



รวมมติ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๒

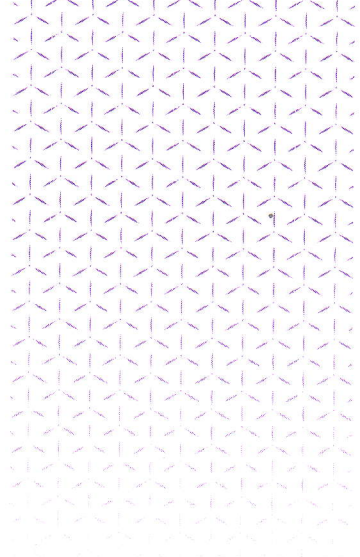


สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

รวมพลังคนหัวใจอาสาสมัคร

www.samatcha.org

b. 4395



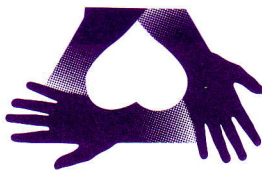
รวมมิตร สมาชิยสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๒

WA 541.JT3 ๒463ร 2553



BK0000002165

รวมมิตร สมาชิยสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่...
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



สมาชิยสุขภาพแห่งชาติ

~~WA 541.JT3 ๒463ร 2553~~ WA 541.JT3 ๒463ร 2553 . ๒๕๕๒

รวมมิตรสุขภาพใจ
www.samatcha.org



รวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๒

ที่ปรึกษา

นพ.สุวิทย์ วิบุตผลประเสริฐ
นพ.อำพล จินตาวัฒนะ
กฤษฎีกาจารย์ บรรเทิงจิตร
อรรถพร ศรีสุขวัฒนะ

บรรณาธิการ

นิตยา แก่นนิล

จัดพิมพ์เผยแพร่โดย

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.)

ชั้น ๒ อาคาร ๘๘/๓๗ สีวามหำ ๑๔ ตำบลศตวรรษวิภำ อำเภอมือง จัภวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๒๓๐๔ โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๒๓๑๑
www.nationalhealth.or.th

พิมพ์ครั้งที่ ๑ ฤภพำพันธ์ ๒๕๕๓

จำนวน ๑๕,๐๐๐ เล่ม

พิมพ์ที่ บริษัท ศิริวัฒนะ เอ็ดดอร์พันธ์ จำกัด(มหาชน)

สารบัญ

ความนำ

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒		หน้า
สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๑	การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ของทุกภาคส่วน	๓
สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๒	แผนพัฒนาที่ยั่งยืนบนฐานการพึ่งตนเองด้าน เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม กรณีภาคใต้	๖
สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๓	การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึง บริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน	๙
สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๔	ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม : เพื่อลด ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสุขภาพของผู้ป่วย	๑๒
สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๕	ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ	๑๘
สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๖	โรคติดต่ออุบัติใหม่	๖๑
สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๗	การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและ การแพทย์ทางเลือก ให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลัก ของประเทศคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน	๖๓
สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๘	การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน	๖๗
สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๙	การแก้ไขปัญหามลพิษทางถนน	๗๗
สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๑๐	การพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาพของเด็ก เยาวชนและครอบครัว	๘๑
สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๑๑	การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	๘๔

ความนำ

การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ ได้จัดขึ้นระหว่างวันที่ ๑๖ – ๑๘ ธันวาคม ๒๕๕๒ ณ ศูนย์การประชุมสหประชาชาติ กรุงเทพมหานคร เป็นการดำเนินการตามบทบัญญัติ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่บัญญัติให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง โดยรูปแบบและกระบวนการประชุม ในภาพรวมยังคงเป็นรูปแบบเดียวกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑ ที่ให้ ความสำคัญกับการจัดกระบวนการเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมจากสมาชิกสมัชชาสุขภาพ แห่งชาติอย่างเป็นระบบ เพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนพลังการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในสังคม ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมครอบคลุมทุกระดับที่สำคัญ ทั้งในระดับ พื้นที่จนถึงระดับชาติผ่านกลไกต่างๆ ที่หลากหลาย

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งนี้เกิดขึ้นจาก คสช. ได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชา สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ (คจ.สช.) โดยมีนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นประธานกรรมการ ทำหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการจัดประชุมและการดำเนินการด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องที่ มุ่งเน้นแนวทางการจัดกระบวนการแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนต่างๆ อย่างหลากหลาย มีความเป็นระบบและยืดหยุ่น โดยได้เปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายต่างๆ ได้เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การ กำหนดระเบียบวาระการประชุม ซึ่งมีภาคีเครือข่ายต่างๆ ได้เสนอประเด็นเชิงนโยบาย สาธารณะเข้าสู่การพิจารณา จำนวน ๑๑๕ ข้อเสนอ จาก ๕๗ ภาคีเครือข่ายและ คจ.สช. ได้ดำเนินการพิจารณา โดยจัดกลุ่มประเด็นที่ใกล้เคียงหรือซ้ำซ้อนกัน พิจารณาร่วมกับข้อมูล สถานการณ์สุขภาพคนไทย เพื่อจัดลำดับความสำคัญของประเด็นเชิงนโยบายต่างๆ ตามเกณฑ์ ความสำคัญของประเด็นนโยบายสาธารณะ ความรุนแรงของผลกระทบ ความสนใจของสาธารณะ และความเป็นไปได้ในการผลักดันเชิงนโยบายหรือผลต่อเนื่องให้เกิดแนวปฏิบัติที่ดีเป็นเกณฑ์ เพื่อกำหนดเป็นร่างระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

หลังจากที่ คจ.สช. ได้กำหนดร่างระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และเผยแพร่ต่อสาธารณะแล้ว ได้จัดให้มีคณะทำงานวิชาการเฉพาะของแต่ละประเด็น มาจาก ภาคีเครือข่ายที่เสนอประเด็นและภาคีที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำรายงานเชิงวิชาการและจัด กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำร่างเอกสาร หลังจากนั้น คจ.สช. ได้จัดส่งไปให้กับภาคีเครือข่ายต่างๆ พิจารณาให้ความเห็น และคณะทำงานวิชาการ เฉพาะประเด็นนำไปปรับปรุงเป็นเอกสารร่างที่สอง และนำเข้าสู่กระบวนการพิจารณา ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่มีสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเข้าร่วม ๑๘๐ กลุ่มเครือข่าย มีผู้ทรงคุณวุฒิ ทูตานุทูต ผู้แทนองค์กรระหว่างประเทศ ผู้สังเกตการณ์ คณะกรรมการและคณะทำงานต่างๆ เข้าร่วม เป็นจำนวนรวมทั้งสิ้น ๒,๐๒๐ คน

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๒ ได้พิจารณาและมีมติร่วมกัน ต่อประเด็นสาธารณะรวม ๑๑ ประเด็น ซึ่งได้ร่วมกันเรียกร้องให้ทุกภาคส่วนในสังคม อันได้แก่ รัฐบาล คสช. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงาน องค์กรภาคีต่างๆ และสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ตลอดจนประชาชนทุกภาคส่วน ร่วมดำเนินการผลักดันมติและข้อเสนอต่างๆ ให้เกิดการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยให้มีการติดตามผลการดำเนินการมาเสนอต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ คราวต่อไป รวมทั้งเสนอต่อสาธารณะต่อไปด้วย ดังนี้

- สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๑ การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
- สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๒ แผนพัฒนาที่ยั่งยืนบนฐานการพึ่งตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม กรณีภาคใต้
- สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๓ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่มีคุณภาพของประชาชน
- สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๔ ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม : เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสุขภาพของผู้ป่วย
- สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๕ ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ
- สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๖ โรคติดต่ออุบัติใหม่
- สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๗ การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศ คู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน
- สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๘ การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน
- สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๙ การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน
- สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๑๐ การพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาพของเด็ก เยาวชนและครอบครัว
- สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๑๑ การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จึงได้รวบรวมมติจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๒ ไว้ตามเอกสารฉบับนี้ เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกันต่อไป

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

๔ มกราคม ๒๕๕๓

สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๑

การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สอง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน^๑

ตระหนัก ว่าขยะอันตรายจากชุมชน เช่น ซากหลอดไฟ ซากแบตเตอรี่ ซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ กระป๋องสเปรย์ ภาชนะบรรจุภัณฑ์สารเคมีที่ใช้ในการป้องกันกำจัดศัตรูพืชและสัตว์ น้ำมันเครื่องยนต์ที่ใช้แล้ว และขยะอันตรายอื่นๆ ได้กลายเป็นปัญหาที่สำคัญระดับประเทศและระดับท้องถิ่น ทั้งในแง่ของผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรและสิ่งแวดล้อม และขนาดปัญหาที่เพิ่มขึ้น

รับทราบ ว่าการจัดการขยะอันตรายจากชุมชนซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่มีประสิทธิผล แม้จะมีกฎหมายหรือแผนยุทธศาสตร์ในการจัดการแล้วก็ตาม ทั้งนี้เนื่องจากขาดความพร้อมในหลายด้าน เช่น ความเข้าใจอันดีจากประชาชน อันจะนำมาซึ่งความร่วมมือในการจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีผลสำเร็จ

รับทราบ ว่าการจัดการขยะอันตรายจากชุมชนที่ไม่ถูกต้องก่อให้เกิดผลกระทบต่อทั้งทางด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายแรงที่ส่งผลให้เกิดความสูญเสียอย่างมหาศาลทั้งทางด้านทรัพยากรบุคคล เศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งการสูญเสียสมดุลของธรรมชาติ

มีความกังวล ต่อการเพิ่มขึ้นของปริมาณขยะอันตรายจากชุมชน โดยเฉพาะซากผลิตภัณฑ์ เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ การขาดแคลนสถานที่บำบัด กำจัด ซึ่งใช้วิธีการที่ถูกต้องตามหลักวิชาการและผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเกิดจากการจัดการขยะอันตรายจากชุมชนที่ไม่มีประสิทธิภาพ

ตระหนัก ว่าการแก้ไขปัญหาดังกล่าวควรเป็นการจัดการแบบบูรณาการ ทั้งด้านการรณรงค์ สร้างความรู้ความตระหนัก ส่งเสริมการใช้ผลิตภัณฑ์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและมีอายุใช้งานยาวนาน ส่งเสริมการคัดแยก นำกลับมาใช้ซ้ำ การนำมาใช้ประโยชน์ใหม่ รวมทั้งมีกฎหมายที่อำนวยความสะดวกในการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ สนับสนุนให้องค์กรปกครอง

^๑ เอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๒/หลัก ๕

ส่วนท้องถิ่นมีขีดความสามารถในการจัดการขยะอันตรายอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดปริมาณขยะทั้งในส่วนผู้ผลิตและผู้บริโภค และเกิดการจัดการขยะที่ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ

ตระหนัก ว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วนเป็นหัวใจสำคัญในการจัดการขยะอันตรายจากชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติและคณะกรรมการสาธารณสุขร่วมพิจารณาจัดตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจสำหรับการจัดการขยะอันตรายจากชุมชนที่ประกอบด้วยหน่วยงานรับผิดชอบภาครัฐ ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนผู้ประกอบการ ตัวแทนนักวิชาการ ตัวแทนองค์กรพัฒนาเอกชน ตัวแทนภาคประชาสังคม ตัวแทนสื่อมวลชนและสื่อภาคประชาชน และตัวแทนชุมชน เพื่อทำหน้าที่

๑.๑ จัดทำนโยบายด้านการจัดการขยะอันตรายจากชุมชน รวมทั้งส่งเสริมและควบคุมให้มีการลดปริมาณขยะอันตรายจากชุมชน เช่น การใช้หลักการขยายความรับผิดชอบของผู้ผลิต (Extended Producers Responsibility/EPR) หลักการส่งเสริมการบริโภคและการผลิตอย่างยั่งยืน (Sustainable Consumption and Production/SCP) เป็นต้น เพื่อความปลอดภัยต่อสุขภาพและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมเป็นสำคัญ

๑.๒ เชื่อมประสาน ทบทวน และขับเคลื่อนแผนและนโยบายที่เกี่ยวกับการจัดการขยะอันตรายจากชุมชนที่มีอยู่ในปัจจุบันของหน่วยงานรับผิดชอบ เช่น กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงศึกษาธิการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย เป็นต้น

๑.๓ ผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง กำหนดให้ปัญหาขยะอันตรายเป็นวาระสำคัญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๑.๔ สนับสนุนกระบวนการประสานงานและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในทุกระดับ เพื่อจัดการปัญหาขยะอันตรายจากชุมชน

๒. ขอให้ภาคีเครือข่าย/องค์กรสมาชิกทั้งภาครัฐ ภาคองค์กรธุรกิจเอกชน ภาคประชาสังคม องค์กรพัฒนาเอกชน ภาควิชาการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สื่อมวลชนทุกแขนง และสื่อภาคประชาชน และชุมชน

๒.๑ ผลักดันให้มีการกำหนดมาตรการให้ผู้ประกอบการภาคเอกชนออกแบบ

และผลิตผลิตภัณฑ์ที่ปลอดภัยต่อสุขภาพและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม รวมถึงการรับคืนซากผลิตภัณฑ์เพื่อนำไปใช้ประโยชน์และการกำจัดอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยให้มีกลไกสนับสนุนการจัดซื้อคืนซากโดยทุนอุดหนุนจากเอกชนผู้ผลิต

๒.๒ รณรงค์ให้ทุกภาคส่วนเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการและพิษภัยของขยะอันตรายจากครัวเรือนหรือชุมชน

๒.๓ รณรงค์ให้ประชาชนมีการบริโภคที่พอเพียง และส่งเสริมการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่ปลอดภัยต่อสุขภาพและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม เช่น สินค้าฉลากเขียว และนำหลักการ 3Rs ได้แก่ การลดปริมาณ การใช้ซ้ำ และการนำมาใช้ประโยชน์ใหม่ (รีไซเคิล) มาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันที่สอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เพื่ออนุรักษ์และใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติอย่างคุ้มค่ามากที่สุด ควรมีกิจกรรมลดขยะที่หลากหลายและมีทุกภาคส่วนเข้ามาเกี่ยวข้อง

๒.๔ ส่งเสริมการจัดการที่ถูกต้องให้กว้างขวางไปในภาคีสมาชิกและสาธารณะ โดยคำนึงถึงศักยภาพของท้องถิ่นนั้น ๆ โดยเฉพาะสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการดำเนินการจัดการขยะอันตรายชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล

๒.๕ ผลักดันให้สถาบันการศึกษาทุกแห่ง มีส่วนร่วมในการจัดทำหลักสูตรท้องถิ่นด้านการจัดการขยะอันตราย

๒.๖ ติดตาม เฝ้าระวัง และตรวจสอบการจัดการขยะอันตรายจากชุมชนของหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ประกอบการภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการประเมินและติดตามเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั้งผู้ประกอบการอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะอันตรายและประชาชนในชุมชนที่อยู่ใกล้เคียง

๒.๗ ส่งเสริมให้มีการวิจัยและพัฒนาการจัดการขยะอันตรายที่ให้ท้องถิ่นดำเนินการได้เอง

๒.๘ สนับสนุนให้มีมาตรการจูงใจเพื่อให้มีการจัดการขยะที่ดี เช่น ให้มีรางวัลการจัดการขยะที่ดี และการใช้กลไกราคาเพื่อการคัดแยกขยะและจัดการขยะอย่างมีคุณภาพ

๒.๙ ให้หน่วยงานที่มีหน้าที่กำกับดูแลมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

๒.๑๐ สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระดับจังหวัด จัดตั้งศูนย์บริหารจัดการขยะอันตรายจากชุมชน

สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๒

แผนพัฒนาที่ยั่งยืนบนฐานการพึ่งตนเองด้าน เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม กรณีภาคใต้

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สอง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง แผนพัฒนาที่ยั่งยืนบนฐานการพึ่งตนเองด้าน เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม กรณีภาคใต้^๒ โดย

กังวล ต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นจากแผนพัฒนาที่ผ่านมา ซึ่งไม่ได้ขึ้นรูปจากโครงสร้างพื้นฐานทางเศรษฐกิจของภาคใต้และไม่ได้พัฒนาต่อยอดอุตสาหกรรมที่เชื่อมโยงกับผลผลิตที่มีอยู่ในภาคใต้ จึงมีแนวโน้มสร้างความขัดแย้งของสังคมมากขึ้น เนื่องจากผลของการพัฒนาภาคใต้ที่ผ่านมารวมถึงทิศทางในอนาคตมีแนวโน้มการกระจายรายได้ไปสู่ประชาชนไม่ทั่วถึง ผลประโยชน์ตกอยู่เฉพาะบางกลุ่ม บางพื้นที่ เก่งว่าผลกระทบของการพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคใต้จะเป็นแบบเดียวกับภาคตะวันออก

ห่วงใย ว่าเหตุการณ์เหล่านี้จะก่อให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงต่อรากฐานทางวัฒนธรรม และฐานทรัพยากรของภาคใต้

เห็นว่า ทิศทางการพัฒนาภาคใต้ควรสอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรมและศักยภาพของพื้นที่ ซึ่งตั้งอยู่บนฐานของระบบนิเวศป่าฝนเขตร้อน เหมาะกับการทำการเกษตร ประมง การท่องเที่ยว และการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน อันเป็นภูมิปัญญาที่คนใต้ได้สืบทอดต่อกันมา

