับการร้องขอ

5) แสวงหาความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคประชาสังคม ภาคประชาชนในการเข้ามามีส่วนร่วมและสนับสนุนการปฏิบัติการให้บังเกิดผลสำเร็จเป็นรูปธรรมชัดเจนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

6) จัดตั้งศูนย์อำนวยการ/ศูนย์ปฏิบัติการ และแต่งตั้งคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ ตามความจำเป็นและเหมาะสม เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

7) รายงานผลการดำเนินการ ตลอดจนปัญหาอุปสรรค ข้อขัดข้องในการปฏิบัติงานให้คณะรัฐมนตรีทราบเป็นระยะๆ

8) ดำเนินการอื่นตามที่นายกรัฐมนตรีและคณะรัฐมนตรีมอบหมาย

2. คณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย

2.1 องค์ประกอบ

1) ศาสตราจารย์ประเวศ วะสี	ที่ปรึกษา
2) ศาสตราจารย์เกียรติคุณไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์	ที่ปรึกษา
3) นายอมร นนทสุต	ที่ปรึกษา
4) นายอัมมาร์ สยามวาลา	ที่ปรึกษา
5) ศาสตราจารย์วิจารณ์ พานิช	ที่ปรึกษา
6) รองศาสตราจารย์วิชัย วนดุรงค์วรรณ	ที่ปรึกษา
7) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	ประธานกรรมการ
8) รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข	รองประธานกรรมการ
9) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	รองประธานกรรมการ
10) ปลัดกรุงเทพมหานคร	กรรมการ
11) หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ

12) อธิบดีกรมอนามัย	กรรมการ
13) อธิบดีกรมควบคุมโรค	กรรมการ
14) อธิบดีกรมการแพทย์	กรรมการ
15) อธิบดีกรมสุขภาพจิต	กรรมการ
16) อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
17) อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
18) อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
19) เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา	กรรมการ
20) อธิบดีกรมส่งเสริมการเกษตร	กรรมการ
21) ผู้อำนวยการสำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ	กรรมการ
22) ผู้อำนวยการสถาบันอาหาร	กรรมการ
23) ผู้อำนวยการสถาบันค้นคว้าและพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหาร	กรรมการ
24) เลขาธิการสำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม	กรรมการ
25) อธิบดีกรมการพัฒนาชุมชน	กรรมการ
26) อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น	กรรมการ
27) อธิบดีกรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
28) อธิบดีกรมประชาสัมพันธ์	กรรมการ
29) อธิบดีกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน	กรรมการ
30) อธิบดีกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ	กรรมการ
31) อธิบดีกรมส่งเสริมวัฒนธรรม	กรรมการ
32) เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม	กรรมการ
33) เลขาธิการคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค	กรรมการ
34) เลขาธิการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน	กรรมการ
35) เลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา	กรรมการ
36) เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	กรรมการ
37) ผู้อำนวยการสำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร	กรรมการ
38) ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาการกีฬาและนันทนาการ	กรรมการ
39) ผู้อำนวยการสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ	กรรมการ
40) ผู้อำนวยการสำนักงานสถิติแห่งชาติ	กรรมการ
41) ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ	กรรมการ
42) ผู้อำนวยการสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง	กรรมการ

43) รองเลขาธิการคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
44) รองผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
45) รองปลัดกระทรวงกลาโหม ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
46) รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
47) รองผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
48) ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	กรรมการ
49) ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม	กรรมการ
50) ผู้อำนวยการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหาร	กรรมการ
51) ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย	กรรมการ
52) ประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย	กรรมการ
53) ประธานชมรมโรคอ้วนแห่งประเทศไทย	กรรมการ
54) นายกสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย	กรรมการ
55) นายกสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน	กรรมการ
56) นายกสมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย	กรรมการ
57) นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน	กรรมการ
58) ประธานชมรมนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	กรรมการ
59) ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน)	กรรมการ
60) กรรมการผู้อำนวยการใหญ่ บริษัท อสมท จำกัด (มหาชน)	กรรมการ
61) รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการและเลขานุการร่วม
62) รองเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการและเลขานุการร่วม
63) ผู้อำนวยการสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและเลขานุการร่วม
64) ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
65) ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

2.2 อำนาจหน้าที่

1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา กลุ่มเป้าหมาย ทรัพยากร และความต้องการสนับสนุนของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

2) จัดทำข้อเสนอนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ แนวทางและมาตรการดำเนินงาน ทั้งในระดับส่วนกลางและระดับพื้นที่ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายให้สอดคล้องกันในทุกระดับ

3) นำนโยบาย ยุทธศาสตร์ แนวทางและมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากคณะกรรมการอำนวยการฯ ไปสู่การปฏิบัติการ

4) อำนวยการ สั่งการ เร่งรัด สนับสนุน ติดตามกำกับ ตรวจสอบ และประเมินผลการปฏิบัติงานขององค์กรและหน่วยปฏิบัติการให้เป็นไปตามนโยบาย แผน และแนวทางการดำเนินงานที่กำหนดไว้

5) ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ดำเนินการด้านวิชาการ และสนับสนุนการดำเนินการของคณะกรรมการอำนวยการฯ

6) รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการอำนวยการฯ เป็นระยะๆ

7) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ และคณะทำงาน เพื่อดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่คณะกรรมการอำนวยการฯ มอบหมาย และดำเนินงานที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็นและเหมาะสม

8) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการอำนวยการฯ มอบหมาย



กระทรวงสาธารณสุข
เลขรับ 14257
วันที่ 17 มี.ค. 2554
เวลา 10.19 น.
3313



ห้อง เลขาฯ รมว.สธ.
เลขที่ 100ล
วันที่ 16 มี.ค. 2554
เวลา 11.01

① สำนักงานรัฐมนตรี
กระทรวงสาธารณสุข
เลขรับ ๒๘ 1581 /508
วันที่ 14 มี.ค. 2554
เวลา 11.39 น.

ด่วนที่สุด

ที่ นร ๐๕๐๕/ส๖๐๙

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี
ทำเนียบรัฐบาล กทม. ๑๐๓๐๐

๑๑ มีนาคม ๒๕๕๔

ห้อง หัวหน้า สร.
เลขรับ 1506
ลงวันที่ 15 มี.ค. 2554
เวลา 13.23 น.

เรื่อง แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. ๒๕๕๔ – ๒๕๖๓

เรียน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

อ้างถึง ๑. หนังสือกระทรวงสาธารณสุข ด่วนที่สุด ที่ สธ ๐๒๐๕.๐๑.๑/๙๗ ลงวันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๕๔
๒. หนังสือกระทรวงสาธารณสุข ด่วนที่สุด ที่ สธ ๐๒๐๕.๐๑.๑/๕๗๐ ลงวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔

สิ่งที่ส่งมาด้วย ตามเอกสารแนบท้าย

ตามที่ได้เสนอเรื่อง แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. ๒๕๕๔ – ๒๕๖๓ ไปเพื่อคณะรัฐมนตรีพิจารณา ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

กระทรวงการคลัง กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงอุตสาหกรรม สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี สำนักงาน ก.พ. สำนักงาน ก.พ.ร. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ได้เสนอความเห็นไปเพื่อประกอบการพิจารณาของคณะรัฐมนตรีด้วย ความละเอียดปรากฏตามสำเนาหนังสือที่ส่งมาด้วยนี้

คณะรัฐมนตรีได้ประชุมปรึกษาเมื่อวันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๕๔ ลงมติว่า

๑. อนุมัติในหลักการแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. ๒๕๕๔ – ๒๕๖๓ และการแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยและคณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย โดยให้กระทรวงสาธารณสุขรับไปปรับปรุงองค์ประกอบของคณะกรรมการดังกล่าวให้มีขนาดที่เหมาะสม และให้รับความเห็นของกระทรวงการคลัง กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงอุตสาหกรรม สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติไปพิจารณาดำเนินการด้วย

๒. มอบหมายให้สำนักงบประมาณรับไปพิจารณาเสนอของบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๕ เพื่อใช้ในการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. ๒๕๕๔ – ๒๕๖๓ ตามความจำเป็นและเหมาะสมต่อไป

/จึง ...

จึงเรียนยืนยันมาและขอได้โปรดดำเนินการตามมติคณะรัฐมนตรีในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป ทั้งนี้ สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีได้แจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องตามบัญชีแนบท้ายทราบด้วยแล้ว และขอได้โปรดแจ้งให้ผู้ที่ได้รับแต่งตั้งเป็นกรรมการในคณะกรรมการดังกล่าวทราบด้วย

เรียน ปลัดกระทรวงฯ (ผ่าน สนง.)
เพื่อโปรดพิจารณา จะเป็นพระคุณ

(นางนันทพร มานะเนตร)
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
แทนผู้อำนวยการกลุ่มบริหารทั่วไป
17 มี.ค. 2554

ขอแสดงความนับถือ

(นายวิชัย วิทวัสการเวช)
รองเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ปฏิบัติราชการแทน
เลขาธิการคณะรัฐมนตรี

เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
โปรดแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบต่อไป

(นายบุณย์ธีร์ พานิชประไพ)
เลขานุการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
16 มี.ค. 54

18 มี.ค. 54

(นายศุภกิจ ศิริลักษณ์)
ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

สำนักพัฒนายุทธศาสตร์และติดตามนโยบายพิเศษ
โทร. ๐ ๒๒๘๐ ๙๐๐๐ ต่อ ๔๔๒
โทรสาร ๐ ๒๒๘๐ ๑๔๔๖
www.cabinet.thaigov.go.th

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย
พ.ศ.2554-2563



เพิ่มวิถีชีวิตพอเพียง
- การบริโภคที่เหมาะสม
- การออกกำลังกายที่เพียงพอ
- การจัดการอารมณ์ได้เหมาะสม

ลดปัญหาโรควิถีชีวิต
- เบาหวาน
- ความดันโลหิตสูง
- หัวใจ
- หลอดเลือดสมอง
- มะเร็ง