รับทราบว่า ในขณะนี้มื่อประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ พ.ศ. ๒๕๕๒ ซึ่งสมควรให้มีการเร่งรัดดำเนินการต่อไป

รับทราบว่า คณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ ๖ ตุลาคม ๒๕๕๒ แต่งตั้งให้มีคณะกรรมการพัฒนาเขตอุตสาหกรรมนิเวศ ซึ่งเป็นคณะกรรมการระดับประเทศ

ตระหนักว่า กระบวนการจัดทำแผนพัฒนาที่ยั่งยืนบนฐานการพึ่งตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม กรณีภาคใต้ ควรเป็นกระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาภาคใต้ ได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำ

^๒ เอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๒/ หลัก ๑๑

ไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน โดยจัดให้มีกระบวนการร่วมกำหนดแผนพัฒนาที่ยั่งยืนอย่างเป็นระบบและการมีส่วนร่วมจากทุกภาค

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้รัฐบาลโดยคณะรัฐมนตรี พิจารณามอบหมายให้คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ทบทวนร่างแผนแม่บทการพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจภาคใต้ที่ยั่งยืน และแผนพัฒนาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นแผนบูรณาการและมีหลักการสำคัญ ดังนี้

๑.๑ ให้เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิต และพัฒนาการศึกษาที่สร้างคนให้มีคุณภาพ สู่สมดุลทางด้านสุขภาพ

๑.๒ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาอุตสาหกรรมที่สอดคล้องกับศักยภาพของพื้นที่ ตามความต้องการและความจำเป็นของท้องถิ่น โดยเป็นอุตสาหกรรมที่คำนึงถึงการรักษารฐานทรัพยากร ไม่เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม วิถีชีวิตและสุขภาพชุมชนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

๑.๓ ให้ความสำคัญกับการท่องเที่ยวที่คำนึงถึงสิ่งแวดล้อม วิถีชีวิต วัฒนธรรมท้องถิ่น และการกระจายรายได้ควบคู่ไปกับการเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจ

๑.๔ ให้ความสำคัญกับการอนุรักษ์ความหลากหลายทางชีวภาพ ป่าสมบูรณ์ไพร่ พื้นที่ชุ่มน้ำ การส่งเสริมการเกษตรยั่งยืน และการพัฒนาระบบเศรษฐกิจพอเพียง

๑.๕ ให้ความสำคัญกับฐานความรู้ภูมินิเวศ เคารพความหลากหลายทางวัฒนธรรม โดยเปิดโอกาสให้ภาคประชาชนได้เสนอความต้องการและมีส่วนร่วมในการกำหนดประเด็นในการพัฒนา ทั้งนี้ ขอให้รัฐบาลโดยคณะรัฐมนตรีมีมติให้การดำเนินโครงการพัฒนาของภาครัฐและเอกชน คำนึงถึง ผลกระทบอย่างรอบด้าน และสร้างกลไกเพื่อพิจารณาข้อเสนอที่จะชะลอแผนงานและโครงการที่สร้างความขัดแย้ง และ/หรือมีผลกระทบต่อสังคมและชุมชนทั้งในปัจจุบันและอนาคต เพื่อเปิดโอกาสในการสร้างฉันทามติร่วมของผู้มีส่วนได้เสีย

๒. ในการดำเนินการตามข้อ ๑ ขอให้คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประสานคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคชุมชน ภาคธุรกิจ ภาคประชาสังคม โดยเฉพาะหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลกระทบจากการพัฒนา ตั้งคณะกรรมการทบทวนร่างแผนแม่บทพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจภาคใต้ที่ยั่งยืน โดยให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เครื่องมือที่หลากหลาย มุ่งเน้นสนับสนุนการตัดสินใจเชิงยุทธศาสตร์ของพื้นที่ การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายและคำนึงถึงผลกระทบอย่างรอบด้าน

๓. ขอให้คณะกรรมการทบทวนร่างแผนแม่บทพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจภาคใต้ที่ยั่งยืน ที่ได้ผ่านการทบทวนข้อ ๑ และ ๒ เรียบร้อยแล้ว จึงผลักดันให้แผนฯได้รับการปฏิบัติอย่างจริงจัง ทั้งในระดับภาคและระดับท้องถิ่น มีกลไกการติดตาม กำกับประเมินผลและเปิด

เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารให้ประชาชนทราบอย่างต่อเนื่อง

๔. ขอให้รัฐบาลโดยคณะรัฐมนตรี ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยแผนแม่บทการพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจภาคใต้และภาคอื่นๆ อย่างยั่งยืน เพื่อให้การดำเนินการของคณะกรรมการในข้อ ๒ เป็นไปอย่างต่อเนื่อง

สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๓

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่มีคุณภาพของประชาชน

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สอง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ
ที่มีคุณภาพของประชาชน^๓

ตระหนัก ว่าระบบบริการปฐมภูมิเป็นกลไกและยุทธศาสตร์สำคัญที่ทำให้ระบบบริการ
สุขภาพมีประสิทธิภาพและประชาชนทุกกลุ่มโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส กลุ่มอาชีพ
ที่มีความเสี่ยง กลุ่มคนไร้รัฐไร้สัญชาติ และกลุ่มที่มีปัญหาเรื้อรัง สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ
ได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม รวมทั้งสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน โดยเน้นการสร้างเสริม
สุขภาพ การป้องกันโรค และการให้บริการสาธารณสุขเชิงรุก รวมทั้งการแพทย์แผนไทย
การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

รับทราบ ว่าหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวนมากยังต้องได้รับการพัฒนาให้ดีขึ้นอย่าง
มีคุณภาพตามมาตรฐาน อันเนื่องจาก ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร การสนับสนุนทรัพยากร
ด้านอื่นที่ไม่เพียงพอ เหมาะสมและการพัฒนาที่ขาดความต่อเนื่อง รวมทั้งการประสานแผน
การดำเนินงานและการบริหารจัดการยังไม่มีเอกภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมจำกัด
อันเป็นผลให้ประชาชนจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ

ตระหนัก ว่าปัญหาสุขภาพและภาระโรคในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงเป็นโรคไม่
ติดต่อ โรคเรื้อรัง และโรคอุบัติใหม่ รวมทั้งมีปัจจัยกระทบที่มีความซับซ้อนมากขึ้น แต่หน่วย
บริการปฐมภูมิ ยังไม่ได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้นที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพ
ที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

มีความกังวล ต่อภาระงานบริการที่เพิ่มมากขึ้นทั้งที่โรงพยาบาลและหน่วยบริการ
ปฐมภูมิ และผลกระทบต่อคุณภาพบริการสุขภาพของประชาชนที่ได้รับ

ตระหนัก ถึงนโยบายการพัฒนาและข้อกำหนดต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง หลักการ
เป้าหมายและมาตรการที่กำหนดไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒

^๓ เอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๔

รวมทั้งแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิระยะ ๕ ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๔ แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๙ และนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตระหนัก ถึงมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ ๑.๗ บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม ข้อ ๒.๓ (การถ่ายโอนสถานีนานามัยสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น...)

มีความกังวล ต่อการขาดความยืดหยุ่น ความไม่คล่องตัว และไม่ตรงวัตถุประสงค์ในการใช้งบประมาณเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของงบประมาณกระตุ้นเศรษฐกิจภายใต้ “แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง ๒๕๕๕”

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพร่วมกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาคีภาคประชาชน พัฒนาแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่ชัดเจนให้แล้วเสร็จภายในปี ๒๕๕๓ โดยนำแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ระยะ ๕ ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๔ ประสานกับแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๙ แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง ๒๕๕๕ นโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ ๑.๗ มาประกอบในการพัฒนาด้วย เพื่อนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีดำเนินการอนุมัติเป็นแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิต่อไป โดย

๑.๑ กำหนดเป้าหมายการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้มีความพร้อม มีคุณภาพ มีศักยภาพ และสามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปของประชาชนในพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อให้เป็นบริการลำดับแรกแก่ประชาชน ก่อนไปรับบริการในระดับทุติยภูมิหรือระดับอื่นๆ ภายในระยะเวลา ๕ ปี หรือภายในปี พ.ศ. ๒๕๕๘

๑.๒ ให้กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงศึกษาธิการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ให้ความสำคัญและมีแผนที่ชัดเจน เรื่องการลงทุนด้านกำลังคนในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้มีจำนวนเพียงพอและเป็นความสำคัญลำดับต้น ก่อนการลงทุนด้านโครงสร้างและเครื่องมืออุปกรณ์

๑.๓ ให้กระทรวงสาธารณสุขปรับปรุงโครงสร้างภายใน ให้มีหน่วยงานที่เป็นกลไกกลาง มีการบริหารงานอย่างคล่องตัว เป็นอิสระ โดยมีงบประมาณรองรับที่ชัดเจน ในการจัดการแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

และให้มีกลไกการกำกับทิศทางทำหน้าที่กำกับและติดตามการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของประเทศในระยะยาว โดยเป็นกลไกที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

๒. พัฒนากลไกที่มีอำนาจในการบริหารจัดการทรัพยากร โดยเฉพาะบุคลากรด้านสุขภาพในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบลอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ที่สนับสนุนการพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิ โดยให้

๒.๑ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด มาตรการหรือกลไกที่ทำหน้าที่บริหารจัดการงบประมาณและการกระจายกำลังคนที่รองรับ ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบลอย่างมีส่วนร่วม และตรวจสอบได้ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ

๒.๒ ให้กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย พิจารณาดำเนินการแก้ไข กฎระเบียบเพื่อสนับสนุนมาตรการและกลไกบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วม เพื่อสนับสนุนให้มี เครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ

๒.๓ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีภาคประชาชน ร่วมเป็นกรรมการ ในกลไกที่กำหนดทิศทาง บริหารจัดการ สนับสนุนทรัพยากร และติดตามประเมินผล เพื่อให้มี ระบบบริการปฐมภูมิที่ยั่งยืนในพื้นที่

๒.๔ ให้มีกลไกอิสระที่มีการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อติดตาม ตรวจสอบ การดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิ

๓. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานความก้าวหน้าต่อสมาชิกา สุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๓

สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๔

ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม: เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสุขภาพของผู้ป่วย

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สอง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม: เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสุขภาพของผู้ป่วย^๔

กังวล ต่อค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศที่สูงเกินจำเป็น รวมทั้งสถานการณ์การใช้ยาไม่เหมาะสม ท่วงไຍ ว่ามีการส่งเสริมการสั่งใช้ยาที่ขาดจริยธรรม โดยมีทั้งผู้เสนอผลประโยชน์และผู้เรียกผลประโยชน์ บนความเจ็บป่วยของประชาชน

ตระหนัก ว่าการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมมีความเชื่อมโยงกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ดังกล่าว เกิดผลกระทบต่อความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ และสุขภาพของผู้ป่วย รวมถึงความเชื่อถือที่สังคมมีต่อแพทย์ เภสัชกร และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

ตระหนัก ถึงนโยบายและข้อกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งปัจจุบันมีเพียงกฎหมายที่ควบคุมโฆษณา แต่ยังมีปัญหาในเชิงประสิทธิภาพและความไม่เท่าทันสถานการณ์ รวมทั้งไม่ได้มีการควบคุมการส่งเสริมการขายยาแต่อย่างใด

เห็นว่า ทุกภาคส่วนในระบบยามีหน้าที่สำคัญในการช่วยแก้ไขสถานการณ์ให้ดีขึ้น ได้แก่ ภาคการศึกษา องค์กรวิชาชีพ องค์กรที่ดูแลการบังคับใช้กฎหมาย หน่วยบริการสุขภาพ องค์กรที่ดูแลระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสามระบอบ ภาคธุรกิจและอุตสาหกรรม สื่อมวลชน สื่อภาคประชาชน และประชาสังคม

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. รับรองยุทธศาสตร์ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม ตามภาคผนวกท้ายมติ^๕ นี้

^๔ เอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๒/หลัก ๘

^๕ เอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๒.มติ ๔. ผนวก ๑

๒. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๒.๑ นำเสนอยุทธศาสตร์ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และมอบหมายให้หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบดำเนินการตามยุทธศาสตร์

๒.๒ นำเสนอต่อคณะรัฐมนตรี

๒.๒.๑ เพื่อมอบหมายคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม และกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง จัดตั้งคณะทำงานที่มาจากทุกภาคส่วน ที่ไม่มีส่วนได้เสียกับธุรกิจยาทั้งในและต่างประเทศ เพื่อทำหน้าที่

๑) พัฒนาเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก รวมถึงแนวปฏิบัติทั้งในต่างประเทศและระหว่างประเทศ ให้เป็นเกณฑ์กลางของประเทศ และปรับปรุงให้ทันสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง ทั้งในส่วนการส่งเสริมการขายยา ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมยา และธรรมาภิบาล ความโปร่งใส ผลประโยชน์ทับซ้อนในระบบยาที่เกี่ยวข้อง

๒) ศึกษากระบวนการนำหลักเกณฑ์จริยธรรมที่เป็นเกณฑ์กลางของประเทศ มาบังคับใช้ในรูปของกฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งระบบบริหารกฎหมายที่เข้มแข็ง มีผลบังคับใช้ได้

๓) ประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวางเพื่อให้ทุกภาคส่วนได้รับทราบ และนำหลักเกณฑ์จริยธรรมฯ ไปประยุกต์ใช้หรือขยายเพิ่มเติมเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ให้คณะทำงานฯ ปฏิบัติงานให้แล้วเสร็จภายใน ๑ ปี

๒.๒.๒ เพื่อมอบหมายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม และกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ร่วมกันตั้งคณะทำงานศึกษาพัฒนาข้อเสนอในการจัดตั้งองค์การที่ทำงานอย่างอิสระ ให้ทำหน้าที่รับผิดชอบ จัดทำกลไกติดตามตรวจสอบ รวบรวมและรายงานสถานการณ์ การส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมในระดับประเทศ โดยมีองค์ประกอบจากทุกภาคส่วนรวมถึงภาคประชาสังคมร่วมตรวจสอบ ให้รัฐจัดสรรและสนับสนุนงบประมาณเพื่อการบริหารจัดการองค์การอิสระอย่างเพียงพอ ทั้งนี้ให้คณะทำงานฯ ปฏิบัติงานให้แล้วเสร็จภายใน ๑ ปี

๓. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔

สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๔. หมวด ๑

ยุทธศาสตร์ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม:

เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสุขภาพของผู้ป่วย

เป้าหมาย

๑. ประเทศไทยยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสุขภาพของผู้ป่วย
๒. ประเทศไทยมีระบบเฝ้าระวังการส่งเสริมการขายยาที่มีประสิทธิภาพ เท่าทันกับสถานการณ์ และมีระบบจัดการแก้ไขปัญหาในระยะยาว

ยุทธศาสตร์

การยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ ๕ ด้าน รายละเอียดดังนี้

๑. ยุทธศาสตร์ด้านกฎหมายว่าด้วยการควบคุมการส่งเสริมการขายยา
๒. ยุทธศาสตร์ประสานความร่วมมือเครือข่ายสถาบันการศึกษาและสถานพยาบาล เพื่อยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม
๓. ยุทธศาสตร์ประสานความร่วมมือระหว่างองค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพ และองค์กรวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม
๔. ยุทธศาสตร์ประสานความร่วมมือของภาคอุตสาหกรรมและธุรกิจยา เพื่อยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม
๕. ยุทธศาสตร์ภาคประชาสังคมเฝ้าระวังการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม

๑. ยุทธศาสตร์ด้านกฎหมายว่าด้วยการควบคุมการส่งเสริมการขายยา

ให้สถาบันการศึกษาร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการ ดังต่อไปนี้

- ๑.๑ ศึกษาบทเรียนจากต่างประเทศ ในการออกกฎหมายควบคุมการส่งเสริมการขายยา และการจัดทำรายงานค่าใช้จ่ายด้านการส่งเสริมการขายที่ให้แก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ หรือสถานพยาบาล หรือร้านขายยา
- ๑.๒ ประยุกต์ใช้บทเรียน ในข้อ ๑.๑ ในบริบทของประเทศไทย เพื่อนำไปสู่การออก

กฎหมายควบคุมการส่งเสริมการขายยาหรือแก้ไขปรับปรุงกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น รายงานค่าใช้จ่ายด้านการส่งเสริมการขายที่ให้แก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ หรือสถานพยาบาล หรือร้านขายยา เป็นต้น

๒. ยุทธศาสตร์ประสานความร่วมมือเครือข่ายสถาบันการศึกษาและสถานพยาบาลเพื่อ ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม

สถาบันการศึกษาทางการแพทย์และสุขภาพ และสถานพยาบาลร่วมกันดำเนินการ ดังนี้

๒.๑ ร่วมพัฒนาหลักเกณฑ์จริยธรรมด้านการส่งเสริมการขายยา ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก รวมทั้งประสบการณ์ต่างประเทศให้เป็นเกณฑ์กลางของประเทศ ปรับปรุงให้ทันสถานการณ์อย่างต่อเนื่องและนำไปปรับใช้ในแต่ละสถาบัน

๒.๒ บังคับใช้หลักเกณฑ์จริยธรรมตาม ๒.๑ กับทุกภาคส่วนเพื่อควบคุมการส่งเสริมการขายที่ขาดจริยธรรมให้มีประสิทธิภาพ

๒.๓ พัฒนาปรับปรุงหลักเกณฑ์จริยธรรมตาม ๒.๑ อย่างต่อเนื่องให้เท่าทันสถานการณ์

๒.๔ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ร่วมผลักดันให้หลักเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยา ตาม ๒.๑ และรวมทั้งการส่งเสริมการส่งจ่ายยาด้วยชื่อสามัญทางยา (generic name) เป็นหนึ่งในการพิจารณามาตรฐานโรงพยาบาลควบคู่กับเกณฑ์มาตรฐานในเรื่องการจ่ายยาที่เหมาะสม

๒.๕ ในส่วนของโรงพยาบาล ให้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ต้องแจ้งรายงานผลการส่งจ่ายยาที่ผิดปกติเพื่อให้แพทย์ผู้สั่งจ่ายยาและคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาลรับทราบและแก้ไขปรับปรุงให้ทันเหตุการณ์ โดยอาจพิจารณาเชื่อมโยงควบคู่กับกิจกรรมการส่งเสริมการขายยาในรูปแบบต่างๆ ที่เกิดขึ้น

๒.๖ ให้สถาบันการศึกษาและสถานพยาบาลมีบทบาทในการสนับสนุนทางวิชาการแก่ภาคประชาสังคม

๓. ยุทธศาสตร์ประสานความร่วมมือระหว่างองค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพและองค์กร วิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม

องค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น แพทยสภา สภาเภสัชกรรม สภาการพยาบาล และองค์กรวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สภาอุตสาหกรรม สมาคมสื่อมวลชน ร่วมกันดำเนินการ ดังนี้

๓.๑ พัฒนาและกำหนดหลักเกณฑ์จริยธรรมด้านการส่งเสริมการขายยาให้เป็น

ส่วนหนึ่งของจริยธรรมหรือจรรยาบรรณวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพแต่ละสาขา

๓.๒ จัดทำระบบที่ชัดเจนและตรวจสอบได้ในการเฝ้าระวังการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม

๓.๓ ตรวจสอบและดำเนินการตามมาตรฐานการบังคับขององค์กรวิชาชีพนั้นๆ อย่างเคร่งครัดเมื่อมีการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม

๓.๔ นำมาตรฐานรยกย่องชมเชยมาใช้เพื่อสนับสนุนการประกอบวิชาชีพตามหลักการใช้ยาที่เหมาะสม

๔. ยุทธศาสตร์ประสานความร่วมมือของภาคอุตสาหกรรมและธุรกิจยา เพื่อยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม

ให้องค์กรภาคอุตสาหกรรมและธุรกิจยา ทั้งภาครัฐและเอกชน มีหน้าที่ดำเนินการดังต่อไปนี้

๔.๑ กำหนดแนวทางปฏิบัติขององค์กรและบุคลากร เพื่อยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม และสอดคล้องกับเกณฑ์จริยธรรมกลางของประเทศไทย

๔.๒ ดำเนินการให้มีการกำกับติดตาม ให้องค์กร และบุคลากร ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดและมีสภาพบังคับแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง

๔.๓ จัดให้มีระบบเฝ้าระวังและรับข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม

๔.๔ เปิดเผยแพร่ข้อมูลเรื่องการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมสู่สาธารณชนและรายงานต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบ ถึงการดำเนินการเพื่อยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมเป็นประจำทุกปี

๕. ยุทธศาสตร์ภาคประชาสังคมเฝ้าระวังการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม

ให้ภาคประชาสังคม ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการ ดังนี้

๕.๑ รัฐโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม และกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง จัดงบประมาณสนับสนุนการรวมตัวของภาคประชาชนในการติดตาม ตรวจสอบ และเฝ้าระวังการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม และนำมาเปิดเผยต่อสาธารณะ

๕.๒ ภาคประชาสังคมจัดทำแผนการเฝ้าระวังปัญหาและติดตามการดำเนินงานเพื่อแสดงความก้าวหน้าของการดำเนินงานและประเมินผล โดยนำเสนอผลสู่สาธารณะอย่างต่อเนื่อง

๕.๓ ทุกภาคส่วนร่วมกันจัดทำแผนการเฝ้าระวังปัญหาและติดตามการดำเนินงาน

เพื่อแสดงความก้าวหน้าของการดำเนินงาน และประเมินผล โดยนำเสนอผลสู่สาธารณะอย่างต่อเนื่อง

๕.๔ สื่อมวลชนมีบทบาทร่วมกับภาคประชาสังคม ในการให้ความรู้แก่ประชาชน เพื่อส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสม และสร้างความเท่าทันต่อขบวนการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม

สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๕

ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สอง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์แห่งชาติ^๖

รับทราบ ถึงมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ ๑.๖ ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ข้อ ๑.๒ (๑) (ดำเนินการให้มีกระบวนการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์...)

รับทราบ ถึงผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งผลต่อสุขภาพในทุกมิติ ผลต่อเศรษฐกิจสังคม มนุษย์ และการพัฒนาอย่างยั่งยืนโดยรวม โดยเฉพาะผลกระทบต่ออนาคตของชาติในระยะยาว และการเป็นอุปสรรคในการพัฒนาคนและสังคม

ตระหนัก ถึงสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และความรุนแรงของปัญหาในประเทศไทยที่น่าเป็นห่วง

เข้าใจ ว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดผลกระทบเชิงลบที่มีมูลค่าสูงกว่าประโยชน์ทางเศรษฐกิจที่สังคมได้รับ และส่งผลกระทบต่อผู้อื่น รวมถึงสังคมในวงกว้าง อันเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิต ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจ สังคม และอนาคตของชาติ ตลอดจนปัญหาความยากจน ความด้อยโอกาสและการเลือกปฏิบัติซึ่งนำไปสู่ความไม่เสมอภาค

ตระหนัก ว่าปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นสามารถป้องกันและควบคุมได้ด้วยมาตรการของนโยบายแอลกอฮอล์ ซึ่งต้องมีความสมดุลและครอบคลุมมาตรการต่างๆ ทั้งการควบคุมการบริโภค ลดความเสี่ยงของการบริโภคและการฟื้นฟูเยียวยาแก้ไขผู้ประสบปัญหา โดยมีเป้าหมายที่ประชากรทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงรวมถึงเยาวชน

รับรู้ ว่ามาตรการของนโยบายแอลกอฮอล์ มีประสิทธิผลและคุ้มค่าในการควบคุมปัญหาต่างกัน มาตรการที่มีประสิทธิผลและคุ้มค่าที่สุดสำหรับสังคมไทยได้แก่ มาตรการทางภาษีและราคา การจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมหรือห้ามการโฆษณา และการควบคุมพฤติกรรมขบขันขณะมีเมามากอย่างจริงจัง ส่วนมาตรการที่มีประสิทธิผลและคุ้มค่าที่สุดได้แก่ การให้สุศึกษาแก่เยาวชน การควบคุมตนเองของผู้ประกอบการอุตสาหกรรม

^๖ เอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๒/หลัก ๑๐

สุราที่ไม่มีบทลงโทษทางกฎหมาย และการจัดกิจกรรมทางเลือกทดแทนการบริโภค

ขึ้นชม ในพัฒนาการของกระบวนการนโยบายแอลกอฮอล์ในประเทศไทยในระยะเวลาที่ผ่านมา รวมถึงพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งกำหนดให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด และคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กรุงเทพมหานครขึ้นมาเป็นกลไกในการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตระหนัก ถึงความจำเป็นในการสร้างความมุ่งมั่นร่วมกันของสังคมไทยในการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะการใช้ประโยชน์จากแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ เพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของกระบวนการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยคำนึงถึงผลกระทบในทุกมิติ

จึงมีมติ ดังต่อไปนี้

๑. รับรองแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ตามเอกสารผนวกข้างท้ายมติ^๙ นี้

๒. ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาและนำเสนอแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการ โดยเฉพาะคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด ดำเนินการให้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการทุกระดับที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ

๓. ให้คณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด

๓.๑ ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หน่วยงานราชการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนการดำเนินงานและเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรม ในการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และติดตามผลตามแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ รวมถึงการพัฒนาแผนปฏิบัติการ

๓.๒ ร่วมกับคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ

^๙ เอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๒.มติ ๕. ผนวก ๑

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งภาคประชาสังคมพิจารณาศึกษาความเป็นไปได้ในจัดเก็บค่าธรรมเนียมเพิ่มเติม หรือการจัดสรรงบประมาณจากภาษีสรรพสามิตสุรา เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ สนับสนุนกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และสนับสนุนการรณรงค์เพื่อจัดการความรุนแรงในครอบครัว และใช้ในมาตรการเยียวยาผู้หญิงและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงในครอบครัว อันเป็นผลมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๔. ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบให้คณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัดร่วมกับหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง โดยเฉพาะสำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรมสรรพสามิต ผู้ว่าราชการจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจัง ต่อเนื่อง

๕. ให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานต่อสภานโยบายสุขภาพแห่งชาติ

ครั้งที่ ๔

สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๕.ผวก ๑ แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ

๑. บทนำ

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อปัญหาต่อสุขภาพะทางกาย จิต สังคม และ ปัญญาของประชากรไทย ผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงตัวผู้บริโภค เท่านั้น ครอบครัว บุคคลรอบข้าง ชุมชน สังคม และประเทศ ล้วนมีส่วนแบกรับภาระจากผลกระทบ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดโรคภัยกว่า ๖๐ ชนิด และคร่าชีวิตประชากรโลกถึง ๒.๓ ล้านคนในปี ๒๐๐๔ และยังมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ ที่ส่งผลถึงศักยภาพของทรัพยากรมนุษย์ การเติบโตทางเศรษฐกิจ การพัฒนาของสังคมโดยรวม ในประเทศไทยนั้นการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพลำดับที่สอง โดย ก่อภาระโรคคิดเป็นร้อยละ ๘.๑ ของภาระโรคทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยนานาชาติอย่างชัดเจน ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมีมูลค่าสูง ๑.๕๑ แสนล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ ๑.๙๗ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ ซึ่งสูงกว่าผลประโยชน์ที่สังคมได้รับ ในรูปแบบของภาษี ทั้งนี้ผลกระทบเชิงลบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เหล่านี้สามารถ ป้องกันและหลีกเลี่ยงได้ด้วยการมีนโยบายแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพ และการนำไปปฏิบัติที่จริงจัง

๒. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผสมกระทบ และนโยบายแอลกอฮอล์ ของประเทศไทย

๒.๑ ปริมาณการบริโภคเฉลี่ยของประชากรไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยในประชากรผู้ใหญ่ไทยเพิ่มจาก ๗.๒๘ ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ต่อคนในปีพ.ศ. ๒๕๔๐ เป็น ๗.๗๑ ลิตร^๑ โดยเฉพาะการขยายตัวต่อเนื่องของตลาดเบียร์และวิสกี้ ปริมาณการบริโภคเบียร์เพิ่มขึ้นถึง ๑๒ เท่าระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๓๐- ๒๕๔๖ และประมาณการ ได้ว่าปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษีสูงประมาณ ๒ ลิตรของแอลกอฮอล์ บริสุทธิ์ต่อคนต่อปีทั้งนี้ปริมาณการผลิตและนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระยะสองสามปีล่าสุด มีแนวโน้มทรงตัว

^๑ คำนวณจากข้อมูลลิตรของเครื่องดื่มที่ผลิตและนำเข้าจากกรมสรรพสามิต โดยใช้วิธีคำนวณขององค์การอนามัยโลกเพื่อ แปลงเป็น ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ โดยไม่นับปริมาณการผลิตสุราสามทับ

๒.๒ สังคมไทยมีนักดื่มหน้าใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประมาณปีละ ๒.๖ แสนคน สัดส่วนนักดื่มในกลุ่มประชากรที่เคยมีความชุกของผู้บริโภคในระดับต่ำ อย่างเช่นประชากร เพศหญิง กลุ่มเยาวชน และ ประชากรอายุน้อย ซึ่งเป็นอนาคตของชาติ เพิ่มขึ้นชัดเจน ในขณะที่ ความชุกของผู้บริโภคในประชากรสูงอายุมีแนวโน้มลดลง

๒.๓ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลายเป็นเรื่องปกติมากขึ้น สัดส่วนนักดื่มที่ บริโภคเป็นประจำ โดยเฉพาะที่บริโภคทุกวันเพิ่มสูงขึ้น ในทางกลับกันสัดส่วนผู้บริโภคประเภท นานๆ ครั้งกลับลดลง สัดส่วนของผู้บริโภคเป็นประจำ^๙ เพิ่มจากร้อยละ ๓๗.๑๔ เป็น ๔๐.๖๗ ระหว่างพ.ศ. ๒๕๓๙ ถึง ๒๕๕๐

๒.๔ ประชากรนักดื่มไทยมีรูปแบบการบริโภคที่มีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะแล้ว นักดื่ม ไทยเพศชายบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ๘๕.๗๒ กรัมต่อครั้งที่ดื่ม และ ๕๑.๙๙ กรัมในเพศหญิง ในขณะที่นักดื่มเยาวชน (๑๒-๑๙ปี) ชายมีปริมาณการบริโภคสูงถึง ๑๑๘.๓๕ กรัมต่อวันที่ดื่ม และ ๖๑.๙๕ กรัม ในเยาวชนหญิง ซึ่งล้วนจัดเป็นการดื่มแบบอันตรายและการดื่มจนมึนเมา

๒.๕ ตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยเติบโตอย่างต่อเนื่องทั้งในมิติของ ปริมาณและมูลค่า โดยเฉพาะในประเภทเครื่องดื่มสไตส์ตะวันตก มีเครื่องดื่มประเภทใหม่ๆ เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในตลาดของไทย โดยเฉพาะเครื่องดื่มที่มีกลุ่มตลาดเฉพาะ อย่างเช่น เครื่องดื่มสำหรับเยาวชน และสำหรับนักดื่มหญิง ประชากรไทยเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยง่าย และรับรู้ถึงการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ในความถี่ที่สูง

๒.๖ ปัญหาสุขภาพและสังคมที่เกิดจากหรือมีความสัมพันธ์กับการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์หลายประเภทในสังคมไทยมีความรุนแรงมากกว่าในต่างประเทศ และบางส่วนมี แนวโน้มรุนแรงขึ้นตามปริมาณการบริโภคของสังคม ตัวอย่างเช่น การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถ และการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย นอกจากนั้นการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เกี่ยวข้องกับ ปัญหาความยากจนทั้งระดับบุคคลและสังคม คริวเรือไทยที่มีสมาชิกดื่มสุรา มีค่าใช้จ่ายสำหรับ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสัดส่วนร้อยละ ๖-๘ ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด และเปลี่ยนแปลงเพิ่มใน สัดส่วนที่สูงกว่าการเปลี่ยนแปลงของรายได้และรายจ่ายของคริวเรือ นอกจากนั้นผู้บริโภคที่มี รายได้ต่ำนั้นยังบริโภคในลักษณะที่มีความเสี่ยงสูงกว่าด้วย

๒.๗ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เสี่ยงทางสุขภาพและปัญหาสังคมอื่นๆ ทั้งในลักษณะความเป็นเหตุเป็นผล ลักษณะการชักนำ และลักษณะที่พบร่วมกัน เช่น การเสพสิ่งมีนเมาควบคู่กันหลายชนิด การบริโภคยาสูบ การทำร้ายร่างกาย พฤติกรรมทางเพศที่เป็นอันตราย การก่ออาชญากรรม ภาวะเป็นหนี้สิน

^๙ หมายถึงผู้ที่บริโภคโดยเฉลี่ยอย่างน้อย ๑ ครั้งต่อสัปดาห์

และการว่างงาน

๒.๘ ประเทศไทยมีการพัฒนามาตรการของนโยบายแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ และโครงสร้างกลไกในการจัดการกับปัญหาภายใต้ พ.ร.บ.ดังกล่าว โดยรวมนั้นประเทศไทยมีจำนวนมาตรการมากกว่าค่าเฉลี่ยนานาชาติ หากแต่ยังขาดความเข้มแข็งในเชิงเนื้อหาของนโยบาย และแม้ว่าสังคมไทยได้มีความตื่นตัวต่อปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น ประชากรไทยมีความคุ้นเคยกับมาตรการต่างๆ ของนโยบายแอลกอฮอล์มากขึ้น แต่การนำนโยบายไปปฏิบัติยังขาดการเอาใจจริงเอาใจอย่างต่อเนือง นโยบายแอลกอฮอล์ในประเทศไทยยังมีประสิทธิผลที่ไม่น่าพึงพอใจเมื่อพิจารณาจากศักยภาพในการควบคุมปริมาณการบริโภค การควบคุมพฤติกรรมเสี่ยง และการควบคุมและลดความรุนแรงของปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๒.๙ ข้อจำกัดเชิงกระบวนการนโยบายแอลกอฮอล์ที่สำคัญ ได้แก่ ความอ่อนแอของเนื้อหาของนโยบายในมาตรการบางกลุ่ม ความอ่อนแอของการนำนโยบายไปปฏิบัติ การขาดนโยบายและมาตรการในระดับพื้นที่ การขาดการติดตามและประเมินผล ปัญหาในการใช้ความรู้ทางวิชาการมาขับเคลื่อนกระบวนการนโยบาย ปัญหาความโปร่งใสของกระบวนการนโยบาย และการเตรียมพร้อมรับมือกับภาวะคุกคามใหม่ๆ เช่น ผลจากข้อตกลงเศรษฐกิจ การค้าระหว่างประเทศ อีกทั้งแนวคิดทุนนิยมและเศรษฐกิจการค้าเสรี ยังมีผลให้สังคมพิจารณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็น "สินค้าธรรมดา" ไม่แตกต่างจากสินค้าทั่วไปอื่นๆ โดยไม่ได้คำนึงถึงความสำคัญของนโยบายแอลกอฮอล์ในการปกป้องสุขภาพของสังคมเท่าที่ควร

๓. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบ

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนเกี่ยวข้องกับปัจจัยหักกลุ่มที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและกัน ได้แก่ ความเข้มแข็งของนโยบายแอลกอฮอล์และการนำไปปฏิบัติ ค่านิยมของสังคม การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเชิงเศรษฐศาสตร์ กายภาพ และทางสังคม^{๑๐} ปัจจัยส่งเสริมการบริโภคโดยเฉพาะการโฆษณา และปัจจัยและเงื่อนไขรายบุคคล โดยผ่านการลองและเริ่มต้นบริโภค ดังแสดงในภาพที่ ๑

^{๑๐} การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เชิงเศรษฐศาสตร์ หมายถึง ราคาและกำลังซื้อของประชาชนและผู้บริโภค, การเข้าถึงเครื่องดื่มเชิงกายภาพหมายถึง ความยากง่ายในการหาซื้อเครื่องดื่ม ทั้งจำนวน ตำแหน่งและความหนาแน่นของจุดขาย ระยะเวลาทำการของจุดขาย เงื่อนไขในการซื้อและขาย, การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเชิงสังคม (social availability) หมายถึง การได้ การจัดหา หรือการชักชวนให้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากเพื่อน ญาติ คนในครอบครัว ที่อาจจะไม่มีลักษณะการซื้อขาย

ทั้งปริมาณและรูปแบบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีผลต่อการเกิดผลกระทบผ่านสามกลไกสำคัญ คือ สมบัติความเป็นสารพิษของแอลกอฮอล์ (Toxicity) สมบัติของแอลกอฮอล์ที่มีต่อระบบประสาทส่วนกลางหรือการก่อความมึนเมา (Intoxication) และสมบัติการเป็นสารเสพติด (Dependence) โดยก่อผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งมิติทางสุขภาพและสังคม ทั้งในระยะสั้นและยาว และความรุนแรงของปัญหาจากการบริโภคที่สังคมได้รับก็มีผลต่อค่านิยมในการบริโภคและทัศนคติของสังคมที่มีต่อนโยบายในการควบคุมปัญหา

ปริมาณการบริโภคเฉลี่ยในสังคม มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของปัญหาทั้งปัญหาแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ทั้งนี้เนื่องจากความรุนแรงของผลกระทบเชิงลบต่อสุขภาพหลายประเภทนั้นแปรผันตามปริมาณแอลกอฮอล์ที่บริโภค (dose-response relationship) ดังนั้นนโยบายแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิผลจึงต้องครอบคลุมทุกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคทั้งห้ากลุ่มที่มุ่งเน้นไปที่การควบคุมปริมาณการบริโภคและรูปแบบการบริโภค ควบคู่ไปกับการจัดการควบคุมผลของการบริโภคไปพร้อมกัน

๔. คำประกาศความมุ่งมั่น หลักการพื้นฐาน วัตถุประสงค์ กสวธ. ตัวชี้วัดความสำเร็จ และเป้าหมายของการจัดการกับปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๔.๑ คำประกาศความมุ่งมั่น

การควบคุมปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นวาระแห่งชาติ และวาระแห่งท้องถิ่น

๔.๒ หลักการพื้นฐาน

๑) ทุกภาคส่วนของสังคมไทยมีภาระและความรับผิดชอบในการควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกัน

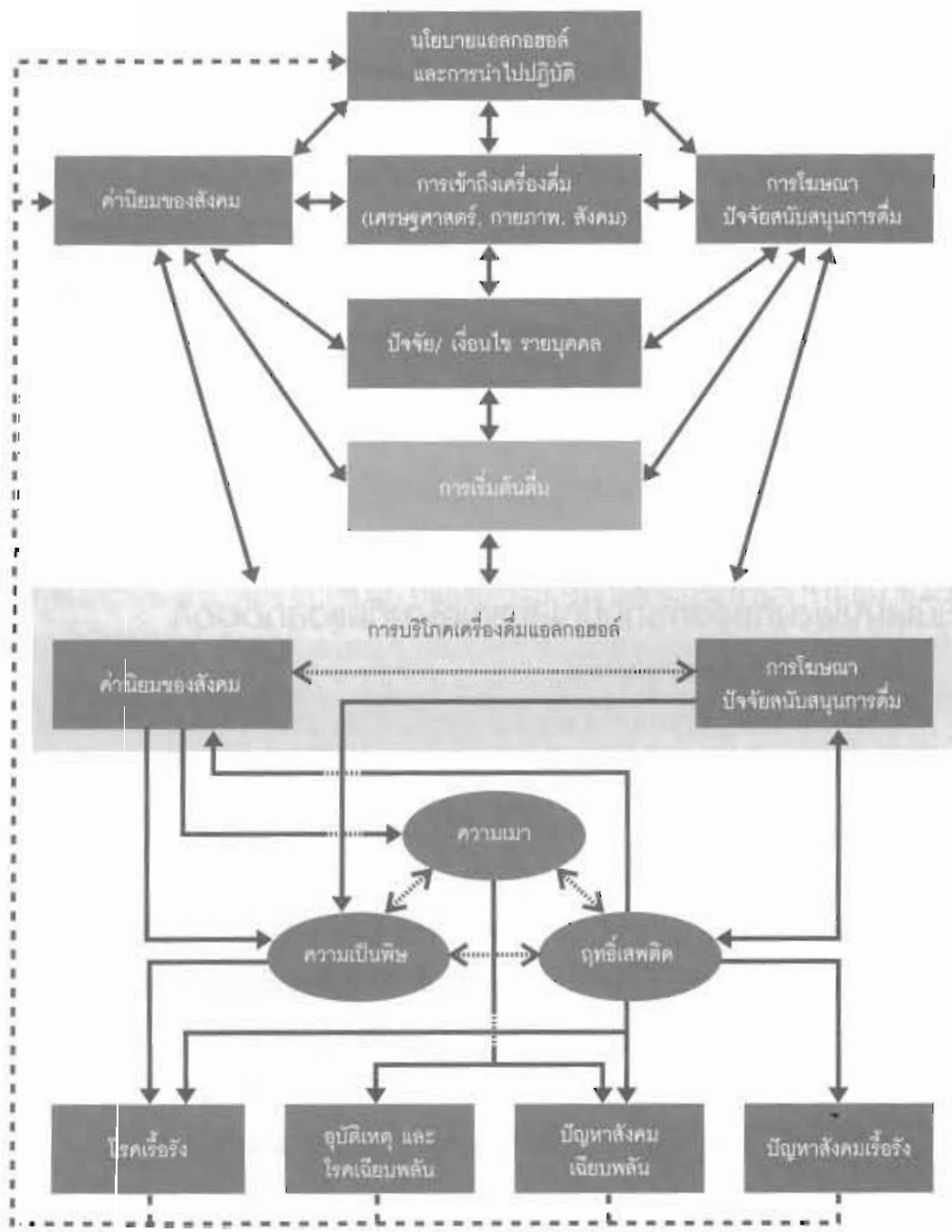
๒) การได้รับการปกป้องจากผลกระทบของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเข้าถึงบริการของรัฐ และการได้รับข้อมูลที่จำเป็นในการป้องกันและควบคุมผลกระทบที่มีหรืออาจมีต่อของตน ครอบครัวและชุมชน ถือเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนไทย

๓) การเติบโตและการมีพัฒนาการ ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีกลไกปกป้องผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ถือเป็นสิทธิพื้นฐานของเด็กและเยาวชนไทย

๔) การได้รับการปกป้องจากแรงกดดัน/อิทธิพลให้บริโภคถือเป็นสิทธิพื้นฐานของผู้ที่ไม่ได้บริโภคและผู้ที่ไม่ต้องการบริโภคโดยเฉพาะเยาวชน

๕) การปกป้องผลกระทบเชิงลบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมสุราที่มีต่อวัฒนธรรมและภูมิปัญญาของท้องถิ่น ถือเป็นสิทธิพื้นฐานของชุมชน

ภาพที่ ๑ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และกลไกการก่อผลกระทบจากการบริโภค



ดัดแปลงจาก Birckmayer และคณะ A general casual model to guide alcohol, tobacco and illicit drug prevention: assessing the research evidence (2004), และ Babor และคณะ Alcohol No Ordinary Commodity (2003)

๔.๓ วัตถุประสงค์ของแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อสนับสนุนการควบคุมขนาดและความรุนแรงของปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- ๑) สนับสนุนการดำเนินการของหน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะคณะกรรมการนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในการพัฒนามาตรการของนโยบายแอลกอฮอล์ สร้างความเข้มแข็งในการนำนโยบายไปปฏิบัติและศักยภาพในการติดตามประเมินผลนโยบายแอลกอฮอล์
- ๒) สนับสนุนบทบาทและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะในระดับพื้นที่ในการป้องกันและควบคุมปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๓) เป็นเครื่องมือในการกำหนดเป้าหมายระยะยาวของสังคมไทยในการจัดการกับปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผลพลอยได้

แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติและกระบวนการจัดทำ เป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันถึงปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเครื่องมือในการแก้ปัญหา

๔.๔ กลวิธี

หลักการพื้นฐานในมิติกระบวนการของยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ

- ๑) พัฒนาและปรับปรุงนโยบายแอลกอฮอล์ลักษณะผสมผสานระหว่างยุทธศาสตร์ทั้งห้า โดยเน้นที่มาตรการที่มีประสิทธิผลและความคุ้มค่า ในทุกระดับนโยบายตั้งแต่ระดับชุมชนไปจนถึงประเทศ และพัฒนาความเข้มแข็งของการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจังและต่อเนื่อง
- ๒) ยุทธศาสตร์จะกำหนดความครอบคลุมและทิศทางในการพัฒนาแผนปฏิบัติการในยุทธศาสตร์และมาตรการ และระดับนโยบายต่างๆ
- ๓) ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติยอมรับความยืดหยุ่นในการพัฒนาแผนปฏิบัติการตามระดับความพร้อม ของแต่ละยุทธศาสตร์และมาตรการ และแต่ละระดับนโยบายและพื้นที่
- ๔) ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติและแผนปฏิบัติการที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ควรมีการกำหนดเป้าหมายและความคาดหวังเป็นขั้นตอน ทั้งในมิติระดับบุคคล มิติเชิงพื้นที่ และระดับยุทธศาสตร์

แผนยุทธศาสตร์นี้มีเป้าหมายเชิงกลไกของนโยบายสี่ประการ คือ

- ๑) ควบคุมและลดปริมาณการบริโภคของสังคม
- ๒) ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่และควบคุมความชุกของผู้บริโภค
- ๓) ลดความเสี่ยงของการบริโภค ทั้งในมิติของปริมาณการบริโภค รูปแบบของการบริโภคและพฤติกรรมหลังการบริโภค
- ๔) จำกัดและลดความรุนแรงของปัญหาจากการบริโภค

๔.๕ ตัวชี้วัดความสำเร็จของแผนยุทธศาสตร์และเป้าหมาย

จากวัตถุประสงค์ในการควบคุมผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การประเมินความสำเร็จของแผนยุทธศาสตร์ฯ ในภาพรวมควรจะอาศัยตัวชี้วัดที่มีความจำเพาะเจาะจง มีความสามารถในการทำนายความรุนแรงของปัญหา วัดได้อย่างสม่ำเสมอโดยมีต้นทุนในการได้มาซึ่งข้อมูลไม่สูงนัก (เช่น มีการดำเนินการจัดเก็บอยู่แล้ว) และสอดคล้องกับเป้าหมายหลักเชิงกลไกทั้งสี่ประการ ดังแสดงในตารางที่ ๑ ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัดพื้นฐานและตัวชี้วัดเพิ่มเติมซึ่งมีความซับซ้อนมากกว่า หรือต้องลงทุนเพิ่มเติม

โดยรวมนั้นเป้าหมายหลักของแผนยุทธศาสตร์ฯ กำหนดไว้ที่ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๘) และ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๓) โดยประเมินจาก ปริมาณการบริโภคเฉลี่ยต่อประชากร ความชุกของผู้บริโภคในประชากรและในเยาวชน และสัดส่วนของผู้บริโภคประจำ (มากกว่าหรือเท่ากับ ๑ ครั้ง/เดือน) ดังแสดงในตารางที่ ๒

ตารางที่ ๑ ตัวชี้วัดพื้นฐานและตัวชี้วัดเพิ่มเติมของแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ

	ตัวชี้วัด พื้นฐาน*	ตัวชี้วัด เพิ่มเติม
ปริมาณการบริโภคของสังคม	ปริมาณการบริโภคเฉลี่ยต่อประชากรผู้ใหญ่	
ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่	ความชุกของผู้บริโภคในประชากร ๑๕-๑๙ และ ๒๐-๒๔ ปี	ความชุกของผู้บริโภคในประชากร ๑๐-๑๔ ปี
ความชุกของผู้บริโภค	ความชุกของผู้บริโภคในประชากรผู้ใหญ่	
ความเสี่ยงของการบริโภค		
ปริมาณการบริโภค		<ul style="list-style-type: none"> ความชุกของผู้ที่บริโภคเกิน ๕ ดื่มมาตรฐาน (prevalence of binge drinkers) ปริมาณการบริโภคเฉลี่ยต่อครั้ง (drinking intensity) สัดส่วนนักดื่มที่บริโภคในปริมาณสูง** ต่อครั้งหรือวันดื่ม และ ต่อวัน
รูปแบบของการบริโภค	จำนวนและ สัดส่วนผู้บริโภค ประจำ	สัดส่วนของผู้ที่บริโภคจนรู้สึกมึนเมา
พฤติกรรมหลังการบริโภค	ความชุกของผู้บริโภคที่มีพฤติกรรมดื่มแล้วขับขียนพาหนะ	
ความรุนแรงของปัญหา		<ul style="list-style-type: none"> ความชุกของผู้มีภาวะติดสุรา สัดส่วนของผู้บริโภคที่มีคะแนนความรุนแรงของปัญหาสูง*** ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ-ปัญหาสังคมที่มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยสำคัญ เช่น อุบัติเหตุจราจร

หมายเหตุ:

- * ตัวชี้วัดพื้นฐานหมายถึงตัวชี้วัดที่มีการสำรวจระดับประเทศเป็นประจำ
- ** ตัวอย่างเช่น ร้อยละของผู้ที่บริโภคที่บริโภคแอลกอฮอล์เกิน ๔๐ กรัม ต่อครั้ง หรือต่อวัน
- *** ตัวอย่างเช่น สัดส่วนผู้ที่มีคะแนน Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) มากกว่า ๗ ในหมู่ประชากรหรือ นักดื่ม

ตารางที่ ๒ เป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ

เป้าหมาย	หน่วย	พ.ศ. ๒๕๕๐	๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๓)			๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๓)		
			คาดการณ์เบื้องต้น*	เป้าหมาย	การเปลี่ยนแปลง จาก ๒๕๕๐	คาดการณ์เบื้องต้น*	เป้าหมาย	การเปลี่ยนแปลง จาก ๒๕๕๐
ปริมาณการบริโภคต่อประชากรผู้ใหญ่	ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี	๗.๗๑	๘.๒๐	๗.๗๑	คงที่	๘.๗๘	๗.๓๒	-๕%
ความชุกของผู้บริโภคในประชากรผู้ใหญ่	ร้อยละ	๓๐.๐%	๓๐.๖๙%	๒๘.๕%	-๕%	๓๐.๒๕%	๒๗.๐%	-๑๐%
ความชุกของผู้บริโภคในประชากร ๑๕-๑๙ ปี	ร้อยละ	๑๒.๗%	๑๕.๓๗%	๑๒.๗%	คงที่	๑๖.๖๗%	๑๒.๐๗%	-๕%
สัดส่วนของผู้บริโภคประจำ** ต่อผู้บริโภคทั้งหมด	ร้อยละ	๔๐.๖๗%	๔๕.๘๘%	๔๐.๖๗%	คงที่	๔๘.๘๓%	๓๘.๖๓%	-๕%

หมายเหตุ:

* คำนวณจากการเปลี่ยนแปลงแบบเส้นตรงจากฐานข้อมูลระหว่างของปี ๒๕๓๙- ๒๕๕๐

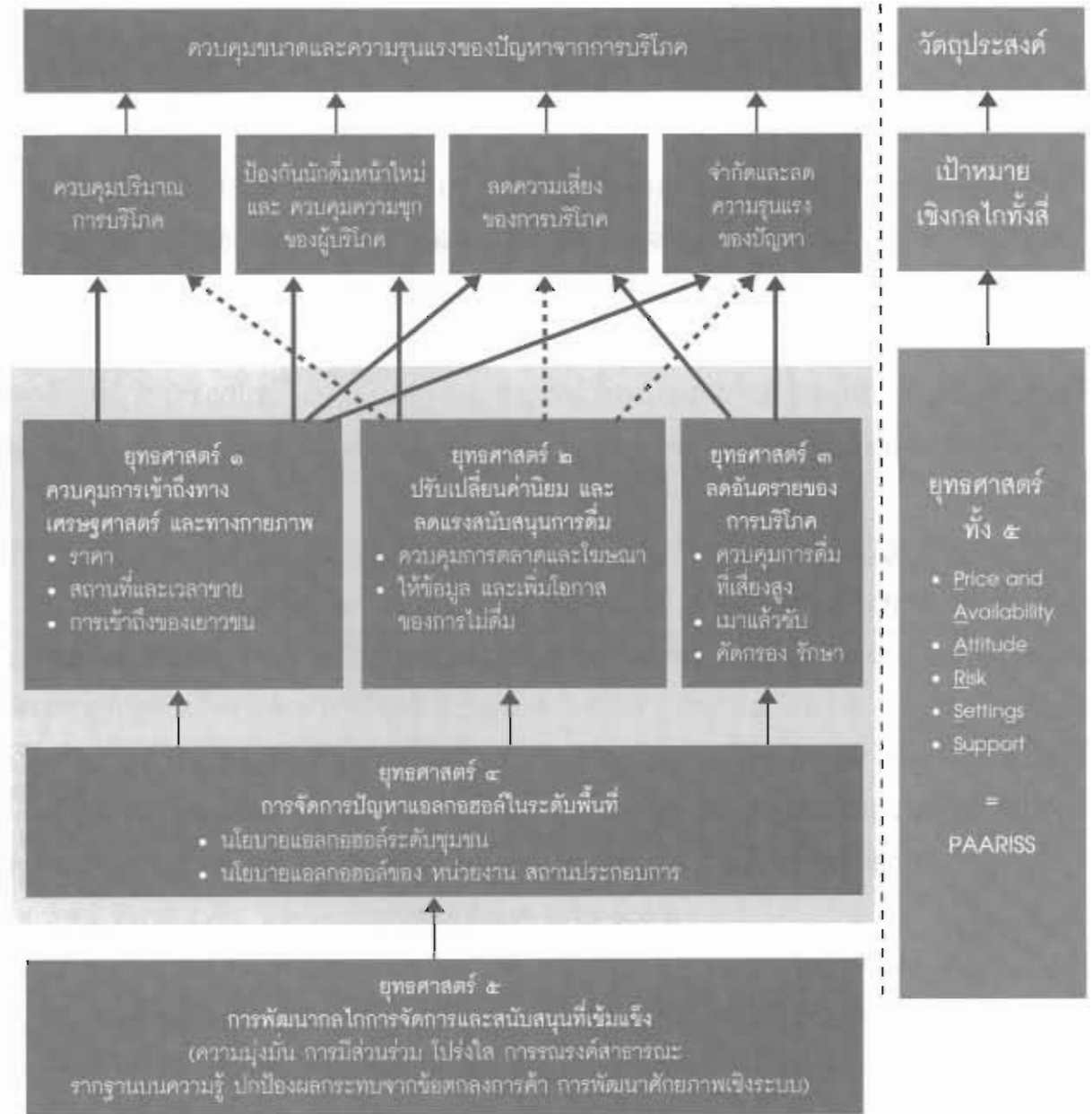
จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ และกรมสรรพสามิต

** หมายถึงผู้ที่บริโภคโดยเฉลี่ยอย่างน้อย ๑ ครั้งต่อสัปดาห์

๕. ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

มาตรการของนโยบายแอลกอฮอล์มีประสิทธิผลและต้นทุน=ประสิทธิผลหรือความคุ้มค่าต่างกัน มาตรการที่ดีที่สุดสืบประการของนโยบายแอลกอฮอล์ ประกอบไปด้วย การจำกัดอายุผู้ซื้อ การที่รัฐเป็นเจ้าของร้านขายสุราปลีก การจำกัดเวลาในการขาย การจำกัดความหนาแน่นของจุดขาย ระบบภาษีสุรา การสุ่มตรวจระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจของผู้ขับขี่ การลดเพดานระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ การยึดใบอนุญาตขับขี่ ซึ่งหมายถึงการห้ามผู้ขับขี่ขณะมีเมามาไปขับขี่อีก การกำหนดระดับบัตรอนุญาตขับขี่เป็นขั้นตอนโดยคำนึงถึงพฤติกรรมขับขี่ขณะมีเมมา และการคัดกรองผู้มีความเสี่ยงเบื้องต้น (brief intervention) มาตรการ

ภาพที่ ๒ ยุทธศาสตร์ทั้งห้า และความเชื่อมโยงกับเป้าหมายเชิงกลไก และวัตถุประสงค์ของแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ



ตารางที่ ๓ มาตรการหลักและรองที่มีประสิทธิผลในการบรรลุเป้าหมายทั้งสี่ประการ

	มาตรการหลัก	มาตรการรอง	มาตรการสนับสนุน
ควบคุมปริมาณการบริโภคของสังคม	<ul style="list-style-type: none"> ภาษีและราคา ควบคุมการเข้าถึง 	<ul style="list-style-type: none"> ควบคุมการโฆษณา มาตรการระดับชุมชน การปราบปรามเครื่องดื่มนอกระบบภาษี 	<ul style="list-style-type: none"> การรณรงค์สาธารณะ
ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่และ ควบคุมความชุกของผู้บริโภค	<ul style="list-style-type: none"> ควบคุมการโฆษณา ภาษีและราคา ควบคุมการเข้าถึง 	<ul style="list-style-type: none"> การให้ความรู้ การดัดแปลงบริบทและเงื่อนไขการดื่ม 	<ul style="list-style-type: none"> การรู้เท่าทันกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมสุรา การรณรงค์สาธารณะ
ลดความเสี่ยงของการบริโภค	<ul style="list-style-type: none"> ควบคุมพฤติกรรมระดับขณะมีเม้า การดัดแปลงบริบทและเงื่อนไขการดื่ม ภาษีและราคา ควบคุมการเข้าถึง 	<ul style="list-style-type: none"> มาตรการระดับชุมชน ความร่วมมือของผู้ประกอบการ 	<ul style="list-style-type: none"> การปรับทัศนคติของสังคมต่อความมีเม้าและผลกระทบ การรณรงค์สาธารณะ
จำกัดและลดความรุนแรงของปัญหา	<ul style="list-style-type: none"> การคัดกรองและบำบัดรักษา ภาษีและราคา ควบคุมการเข้าถึง 	<ul style="list-style-type: none"> ระบบบริการสุขภาพ มาตรการระดับชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> การรณรงค์สาธารณะ

๕.๑ ยุทธศาสตร์ที่หนึ่ง การควบคุมการเข้าถึงทางเศรษฐศาสตร์และทางกายภาพ

ความคาดหวัง: เพื่อควบคุมการบริโภคสุราของประชาชนโดยรวมและในกลุ่มเสี่ยง ผ่านกลไกควบคุมที่ทำให้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสินค้าที่ราคาไม่ถูก และหาซื้อไม่ง่าย

๕.๑.๑ มาตรการทางภาษีและราคา

แนวคิดพื้นฐานและสถานการณ์

ราคาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีอิทธิพลต่อทั้งปริมาณและรูปแบบการบริโภค ผู้บริโภคทุกกลุ่มมีการบริโภคลดลงเมื่อราคาเพิ่มขึ้นโดยมีระดับการเปลี่ยนแปลงที่ต่างกัน เยาวชนคนหนุ่มสาวเป็นกลุ่มที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของราคาสูงสุด โดยทั่วไป รัฐได้ประโยชน์จากการปรับเพิ่มอัตราภาษีสุราทั้งในด้านการควบคุมการบริโภคและรายได้ของรัฐที่เพิ่มขึ้น ในเชิงนโยบายควรให้ความสำคัญกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีราคาต่ำในสองมิติคือ เครื่องดื่มที่มีราคาต่อบรรจุภัณฑ์ต่ำ (ราคาต่อขวด) เช่น เบียร์ เหล้าปั่น และเครื่องดื่มที่มีราคาต่อปริมาณ

แอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่ำ เช่น เหล้าขาว

ราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยจัดว่ามีราคาต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยนานาชาติ โดยเมื่อปรับตามค่าครองชีพในประเทศต่างๆ ราคาเบียร์ในประเทศไทยถูกกว่าราคาเฉลี่ยนานาชาติถึง ๒.๓๖ เท่า ในขณะที่ราคาสุรากลั่นในไทยก็ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยนานาชาติถึงร้อยละ ๗๕.๗ นอกจากนี้ในรอบหลายปีที่ผ่านมา ราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่แท้จริง (real price) เปลี่ยนแปลงในทิศทางคงที่และลดลง ซึ่งสวนทางกับการเติบโตทางเศรษฐกิจทำให้ประชากรไทยมีกำลังซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (affordability) เพิ่มสูงขึ้น

ภาษีสรรพสามิตเป็นภาษีที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อราคาของเครื่องดื่ม ระบบภาษีสุราสรรพสามิตของไทยเป็นระบบผสมผสาน ระหว่างอัตราภาษีสองระบบคืออัตราตามมูลค่าและตามปริมาณแอลกอฮอล์ โดยหลักการเป็นการผสมหลักการในการควบคุมการบริโภคและการใช้จ่ายที่ฟุ่มเฟือย จึงมีจุดแข็งดีกว่าระบบภาษีโดยอัตราใดอัตราหนึ่งอย่างเดียว แต่ข้อจำกัดที่สำคัญได้แก่ ระดับอัตราภาษีที่ต่ำ ความลักลั่นของอัตราภาษีสำหรับเครื่องดื่มประเภทต่างๆ (tax rate anomaly) ซึ่งทำให้เครื่องดื่มบางประเภทมีราคาต่ำกว่าประเภทอื่นอย่างมีนัยสำคัญ การขาดการกำหนดวาระในการปรับอัตราภาษีให้สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ ซึ่งมีส่วนทำให้ราคาสุราที่แท้จริงถูกลงจากภาวะเงินเฟ้อ และความอ่อนแอในการปราบปรามสุราระบบภาษี นอกจากนี้ยังไม่มีระบบการใช้ ภาษีบำรุงท้องถิ่น ซึ่งจัดเก็บเพิ่มอีกร้อยละ ๑๐ จากภาษีสรรพสามิตสุราไปเพื่อสนับสนุนการควบคุมปัญหาจากการบริโภคสุราโดยตรง รวมถึงการใช้เป็นแรงจูงใจสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดหลัก

- ๑) ราคาขายปลีกของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่มีราคาต่ำที่สุด (ทั้งราคาต่อบรรจุภัณฑ์และ ราคาต่อปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์)
- ๒) ร้อยละของมูลค่าภาษีสรรพสามิตต่อราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีราคาต่ำ

ตัวชี้วัดเพิ่มเติม

- ๑) ความสามารถในการซื้อ^{๑๑} เครื่องดื่มที่มีราคาต่ำของผู้ที่มีรายได้ขั้นต่ำในแต่ละพื้นที่
- ๒) ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษี

^{๑๑} ตัวอย่างเช่น จำนวนชั่วโมงที่ต้องทำงานเพื่อให้มีรายได้พอสำหรับซื้อเครื่องดื่ม ในประชากรที่มีรายได้ขั้นต่ำ

แนวทาง

- ๑) ให้ความสำคัญกับคุณค่าในการควบคุมการบริโภคและป้องกันปัญหาในระบบ ภาษีสรรพสามิตสุรา
- ๒) ปรับเพิ่มอัตราภาษีโดยรวม และลดความลักลั่นของอัตราภาษีระหว่างเครื่องดื่ม ประเภทต่างๆ โดยให้ความสำคัญกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีราคาต่ำ
- ๓) วางระบบการปรับอัตราภาษี ให้มีความโปร่งใส และความต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจ
- ๔) ปรับเพิ่มค่าธรรมเนียมใบอนุญาตการผลิตสุราให้สูงขึ้น เพื่อเป็นกลไกทางภาษี และราคา และกลไกเพื่อลดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยอ้อม
- ๕) พัฒนากลไกในการนำระบบภาษีบำรุงท้องถิ่น มาใช้ในการควบคุมปัญหาจาก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงใช้เป็นระบบแรงจูงใจให้กับองค์การปกครองส่วน ท้องถิ่นในการดำเนินการควบคุมปัญหา
- ๖) เพิ่มศักยภาพในการปราบปรามเครื่องดื่มนอกระบบ ทบทวนระบบการจัดเก็บ ภาษีที่เอื้อต่อการจำหน่ายและบริโภคเครื่องดื่มนอกระบบภาษี โดยเฉพาะระบบ และกลไกการจัดเก็บภาษีจากผู้ผลิตสุราชุมชน และกำหนดงบประมาณเฉพาะ ส่วนหนึ่งจากภาษีสรรพสามิตสุรา เพื่อใช้ในการปราบปรามสุรานอกระบบภาษี อย่างเคร่งครัด รวมถึงนำไปใช้สนับสนุนผู้ประกอบการรากหญ้าให้หาอาชีพทาง เลือกลงที่ไม่เป็นภัยต่อสังคมเท่ากับการผลิตสุรา

๕.๑.๒ มาตรการควบคุม สถานที่ และเวลา ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

แนวคิดพื้นฐานและสถานการณ์

การควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันมิให้ผู้บริโภค และประชาชนทั่วไปหาซื้อสุราได้โดยง่าย การควบคุมการเข้าถึงในเชิงกายภาพจัดเป็นกลุ่ม มาตรการที่มีประสิทธิผลในการลดปัญหา โดยเฉพาะการควบคุมจุดขายผ่านการออกใบอนุญาต และการกำหนดเวลาขาย การออกใบอนุญาตขายปลีกสุราของไทยนั้นไม่ได้เป็นไปเพื่อการควบคุม ปัญหาโดยตรง แต่เป็นไปบนหลักการเพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ประกอบการจัดจำหน่าย เครื่องดื่ม ประเทศไทยมีมาตรการกำหนดบริเวณห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่นในบริเวณ วัดและสถานที่ทางศาสนา สถานบริการสาธารณสุขของรัฐและสถานพยาบาลตามกฎหมาย สถานที่ยุวกาชาด (ยกเว้นบริเวณร้านค้าหรือสโมสร) หอพัก สถานศึกษา สถานบริการเชื้อเพลิง สวนสาธารณะของทางราชการ และบริเวณที่ต่อเนื่องติดกับ สถานศึกษา ส่วนในประเด็นเวลา ในการขายนั้น กฎหมายไทยอนุญาตให้ขายปลีกสุราได้ในสองช่วงเวลา คือระหว่าง ๑๑.๐๐-๑๔.๐๐

และ ๑๗.๐๐-๒๔.๐๐ นาฬิกา

ข้อจำกัดประการสำคัญคือการขาดมาตรการในการควบคุมจำนวนและ/หรือความหนาแน่นของจุดขาย และการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจังและการติดตามประเมินผล รวมไปถึงบทลงโทษผู้กระทำผิด การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงไม่ใช่ปัญหาสำหรับผู้บริโภคและประชากรชาวไทย ในปีพ.ศ. ๒๕๔๗ มีร้านค้าที่ได้รับอนุญาตจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถึง ๕๔๕,๗๐๐ ร้าน หรือประมาณหนึ่งร้านต่อประชากรไทย ๑๑๐ คน โดยผู้บริโภคใช้เวลาเฉลี่ยเพียง ๗.๕ นาทีในการหาซื้อ และมีผู้บริโภคเพียงร้อยละ ๓ ที่รายงานว่ามีความยุ่งยากในการหาซื้อ นโยบายการอนุญาตขายสุรายังไม่เป็นไปเพื่อการควบคุมปัญหา ทั้งจากขั้นตอนที่ง่ายและรวดเร็ว ค่าธรรมเนียมที่ถูก และยังมีใบอนุญาตบางประเภทที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสูง เช่น การขายสุราแบบชั่วคราว/การขายเร่ หนึ่งมีการประมาณว่าจุดขายที่ไม่ได้รับอนุญาตมีประมาณร้อยละ ๒๐ ของจุดขายทั้งหมด และในอนาคตอันใกล้มีความเป็นไปได้สูง ที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีบทบาทในการออกใบอนุญาตขายสุรา แทนกลไกของกรมสรรพสามิต

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดพื้นฐาน

- ๑) จำนวนผู้ได้รับใบอนุญาตขายปลีกสุรา
- ๒) ความหนาแน่นของจุดขาย (จำนวนจุดขายต่อประชากร/ จำนวนจุดขายต่อเขตการปกครอง)
- ๓) จำนวนการดำเนินคดีการขายสุราโดยผู้ไม่ได้รับการอนุญาต และการขายสุรานอกเวลาที่กำหนด

ตัวชี้วัดเพิ่มเติม

- ๑) อัตราความสำเร็จในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกเวลาที่กำหนด

แนวทาง

- ๑) ทบทวนและปรับปรุงระบบการออกใบอนุญาตขายสุรา โดยให้ความสำคัญกับคุณค่าในการควบคุมการบริโภคและป้องกันปัญหาจากการบริโภคสุรา โดยเฉพาะการควบคุมและลดจำนวนและความหนาแน่นของจุดขายสุรา ผ่านทั้งกลไกเงื่อนไขของผู้รับอนุญาตขั้นตอนและค่าธรรมเนียม และประเภทของใบอนุญาต
- ๒) สนับสนุนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาระบบการออกใบอนุญาตขายสุราให้สอดคล้องกับทิศทางการควบคุมปัญหาจากการบริโภค เช่นการจำกัดจำนวนและความหนาแน่นของจุดขายสุรา การกำหนดพื้นที่ในการห้ามขาย

ทั้งนี้โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในรูปของคณะกรรมการฯ ที่มีองค์ประกอบ จากทุกภาคส่วน

- ๓) พัฒนาประสิทธิภาพของระบบตรวจตรา เฝ้าระวัง ติดตาม และลงโทษ การขาย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกเวลา สถานที่และเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนด
- ๔) พิจารณาเพิ่มสถานที่ในการควบคุมและห้ามจำหน่ายสุรา โดยให้ความสำคัญ กับบริเวณพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง (เช่น บริเวณทางเท้า ทางสาธารณะ นิเวศวิทยา ยานพาหนะบนนิเวศวิทยา บริเวณใกล้สถานศึกษาและหอพัก สวนสาธารณะ รอบบริเวณศาสนสถาน พื้นที่การแข่งขันกีฬา การแสดงดนตรี และ งานวัฒนธรรม และพื้นที่ใกล้เคียง) การมีส่วนร่วมของชุมชน และการนำไปสู่การปฏิบัติอย่าง เป็นรูปธรรม รวมถึงการกำหนดโซนนิ่งสำหรับการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน เงื่อนไขต่างๆ
- ๕) พิจารณาเพิ่มเวลาในการห้ามจำหน่ายสุรา โดยให้ความสำคัญกับช่วงเวลาที่ม ี ความเสี่ยงสูง เช่นในช่วงเวลาเทศกาลวันหยุดยาว

๕.๑.๓ มาตรการควบคุมการเข้าถึงสุราของเยาวชน

แนวคิดพื้นฐานและสถานการณ์

การบริโภคสุราของเยาวชนมีนัยสำคัญทั้งมิติของปัญหา โดยเฉพาะผลกระทบต่อ ยาวต่อสังคม และในมิติของการจัดการปัญหา ในแง่การบริโภคสุรา เยาวชนไทยมีแนวโน้มที่จะ บริโภคอย่างอันตราย และมีความเสี่ยงต่อปัญหาสูงกว่านักดื่มวัยผู้ใหญ่ ในแง่ของการเข้าถึง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เยาวชนเป็นกลุ่มผู้บริโภคที่มีความอ่อนไหวต่อการเปลี่ยนแปลงของราคาสูงกว่า กลุ่มอื่นๆ และมักบริโภคเครื่องดื่มที่มีราคาต่ำ สังคมต่างๆมักมีมาตรการในการจัดการกับการ ดื่มของเด็กและเยาวชนเป็นการเฉพาะ กฎหมายไทยกำหนดอายุขั้นต่ำในการซื้อเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ที่ ๒๐ ปี และห้ามผู้ใดให้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่เยาวชนอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี ยกเว้นการ บำบัดทางการแพทย์ ห้ามเยาวชนอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี ซื้อ ขาย บริโภคและเข้าไปยังสถานที่ ที่จัดไว้สำหรับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และห้ามเยาวชนต่ำกว่า ๒๐ ปี เข้าในสถานบันเทิง ใดๆก็ตาม ข้อจำกัดประการสำคัญคือการขาดการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจังและการติดตาม ประเมินผล รวมไปถึงบทลงโทษผู้กระทำผิด

นอกจากนั้นมาตรการที่ยังถือเป็นส่วนขาดของประเทศไทยในการควบคุมการดื่มของ เยาวชนได้แก่ การจัดการกับเครื่องดื่มที่เป็นที่สนใจของเยาวชนโดยเฉพาะ เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พร้อมดื่ม น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์ เหล้าปั่น เช่นกันกับการควบคุมจุดขายที่ดึงดูดใจเยาวชน เช่นสถานบันเทิง ชุมอาหาร ร้านอาหารบางประเภท การจัดการดังกล่าวดำเนินการได้โดยหลาย

มาตรการควบคุมไปกับการจำกัดอายุผู้ซื้อและผู้ดื่มสุรา เช่น มาตรการกำหนดราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำ (minimum price measure) เพื่อเป็นการกำหนดมิให้ผู้บริโภคโดยเฉพาะเยาวชนหาซื้อสุราได้ในราคาที่ต่ำจนเกินไป การกำหนดอัตราภาษีที่สูงเป็นพิเศษสำหรับเครื่องดื่มที่ดึงดูดเยาวชน และการกำหนดพื้นที่ห้ามขายสุราในพื้นที่และในเงื่อนไขที่มีเยาวชนหนาแน่นและ/หรือเข้าถึงได้ง่าย เช่น รอบบริเวณสถานศึกษา หอพัก ค่ายเยาวชน ในการแสดงดนตรี การแข่งขันกีฬา

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดพื้นฐาน

- ๑) ความสุขของผู้บริโภคในประชากร ๑๕-๑๙ ปี

ตัวชี้วัดเพิ่มเติม

- ๑) ความสุขของผู้บริโภคในประชากรวัยก่อน ๑๕ ปี
- ๒) อัตราการตรวจหลักฐานอายุ (เช่น บัตรประชาชน)
- ๓) อัตราความสำเร็จในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเยาวชนที่มีอายุต่ำกว่าเกณฑ์

แนวทาง

- ๑) พัฒนาประสิทธิภาพของระบบตรวจตรา ฝึกระวัง ติดตาม และลงโทษ การขายเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์ให้กับเยาวชน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม รวมถึงการพัฒนามาตรการการสร้างความรุนแรงใจให้กับผู้ที่มีส่วนในการควบคุมและฝึกระวัง
- ๒) พัฒนามาตรการทางภาษีและราคาเป็นการเฉพาะสำหรับเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์ ที่เป็นที่สนใจของเยาวชน
- ๓) พัฒนาแนวทางการควบคุมผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ที่นิยมบริโภคในกลุ่มเยาวชน
- ๔) พิจารณาความเป็นไปได้ในการใช้มาตรการการกำหนดราคาขั้นต่ำของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งผ่านและไม่ผ่านระบบภาษีสรรพสามิต
- ๕) พิจารณาเพิ่มสถานที่ในการห้ามจำหน่ายสุรา โดยให้ความสำคัญกับบริเวณพื้นที่และเงื่อนไขที่มีเยาวชนหนาแน่นและ/หรือเข้าถึงได้ง่าย เช่น ทางสาธารณะ บริเวณใกล้สถานศึกษาและหอพัก พื้นที่การแข่งขันกีฬา การแสดงดนตรี และร้านสะดวกซื้อ
- ๖) สืบค้นแหล่งที่มาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่ขายหรือให้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่เยาวชนต่ำกว่า ๒๐ และ ๑๘ ปีตามลำดับที่กระทำผิดกฎหมาย ก่ออาชญากรรม

และมีพฤติกรรมการขับขี้นานพาหนะขณะมีนเมา และพัฒนากลไกการลงโทษ และการตรวจสอบผู้จำหน่ายเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์แก่เยาวชน

๕.๒ ยุทธศาสตร์ที่สอง การปรับเปลี่ยนค่านิยมและศตวรรษใหม่ในการดื่ม

ความคาดหวัง : เพื่อปรับเปลี่ยนบรรยากาศทางสังคม ไปสู่ทัศนคติที่เห็นว่าสุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา และ ลดความน่าสนใจในการบริโภคโดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน

๕.๒.๑ มาตรการควบคุมการตลาดและโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

แนวคิดพื้นฐานและสถานการณ์

ข้อมูลวิชาการทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยแสดงให้เห็นว่าการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวมถึงการสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ของอุตสาหกรรมสุรามีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเริ่มดื่ม การอยากลอง การเลือกบริโภค ทัศนคติที่ดีต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความคาดหวังถึงผลการบริโภค และทัศนคติที่เห็นว่าการบริโภคเป็นปกติของสังคม และยังแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างงบประมาณในการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการได้รับชมรับฟังเนื้อหาโฆษณา (exposure) กับระดับความรุนแรงของปัญหาในกลุ่มเยาวชน การควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงเป็นกลไกในการควบคุมปัญหาในระยะยาวที่มีประสิทธิผล โดยเฉพาะในกลไกการป้องกันนักดื่มหน้าใหม่

เนื้อหาของมาตรการการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะต้องพิจารณาในหลายประเด็นได้แก่ การควบคุมช่องทางโฆษณา การควบคุมเนื้อหาโฆษณา การควบคุมการสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ของอุตสาหกรรมสุรา และ มาตรการการผนวกคำเตือนในโฆษณา อย่างไรก็ตามมาตรการคำเตือนจัดเป็นมาตรการที่มีประสิทธิผลจำกัดอย่างยิ่ง

การควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในยุคใหม่ของประเทศไทยเริ่มต้นในปี พ.ศ. ๒๕๔๖ จากมติของคณะรัฐมนตรีในวันที่ ๒๙ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๔๖ และนำมาซึ่งกฎหมายหลายฉบับ ซึ่งครอบคลุมทั้งมิติของทางการโฆษณา (เวลาที่ออกอากาศ และพื้นที่ในการตั้งป้ายโฆษณา) เนื้อหาของการโฆษณา (เช่น ห้ามการโฆษณาที่มีเนื้อหาเชิญชวนให้บริโภค เชื่อมโยงการบริโภคกับความสำเร็จด้านการทำงาน ด้านแรงดึงดูดทางเพศ ผลประโยชน์ทางสุขภาพ การใช้บุคคลที่มีชื่อเสียงในโฆษณา การแจกและแลกของสมนาคุณ) และ มาตรการคำเตือนที่โฆษณา ซึ่งต่อมาได้ถูกเปลี่ยนแปลงและผนวกเข้าใน พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งได้ทำการห้ามการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมด แต่อนุญาตให้เผยแพร่ความรู้เชิงสร้างสรรค์สังคมโดยไม่ปรากฏภาพของสินค้า ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่า พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ ได้ขยายพื้นที่ความหมายของการโฆษณา แต่เนื้อหาของมาตรการในหลายส่วนยังต้องรอความชัดเจนจากกฎกระทรวงต่อไป (ยังไม่มี ณ กรกฎาคม ๒๕๕๒) ซึ่งที่ผ่านมาเกิดช่องว่างในระเบียบ โดยเฉพาะในส่วนของควบคุมเนื้อหาของโฆษณา)

ข้อจำกัดของการควบคุมการตลาดการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย ประกอบด้วย ความครอบคลุมช่องทางการโฆษณา ซึ่งมีรูปแบบการโฆษณาและประชาสัมพันธ์อีกหลายช่องทางที่ยังไม่ถูกควบคุม รวมถึงการสนับสนุน กีฬา ดนตรี และงานเทศกาล การไม่ครอบคลุมรูปแบบการโฆษณาในลักษณะแอบแฝง การครอบคลุมบางช่วงเวลาและบางพื้นที่ การติดตามและบังคับใช้กฎหมาย และบทลงโทษที่ยังไม่อยู่ในระดับที่สามารถป้องกันการฝ่าฝืนกฎหมาย จากข้อจำกัดต่าง ๆ นี้ทำให้ประชาชนไทย โดยเฉพาะเยาวชนยังเข้าถึงและมีความสามารถจดจำการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่สูง และพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการขึ้นชอบโฆษณากับการอยากทดลองดื่มสุราในกลุ่มเยาวชนด้วย

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดพื้นฐาน

- ๑) จำนวนการโฆษณาตรงและแฝงที่ปรากฏในสื่อมวลชน (จากการเฝ้าระวัง) รวมถึงการสื่อสารการตลาดที่ประชาชนเข้าใจได้ว่าเป็นการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๒) จำนวนการร้องเรียนและจำนวนผู้ฝ่าฝืนที่ถูกดำเนินคดีกรณีฝ่าฝืนการควบคุม

ตัวชี้วัดเพิ่มเติม

- ๑) ความชุกในการพบเห็นได้ยีน (exposure) การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชาชนและเยาวชน
- ๒) อัตราการจดจำโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ในประชาชนและเยาวชน

แนวทาง

- ๑) ขยายการควบคุมการตลาดการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ครอบคลุมมากขึ้น รวมถึงการโฆษณาผ่านตัวบุคคลในลักษณะผู้นำเสนอ (พรีเซนเตอร์) และพนักงานขาย การโฆษณาผ่านการจัดตั้งแสดงตัวสินค้า การทำโปรโมชันทางตรงและทางอ้อมโดยเฉพาะกับเยาวชน นักเรียน นิสิต นักศึกษา
- ๒) พัฒนามาตรการในการควบคุมการสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ (การเป็นสปอนเซอร์) และการทำกิจกรรมการตลาดอื่น ๆ ของอุตสาหกรรมสุรา รวมถึงการทำการตลาดของสินค้าอื่นที่ใช้ชื่อและตราสัญลักษณ์ร่วมกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยให้ความสำคัญกับช่องทางการโฆษณาและการสนับสนุนที่รับรู้พบเห็นได้ยีนและมีส่วนร่วมโดยเยาวชน และกิจกรรมที่ดำเนินการในสถานศึกษา สถานราชการ เช่นการพัฒนา

บันทึกความเข้าใจระหว่างผู้บริหารสถานศึกษาต่างๆ ในการไม่รับการสนับสนุนจากอุตสาหกรรมสุราหรือไม่อนุญาตให้อุตสาหกรรมสุราเข้ามาทำกิจกรรมการตลาดแบบแอบแฝง

- ๓) สนับสนุนระบบเฝ้าระวังการฝ่าฝืนระเบียบข้อบังคับ โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคราชการในส่วนภูมิภาค และภาคประชาสังคม
- ๔) ให้ความรู้กับ เยาวชน ประชาชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องถึงกลยุทธ์ในการทำการตลาดกับเยาวชนและประชากรหนุ่มสาวของอุตสาหกรรมสุรา และการทำการตลาดผ่านกิจกรรมภาพลักษณ์ความรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กร (Corporate Social Responsibility/ CSR) และการสนับสนุนกิจกรรม (สปอนเซอร์)
- ๕) พัฒนาระบบพิจารณาการอนุญาตโฆษณา โดยให้ความสำคัญกับช่องทาง เนื้อหา และผลกระทบเชิงลบที่อาจเป็นไปได้ และเป็นกระบวนการที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาควิชาการและประชาสังคมที่ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน
- ๖) ส่งเสริมให้สื่อมวลชนปลอดจากโฆษณาแฝงในรูปแบบต่างๆ และ ไม่นำเสนอข้อมูลให้เกิดการรับรู้ว่าการดื่มสุราเป็นเรื่องปกติและถูกต้อง สุราเป็นสินค้าธรรมดา และความผิดและพฤติกรรมภายใต้ความมึนเมาเป็นสิ่งปกติที่สังคมไม่ควรถือสา รวมไปถึงไม่นำเสนอภาพลักษณ์ด้านบวกของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และภาพลักษณ์ด้านลบของผู้ที่ไม่ดื่มสุรา โดยเฉพาะในมิติที่มีผลต่อเยาวชน และประชาชน

๕.๒.๒ มาตรการการให้ความรู้ ปรับทัศนคติ และเพิ่มโอกาสในการไม่ดื่มสุรา

แนวคิดพื้นฐานและสถานการณ์

มาตรการการให้สุศึกษา และการโน้มน้าว จัดเป็นมาตรการที่มีประสิทธิผลในการควบคุมปัญหาต่ำ เนื่องจากมีข้อจำกัดของประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และยังคงอาศัยงบประมาณสูง และต้องแย่งชิงพื้นที่สื่อกับเนื้อหาสนับสนุนการบริโภคอย่างการโฆษณา ดังนั้นจึงเป็นกลุ่มมาตรการที่มีความคุ้มค่าต่ำ ไม่ว่าจะเป็นการให้ความรู้กับเยาวชนในสถานศึกษา กลุ่มเยาวชนนอกระบบการศึกษา การให้ความรู้และทัศนคติทางสื่อมวลชน (การรณรงค์สาธารณะ) และมาตรการฉลากคำเตือน อย่างไรก็ตามมาตรการกลุ่มนี้เป็นกลไกสำคัญในการปรับเปลี่ยนบรรยากาศของสังคม (social climate) ที่มีต่อการบริโภคปัญหาจากการบริโภค และนโยบายแอลกอฮอล์

มาตรการในการให้ข้อมูลและความรู้ที่มีการปฏิบัติในระดับชาติได้แก่ มาตรการ

คำเตือนบนฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีระบบและหลักสูตรสุศึกษาเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับชาติอย่างเป็นทางการ ผู้ประกอบการอุตสาหกรรมสุราส่วนหนึ่งจึงได้เสนอตัวและจัดกิจกรรมสุศึกษาที่มุ่งเน้นไปที่การดื่มอย่างรับผิดชอบไปยังเยาวชน ซึ่งนอกจากจะไม่มีผลในการป้องกันปัญหาแล้ว ยังอาจมีผลเสียในการเริ่มดื่ม และทำให้กลุ่มเยาวชนคุ้นเคยกับสุรามากขึ้น

ส่วนมาตรการในการเพิ่มโอกาสของการไม่ดื่มสุราที่ประสบความสำเร็จเบื้องต้นในประเทศไทยได้แก่ การจัดกิจกรรมและเทศกาลปลอดเหล้า เช่น โครงการ งดเหล้าเข้าพรรษา กิจกรรมรณรงค์ปลอดเหล้า และในการประกาศให้วันเข้าพรรษาเป็นวันงดสุราแห่งชาติ นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมในลักษณะดังกล่าวเกิดขึ้นมากมายในระดับชุมชน รวมถึงการจัดเทศกาลกีฬาและดนตรีปลอดเหล้า การส่งเสริมการจัดงานศพปลอดเหล้า มหกรรมอาหารปลอดเหล้า

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดพื้นฐาน

- ๑) ร้อยละของผู้บริโภคที่งดหรือลดการบริโภคในช่วงเข้าพรรษา

ตัวชี้วัดเพิ่มเติม

- ๑) อัตราการรับรู้ของประชาชนต่อมาตรการต่างๆ

แนวทาง

- ๑) พัฒนากลไกการสื่อสาร ทั้งผ่านสื่อมวลชนในระดับต่างๆ และการสื่อสารผ่านการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อสร้างเสริมทัศนคติของสังคมที่สนับสนุนการป้องกันและควบคุมปัญหาจากการบริโภค และเพื่อสนับสนุนประสิทธิผลของมาตรการในยุทธศาสตร์อื่นๆ
- ๒) พัฒนาด้านแบบ(idol) ของเยาวชนและประชาชนทั่วไป ที่มีภาพชัดเจนถึงการไม่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งต้นแบบที่เป็นเยาวชนและผู้ใหญ่ ทั้งที่มีและยังไม่มีชื่อเสียงอยู่แล้ว รวมถึงผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่นคนเลิกเหล้าต้นแบบ
- ๓) พัฒนาและปรับปรุงข้อบังคับเกี่ยวกับฉลากของสุรา รวมถึง คำเตือนที่เป็นถ้อยคำ ข้อมูลเกี่ยวกับส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ และความเป็นไปได้ในการพัฒนา คำเตือนที่เป็นรูปภาพ
- ๔) ส่งเสริมให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาสังคมในระดับพื้นที่ สนับสนุนกิจกรรมและเทศกาลปลอดเหล้า เช่นงานประเพณีปลอดเหล้า โดยให้ความสำคัญกับกิจกรรมและเทศกาลที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีค่าใช้จ่ายสำหรับเครื่องดื่ม

- แอลกอฮอล์สูง โดยพิจารณาใช้ประโยชน์จากกลไกทางศาสนาและวัฒนธรรม
- ๕) พัฒนากลไกและช่องทางการสื่อสารเพื่อเผยแพร่กิจกรรมและพื้นที่ที่มีความสำเร็จ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบ ในการจัดการกับปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อสร้างความยั่งยืนและขยายผลไปยังพื้นที่อื่น
 - ๖) พัฒนากลไกความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ ในการพัฒนาหลักสูตรและสื่อในการให้ความรู้แก่นักเรียน นักศึกษา และประชาชนกลุ่มต่างๆ และการพัฒนาศักยภาพของผู้ถ่ายทอดข้อมูลโดยควรเป็นรูปแบบการให้ความรู้ที่เข้าใจได้ง่าย มีความคุ้มค่า และสามารถสนับสนุนศักยภาพในการป้องกันและควบคุมปัญหาของตนเองและครอบครัวและสนับสนุนประสิทธิผลของการดำเนินงานมาตรการอื่นด้วย
 - ๗) พัฒนาระบบแรงจูงใจในการไม่ดื่มและลด ละ เลิกดื่มสุราให้กับทั้งประชาชนกลุ่มต่างๆ หน่วยงานรัฐและเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น ในระบบกองทุนกู้ยืมเพื่อการศึกษา ระบบกองทุนกู้ยืมอื่นๆ ระบบประกันสุขภาพ กองทุนสุขภาพตำบล และระบบการจัดสรรงบประมาณแก่หน่วยงานราชการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 - ๘) คัดกรอง และติดตามพฤติกรรม และสนับสนุนการเพิ่มระยะเวลาและความเข้มข้นในการงด/ลดสุราสำหรับผู้ที่มีแนวโน้มสูงในการลดหรืองดสุราระหว่างเข้าพรรษา รวมถึงขยายเวลาการงดออกไปตลอดชีวิต โดยให้ความสำคัญกับผู้ที่เคยมีความเสี่ยงต่อปัญหาสูง
 - ๙) สร้างความตระหนักรู้ถึงกลยุทธ์ ความต้องการ และผลกระทบที่อาจมี ในการทำการสื่อสารการตลาดในรูปแบบของการให้ความรู้และการทำกิจกรรมเพื่อแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม

๕.๓ ยุทธศาสตร์ที่สาม การลดอันตรายจากการบริโภค

ความคาดหวัง: เพื่อลดความเสี่ยงต่อปัญหาในกลุ่มผู้บริโภค และจำกัดขนาดและความรุนแรงของปัญหาในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาและได้รับผลกระทบจากการบริโภค

๕.๓.๑ มาตรการควบคุมการบริโภคเนื้อหมูและสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง ต่อปศุสัตว์

แนวคิดพื้นฐานและสถานการณ์

รูปแบบการบริโภค โดยเฉพาะเนื้อหมู สถานการณ์และบริบทของการบริโภคมีความสำคัญต่อการเกิดผลกระทบ การควบคุมการบริโภคที่มีความเสี่ยงสูง มักเป็นการกำหนดพื้นที่ห้ามบริโภคเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ เช่นใน พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ห้ามบริโภคในวัดและสถานที่ทางศาสนา สถานบริการสาธารณสุขและสถานพยาบาล สถานที่ราชการ (ยกเว้นที่พำนักส่วนบุคคลและสโมสร สถานที่จัดเลี้ยง) สถานศึกษา สถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิง และสวนสาธารณะของรัฐ เมื่อเปรียบเทียบกับเนื้อหานโยบายในประเด็นมาตรการกลุ่มนี้ในต่างประเทศ มาตรการของประเทศไทย ยังไม่ครอบคลุมการบริโภคในยานพาหนะขนส่งสาธารณะ สถานที่ทำงานทั่วไป การแข่งขันกีฬา การบริโภคบนท้องถนน และ ในเทศกาลสันตนาการ

นอกจากนี้ยังมีมาตรการจากผู้ประกอบการอุตสาหกรรมสุราและธุรกิจที่เกี่ยวข้อง เช่นการสอนเทคนิคการเสิร์ฟเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดความเสี่ยง หรือ การเปลี่ยนจากภาชนะที่เป็นแก้ว เป็นพลาสติก อย่างไรก็ตามยังไม่พบว่ามาตรการในการควบคุมตนเองของอุตสาหกรรมสุราในลักษณะดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการควบคุมปัญหา

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดพื้นฐาน

-

ตัวชี้วัดเพิ่มเติม

- ๑) ความรุนแรงของปัญหา (เช่นจำนวนคดี จำนวนความรุนแรง) และตัวชี้วัดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เช่นปริมาณการบริโภค ความชุกของการบริโภค ค่าใช้จ่ายสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) ในช่วงเทศกาล หรือในพื้นที่เฉพาะ

แนวทาง

- ๑) พิจารณาพัฒนาต่อยอดระเบียบในการห้ามบริโภคในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การบริโภคบนยานพาหนะสาธารณะประเภทรถโดยสาร ในการแสดงดนตรี บริเวณทางเท้า ทางสาธารณะ ผิวจรรยา รอบศาสนสถาน บริเวณใกล้สถานศึกษา และหอพัก พื้นที่การแข่งขันกีฬา การแสดงดนตรี และ งานวัฒนธรรม
- ๒) ส่งเสริมให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดพื้นที่และเงื่อนไขในการห้ามบริโภค รวมถึงเวลาในการอนุญาตให้บริโภค เช่น พื้นที่สาธารณะ สถานที่ท่องเที่ยว งานเทศกาล

- ๓) สนับสนุนระบบเฝ้าระวังการฝ่าฝืนระเบียบข้อบังคับ อย่างมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคราชการในส่วนภูมิภาค

๕.๓.๒ มาตรการควบคุมพฤติกรรมกรรมการขับขี่ยานพาหนะขณะมีหมเมา

แนวคิดพื้นฐานและสถานการณ์

อุบัติเหตุจราจรเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับความสนใจมากที่สุดในประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับสอง โดยมีจำนวนผู้เสียชีวิตประมาณ ๑๓,๐๐๐ รายต่อปี หรือประมาณ ๒๒ รายต่อแสนประชากร โดยรวมพบว่าแอลกอฮอล์มีส่วนเกี่ยวข้องประมาณร้อยละ ๔๐-๖๐ ของผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรในประเทศไทย ความสัมพันธ์มีความชัดเจนเพิ่มขึ้นในรายที่เสียชีวิตและบาดเจ็บรุนแรง และ ในช่วงเทศกาลวันหยุดยาวทั้งเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ สัดส่วนของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรที่ดื่มสุราก่อนเกิดเหตุในช่วงเทศกาลสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั้งปีประมาณร้อยละ ๔๐ จากการวิเคราะห์ข้อมูลในระยะเวลาที่ผ่านมาพบว่าอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์กับปริมาณการบริโภคเฉลี่ยต่อประชากร

มาตรการที่มีประสิทธิผลและความคุ้มค่าในการควบคุมผลกระทบจากพฤติกรรมกรรมการขับขี่ยานพาหนะขณะมีหมเมา ประกอบด้วย มาตรการทางภาษีและราคา การสุ่มตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือดอย่างเข้มข้นต่อเนื่อง การลงโทษที่รวดเร็วและมีมาตรฐาน การลดระดับเพดานแอลกอฮอล์ การควบคุมการเข้าถึง โดยเฉพาะการห้ามจำหน่ายในช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูง และการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่ต่ำมาก (zero tolerance^{๑๒}) สำหรับผู้ขับขี่ที่มีความเสี่ยงสูง ส่วนมาตรการที่ไม่มีประสิทธิผลและไม่คุ้มค่าได้แก่ การรณรงค์สาธารณะ การให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณและวิธีการดื่ม การส่งเสริมให้ใช้บริการรถสาธารณะ การกำหนดตัวผู้จะทำหน้าที่ขับขี่ยานพาหนะก่อนเริ่มดื่ม การบังคับให้ผู้มีพฤติกรรมขับขี่ขณะมีหมเมาเข้ารับการรักษา และการใช้อุปกรณ์พิสูจน์ลมหายใจก่อนติดเครื่องยนต์^{๑๓}

ประเทศไทยกำหนดให้ ผู้ขับขี่ยานพาหนะต้องมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดไม่เกิน ๕๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ หรือเทียบเท่า โดยการตรวจเลือด ลมหายใจ และปัสสาวะ เมื่อเปรียบเทียบกับต่างชาติ ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่กำหนดโดยกฎหมายของไทยมีระดับความเข้มงวดปานกลาง แต่ประเทศไทยยังขาดการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสำหรับผู้ขับขี่ที่มีความเสี่ยงสูงเป็นการเฉพาะ เช่นผู้ขับขี่หน้าใหม่และผู้ขับขี่อายุน้อย

การควบคุมพฤติกรรมกรรมการขับขี่ยานพาหนะภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์เริ่มมี

^{๑๒} ตัวอย่างเช่น ๒๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

^{๑๓} เครื่องมือที่ติดตั้งในรถยนต์ เพื่อป้องกันการไต่ยานพาหนะหากผู้ขับขี่มีระดับแอลกอฮอล์สูงเกินที่กำหนด

สัญญาณแนวโน้มที่ดีขึ้นบ้าง เช่นการได้รับการยกระดับเป็นวาระแห่งชาติ การตระหนักรู้และยอมรับของสังคม การมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางจากหลายภาคส่วน อย่างไรก็ตามปัญหาจากการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ยังไม่ได้ลดระดับความรุนแรงลงอย่างที่คาดหวัง อัตราการบาดเจ็บและอัตราการเกิดอุบัติเหตุ และความชุกของพฤติกรรมการขับขี่หลังการดื่มยังอยู่ในระดับสูง ปัญหาสำคัญที่สุดของมาตรการยังอยู่ในระดับการบังคับใช้กฎหมายซึ่งยังขาดความเข้มแข็งและสม่ำเสมอ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมักให้ความสนใจเพียงเฉพาะช่วงเทศกาล ทำให้โอกาสในการถูกลงโทษของผู้นับขี่ยานพาหนะโดยรวม ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญสำหรับความเข้มแข็งของมาตรการ ยังอยู่ในระดับต่ำ

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดพื้นฐาน

- ๑) จำนวนการทดสอบระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจ

ตัวชี้วัดเพิ่มเติม

- ๒) ร้อยละของผู้ขับขี่ที่เคยถูกลงโทษในรอบปี
- ๓) ความชุกของผู้มีพฤติกรรมดื่มสุราก่อนขับขี่ยานพาหนะในกลุ่มผู้บริโภค

แนวทาง

- ๑) ยกระดับความเข้มแข็งในการบังคับใช้กฎหมาย การกำหนดเป้าหมายในการสุ่มตรวจลมหายใจ การให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาสังคม
- ๒) ลดระดับเพดานแอลกอฮอล์ในเลือดสำหรับผู้ขับขี่ทั่วไป และผู้ขับขี่ที่มีความเสี่ยงสูง
- ๓) พัฒนาระบบขนส่งมวลชนที่ปลอดภัยและเพียงพอ เพื่อลดโอกาสในการขับขี่ภายใต้ความมึนเมา
- ๔) ควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วงเวลาและพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาการขับขี่ขณะมึนเมาสูง รวมถึงการห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเวลาเทศกาล

๕.๓.๓ มาตรการการคัดกรองและบำบัดรักษา

แนวคิดพื้นฐานและสถานการณ์

การคัดกรองผู้มีความเสี่ยงและการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จัดเป็นมาตรการที่จำเป็นทางจริยธรรม แม้ว่าจะมีความคุ้มค่าต่ำในระดับมหภาค โดยการคัดกรองผู้มีความเสี่ยงอย่างย่อ (Brief intervention) จัดเป็นรูปแบบการบำบัดรักษาที่มี

ประสิทธิผลและความคุ้มค่าสูงสุด และสามารถจัดให้มีในระบบบริการปฐมภูมิและกระทำโดยบุคลากรสุขภาพที่ไม่ใช่แพทย์ ซึ่งข้อมูลวิชาการพบว่าประสิทธิผลไม่ต่างกัน ส่วนการบำบัดรักษาโดยไม่ได้สมัครใจ เช่นการบังคับบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาภาวะเบี่ยงต่าง ๆ มีประสิทธิผลต่ำ

การบำบัดรักษาผู้มีอาการติดยาได้ดำเนินการมาต่อเนื่องตามความรับผิดชอบหลักของกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่มีระบบการบำบัดรักษาผู้มีภาวะติดยาและระบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นทางการในระดับประเทศ และยังไม่ได้ถูกผนวกเข้าไปในการบริการระดับปฐมภูมิ และระบบประกันสุขภาพเป็นการเฉพาะ โดยข้อจำกัดสำคัญของระบบการบำบัดรักษา ประกอบด้วย การเข้าถึงระบบของผู้มีปัญหาและมีความเสี่ยง มาตรการของระบบการคัดกรองและการบำบัดรักษา ทรัพยากรในระบบ และศักยภาพในการติดตามประเมินผล ส่วนการบำบัดรักษาโดยบุคลากรที่ไม่ใช่บุคลากรสุขภาพ อย่างเช่น การบำบัดรักษาแบบกลุ่มด้วยตนเอง (self-help group) หรือการบำบัดด้วยหลักความเชื่อทางศาสนา ยังไม่เป็นที่นิยมอย่างกว้างขวางในประเทศไทย

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดพื้นฐาน

- ๑) จำนวนสถานบริการที่มีบริการคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๒) จำนวนผู้มารับบริการคลินิกคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตัวชี้วัดเพิ่มเติม

- ๑) สัดส่วนผู้ที่เข้าสู่ระบบคัดกรองและบำบัดรักษาในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เช่น ผู้ที่มีคะแนน AUDIT มากกว่า ๗ คะแนน)

แนวทาง

- ๑) พัฒนาระบบการคัดกรองและบำบัดรักษาผู้ปัญหารวมถึงแนวทางการบำบัดรักษา ในระบบบริการสุขภาพและระบบประกันสุขภาพ โดยเน้นที่ระบบบริการปฐมภูมิและระบบส่งต่อไปยังการบริการระดับอื่นๆ
- ๒) ขยายจำนวนจุดบริการการคัดกรองและบำบัดรักษาที่มีมาตรฐานและประสิทธิภาพ
- ๓) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคประชาสังคมในการพัฒนาระบบการคัดกรองและบำบัดรักษา
- ๔) บรรจุเทคนิคการคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เข้าในหลักสูตรของบุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะบุคลากรที่จะปฏิบัติ

หน้าที่ในระบบบริการปฐมภูมิ และจัดการอบรมเรียนรู้อย่างต่อเนื่องสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่

- ๕) พัฒนาระบบและกลไกในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ที่เคยประสบปัญหาจากการบริโภคที่ผ่านการบำบัดรักษา เพื่อป้องกันการกลับสู่ความเสี่ยงและปัญหา

๕.๔ ยุทธศาสตร์ที่สี่ การจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่

ความคาดหวัง: เพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของกลไกการจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่และกลุ่มประชากรเฉพาะ

๕.๔.๑ มาตรการนโยบายแอลกอฮอล์ระดับชุมชน

แนวคิดพื้นฐานและสถานการณ์

มาตรการการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับชุมชน ซึ่งเป็นทั้งชุมชนในมิติของพื้นที่ (เช่น คริวเรือน, หมู่บ้าน, ตำบล, อำเภอ และ จังหวัด) และชุมชนในมิติอื่น ๆ เช่น ตามกลุ่มประชากร ตามหน่วยงาน ตามวิชาชีพ (เช่นชุมชนวิชาชีพแพทย์ ชมรมผู้สูงอายุ ฯลฯ) โดยมาตรการกลุ่มนี้อาจจะเป็นมาตรการของนโยบายแอลกอฮอล์โดยตรง (ตามยุทธศาสตร์ ๕.๑-๕.๓ ข้างต้น) หรือมาตรการทางอ้อมอื่น ๆ ที่มีผลต่อการบริโภคและปัญหาที่ตามมาได้ เช่น การส่งเสริมแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง การจัดทำบัญชีครัวเรือน และการส่งเสริมจริยธรรมทั่วไป ในขณะที่เดียวกันการจัดการกับปัญหาแอลกอฮอล์ก็จะเป็นประโยชน์ต่อมาตรการอื่น ๆ ด้วย โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนจากกลไกที่การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นทางผ่านไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ

ในมิติของกระบวนการนโยบายสาธารณะ มาตรการระดับชุมชนสามารถมีบทบาททั้งการพัฒนานโยบาย (policy formulation) การพัฒนาความเข้มแข็งของการนำนโยบายไปปฏิบัติ เช่น การเฝ้าระวัง และการติดตามประเมินผลของนโยบาย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและระบบราชการส่วนภูมิภาค มีศักยภาพในการพัฒนานโยบายระดับชุมชนเพื่อจัดการกับปัญหาแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะในส่วนที่เป็นการควบคุมด้วยกฎระเบียบ เช่น การออกเทศบัญญัติเพื่อควบคุมพื้นที่ในการจำหน่ายสุรา หรือภายใต้โครงสร้างของคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด ตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑

ตารางที่ ๔ ตัวอย่างบทบาทของมาตรการระดับชุมชน
ในการจัดการปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

	การพัฒนานโยบายระดับชุมชน	การสนับสนุนการนำนโยบายระดับประเทศไปปฏิบัติ	การสนับสนุนอื่นๆ
มาตรการของนโยบายแอลกอฮอล์			
ภาษีและราคา	ภาษีและค่าธรรมเนียมที่มีผลต่อราคาเครื่องดื่ม	ติดตามเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษี	การส่งเสริมอาชีพอื่นสำหรับผู้ที่เคยผลิตและขายเครื่องดื่มนอกระบบภาษี
ควบคุมการเข้าถึง	กำหนดพื้นที่ และช่วงเวลาห้ามขายสุรา, การส่งเสริมพื้นที่ปลอดร้านขายสุรา	ติดตาม จุดขาย วันเวลาการขาย การขายให้เยาวชน	ติดตาม เฝ้าระวังพฤติกรรมของจุดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
บริษัทและเงื่อนไขการบริโภค	กำหนดพื้นที่และช่วงเวลาห้ามดื่ม, การต่อยอดกิจกรรมงดเหล้าและปลอดเหล้า	ติดตาม การดื่มในสถานที่ห้ามขาย การดื่มของเยาวชน	ติดตามพฤติกรรมการบริโภคของประชาชนและเยาวชน และเงื่อนไขการบริโภคของชุมชน
การขั้วขั้วขณะมีเมามา	พัฒนางานแผนระบบการบังคับใช้กฎหมายแบบมีส่วนร่วมและให้เกิดประสิทธิผล ความรวดเร็ว	การมีส่วนร่วมในการบังคับใช้กฎหมาย	การพิจารณาลงโทษทางสังคมกับผู้ที่ยายสุราให้กับผู้ที่มีอาการเมามาอยู่แล้ว
การโฆษณา	การกำหนดพื้นที่ห้ามโฆษณา การหลีกเลี่ยงการสนับสนุนของอุตสาหกรรมสุราต่องานประเพณีของชุมชน	การติดตามการฝ่าฝืนระเบียบควบคุมการโฆษณา	
การให้ความรู้และ โน้มน้าว	การวางแผนรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ภายในพื้นที่	การทำงานภาคสนามร่วมกับ การรณรงค์ในระดับประเทศ	การใช้กลไกควบคุมทางสังคม ศาสนาและวัฒนธรรมมาเสริมทัศนคติของประชาชนต่อการบริโภคและผลกระทบ
การคัดกรองบำบัดรักษา	การสนับสนุนบริการคัดกรองและบำบัดรักษา เช่นด้าน ทรัพยากรบุคคล งบประมาณ, การจัดตั้งระบบการคัดกรองและบำบัดรักษาแบบกลุ่ม	การร่วมเป็นระบบเฝ้าระวังผู้ที่มีความเสี่ยงและปัญหา, ส่งเสริมบทบาทของครัวเรือน ในการสนับสนุนการลด ละ เลิกสุรา	การปรับเปลี่ยนทัศนคติภายในชุมชนต่อผู้ที่มีปัญหาจากการบริโภค
มาตรการอื่นๆ	การพัฒนาระบบกองทุน หรือ การออม, การส่งเสริมโครงการ บัญชีครัวเรือน	การส่งเสริมทฤษฎีเศรษฐกิจพอเพียงอย่างเป็นรูปธรรม	กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยทั่วไป, การส่งเสริมความสัมพันธ์ของครอบครัว

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดพื้นฐาน

(ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ ๕.๑-๕.๓)

ตัวชี้วัดเพิ่มเติม

- ๑) (ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ ๕.๑-๕.๓)
- ๒) ตัวชี้วัดที่แสดงถึงปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับชุมชน เช่น ค่าใช้จ่ายครัวเรือน ค่าใช้จ่ายของเจ้าภาพ เงินที่ออมได้จากการงดสุรา

แนวทาง

- ๑) สร้างความตระหนักให้ชุมชนทราบถึงศักยภาพของชุมชนในการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๒) สนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายแอลกอฮอล์ในระดับชุมชน โดยเฉพาะมาตรการเพื่อเสริมความเข้มแข็งของมาตรการระดับชาติ
- ๓) ถอดบทเรียน เผยแพร่ และส่งเสริมการเรียนรู้ภายในและระหว่างชุมชนถึง มาตรการ นวัตกรรม กิจกรรม ในการจัดการกับปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่ เช่น ร้านค้าต้นแบบ ผู้ประกอบการต้นแบบ
- ๔) ส่งเสริมและยกย่องเชิดชูให้ผู้นำระดับชุมชนเป็นแบบอย่างที่ดีต่อเยาวชนในการไม่เป็นแบบอย่างในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๕) สนับสนุนการไม่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานประเพณี กิจกรรม ของชุมชน
- ๖) สนับสนุนกระบวนการจัดการความรู้ของชุมชนในการควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะการเก็บข้อมูลสถานการณ์การบริโภค และผลกระทบภายในชุมชน

๕.๔.๒ มาตรการนโยบายแอลกอฮอล์ของหน่วยงานและสถานประกอบการ

แนวคิดพื้นฐานและสถานการณ์

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับศักยภาพในการประกอบวิชาชีพ ที่ลดลง ภาวะการณืขาดงานจากการเจ็บป่วย ผลผลิตภาพของการทำงานที่ลดลง และการตงงาน สถานประกอบการทั้งภาครัฐและเอกชนมีศักยภาพในการจัดการปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดพื้นฐาน

- ๑) อัตราการขาดงาน อัตราการเกิดอุบัติเหตุ อัตราการเจ็บป่วย โดยเน้นที่สาเหตุที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตัวชี้วัดเพิ่มเติม

- ๑) ปริมาณการบริโภค ความชุกของผู้มีความเสี่ยง (เช่นผู้ที่มีคะแนน AUDIT มากกว่า ๗) ในกลุ่มพนักงาน

แนวทาง

- ๑) พัฒนาแนวทางในการห้ามข้าราชการทุกสังกัดบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเวลาราชการ และขณะปฏิบัติหน้าที่ และแนวทางในการส่งเสริมให้ข้าราชการ โดยเฉพาะข้าราชการระดับสูงเป็นแบบอย่างที่ดี
- ๒) สร้างความตระหนักถึงผลของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีต่อศักยภาพการประกอบอาชีพและหารายได้ ผลผลิตภาพของพนักงานและองค์กร ให้กับทั้งผู้ประกอบการ พนักงาน และสังคมโดยรวม ทั้งการจ้างงานในและนอกระบบ
- ๓) สนับสนุนให้แต่ละสถานประกอบการมีนโยบายการจัดการปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง เช่น ระบบการคัดกรองและช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อปัญหา การห้ามการบริโภคเครื่องดื่มสุราก่อนและขณะปฏิบัติงาน การห้ามดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานประกอบการ การมอบรางวัลให้กับผู้ที่สามารถเลิกดื่ม และการสร้างบรรยากาศที่สนับสนุนการลด ละ เลิกสุรา
- ๔) สนับสนุนค่านิยมในการไม่ใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นรางวัลในการปฏิบัติงานหรือของขวัญในเทศกาลต่างๆ และสนับสนุนงานฉลองสังสรรค์ที่ปราศจากแอลกอฮอล์
- ๕) สนับสนุนการห้ามการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นค่าตอบแทน หรือทดแทน หรือเป็นส่วนหนึ่งของค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน
- ๖) สนับสนุนและสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ประกอบการ ในการห้ามไม่ให้เยาวชนทำหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการผลิต การขนส่ง การขาย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๗) พัฒนาระบบแรงจูงใจของหน่วยงานและสถานประกอบการในการจัดการกับปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การให้รางวัล การเผยแพร่นวัตกรรมที่ดี และการให้รางวัลและการขยายผลผู้ประกอบการต้นแบบ

๕.๕ ยุทธศาสตร์ที่ห้า การพัฒนาศักยภาพการจัดการและสนับสนุนที่เข้มแข็ง

ความคาดหวัง: สร้างกลไกสนับสนุนกระบวนการจัดการปัญหาแอลกอฮอล์อย่างมีประสิทธิภาพ

๕.๕.๑ มาตรการสร้างความมุ่งมั่นและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทุกระดับ แนวคิดพื้นฐานและสถานการณ์

กระบวนการนโยบายแอลกอฮอล์เป็นพื้นที่นโยบายที่มีบทบาท กิจกรรม และความเคลื่อนไหวของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมากมาย หลายภาคส่วน ความมุ่งมั่นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยเฉพาะผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหารระบบการนำนโยบายไปใช้เป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ นโยบายแอลกอฮอล์มีพื้นที่ทางนโยบายกว้าง ครอบคลุมพื้นที่หลากหลายมาตรการ ดังนั้นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องบางส่วนจึงมักจำกัดบทบาทของตนอยู่ในพื้นที่ที่มีความสำคัญกับตน และยังมีระดับการมีส่วนร่วมเป็นครั้งคราว ไม่ต่อเนื่อง หลายส่วนมักจะแสดงบทบาทเฉพาะพื้นที่ที่ตนเองรับรู้ที่สำคัญ หรือเมื่อกระบวนการนโยบายอาจจะสร้างผลกระทบต่อผลประโยชน์และความสนใจของตน และมักจะไม่สนใจกระบวนการในขั้นตอนและพื้นที่อื่น ๆ และในสถานการณ์ปัจจุบัน หน่วยงานทางสังคมอีกหลายส่วนซึ่งน่าจะมีศักยภาพต่อกระบวนการนโยบายยังไม่ได้แสดงบทบาทอย่างเต็มที่ ปัจจัยสำคัญของข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมของภาคส่วนเหล่านี้ประกอบไปด้วย การขาดความเห็นพ้องต้องกัน, แนวคิดที่เห็นว่าปัญหาแอลกอฮอล์เป็นปัญหาระดับปัจเจก, การขาดการตระหนักรู้ถึงผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อสังคม, และการขาดการประสานงาน

นโยบายแอลกอฮอล์ของประเทศไทยยังให้ความสำคัญกับมาตรการในระดับประเทศ เป็นสำคัญ โดยมาตรการในระดับชุมชน ระดับท้องถิ่น ยังไม่ได้รับความสำคัญเท่าที่ควร ดังนั้นควรมีกกลไกในการพัฒนาความร่วมมือและความเป็นเจ้าของขององค์กรและหน่วยงานในระดับท้องถิ่นทั้งที่อยู่ในส่วนราชการและที่มาจากการเลือกตั้ง ต่อการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในท้องถิ่น โดยเฉพาะบทบาทในการพัฒนานโยบายที่มีความเหมาะสมกับท้องถิ่นนั้นๆ และการนำนโยบายแอลกอฮอล์ทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่นไปปฏิบัติในท้องถิ่นของตนเอง

แนวทาง

- ๑) ยกกระดับให้ปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นวาระแห่งชาติ วาระแห่งจังหวัด และวาระแห่งท้องถิ่น

- ๒) สร้างความมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของ แก่ทุกภาคส่วนในการควบคุมและลดปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกระบวนการนโยบายแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่ รวมถึงการประสานงานและสื่อสารระหว่างภาคส่วนต่างๆ
- ๓) ให้คุณค่า (policy value) ในการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับบทบาทของทุกภาคส่วน
- ๔) ให้ระบบราชการส่วนภูมิภาค ทั้งระดับจังหวัดและอำเภอ ส่งเสริมสนับสนุนองค์กรระดับพื้นที่ในการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ
- ๕) ส่งเสริมการเป็นแบบอย่างที่ดีต่อสังคม และต่อกันและกัน โดยเฉพาะเด็กและเยาวชน ในการจัดการกับปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๖) สร้างการมีส่วนร่วมในการควบคุมปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านกลไกแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
- ๗) จัดทำแนวทางการพัฒนาตัวชี้วัดการมีส่วนร่วมในระดับท้องถิ่น เช่น จำนวนภาคีเครือข่าย ผลการดำเนินการในการควบคุมปัญหาที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายในจังหวัด

๕.๕.๒ มาตรการส่งเสริมความโปร่งใสในกระบวนการ

แนวคิดพื้นฐานและสถานการณ์

กระบวนการนโยบายแอลกอฮอล์ในประเทศไทยเป็นกระบวนการที่ได้รับอิทธิพลจากคุณค่า (value) ผลประโยชน์ (interest) และ แนวคิด (ideology) หลายประการที่มีต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ธุรกิจที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการจัดการกับผลกระทบ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีทั้งที่มีความสอดคล้องและขัดแย้งต่อกันและกัน การเผชิญหน้าและภาวะแข่งขันของแนวคิดและคุณค่าที่ขัดแย้งกันจึงพบได้ในเกือบทุกองค์ประกอบของกระบวนการ

ในภาพรวมของกระบวนการในประเทศไทยพบว่า ระดับอิทธิพลต่อกระบวนการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องถูกกำหนดโดยหกกลุ่มปัจจัย ได้แก่ ทรัพยากร การบริหารจัดการ ช่องทางของอิทธิพล การมีอยู่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องฝ่ายตรงข้าม การรับรู้ของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่รัฐ และ จังหวะเวลาและสถานที่ของกิจกรรม การสร้างอิทธิพลต่อกระบวนการของเครือข่ายยังต้องอาศัยการจัดการที่มีประสิทธิภาพทั้งในระดับองค์กรและเครือข่าย รวมถึงการบริหารจัดการความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภาคีภายในเครือข่ายด้วย ในประเด็นช่องทางการแสดงอำนาจนั้น การมีตัวแทน (representation) อยู่ในเวทีทางนโยบายเป็นเงื่อนไขสำคัญ

ในหลายเหตุการณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่เป็นทางการต้องแสดงอิทธิพลผ่านตัวแทน (nominee) ทั้งที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐและภาคเอกชน ในหลายกรณีการมีส่วนร่วมของกลุ่มอุตสาหกรรมสุรา และธุรกิจที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงอิทธิพลของความสัมพันธ์ต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐ มีผลกระทบในแง่ลบต่อกระบวนการนโยบายในมุมมองทางสุขภาพ

การจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงควรเป็นกระบวนการที่โปร่งใส ไร้ผลประโยชน์ทับซ้อน และเป็นไปเพื่อปกป้องและส่งเสริมผลประโยชน์ของสาธารณะ

แนวทาง

- ๑) พัฒนาระบบเฝ้าระวังการปกป้องผลประโยชน์ทางธุรกิจบนผลกระทบของสังคม ในกระบวนการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทุกระดับ โดยเฉพาะในขั้นตอนการตัดสินใจเชิงนโยบาย
- ๒) สร้างความเชื่อมั่นว่าการพัฒนามาตรการและนโยบายใดๆ ที่มีหรืออาจจะมีผลกระทบต่อปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการเจรจาข้อตกลงการค้า จะต้องเป็นไปเพื่อการควบคุมปัญหา และ/หรือ ไม่เป็นเงื่อนไขและ/หรืออุปสรรคต่อการควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๕.๕.๓ มาตรการส่งเสริมให้เป็นกระบวนการที่มีรากฐานจากองค์ความรู้ และการเรียนรู้ร่วมกัน

แนวคิดพื้นฐานและสถานการณ์

ข้อจำกัดสำคัญอีกประการหนึ่งของกระบวนการนโยบายแอลกอฮอล์ในประเทศไทย คือ ปัญหาการนำองค์ความรู้ทางวิชาการมาใช้ประโยชน์ในกระบวนการ วาทกรรมเชิงนโยบาย มักอาศัยข้อมูลชุดเดิมซ้ำ ๆ ทั้งจากสิ่งพิมพ์ การสำรวจ และการวิจัย นอกจากนี้การนำองค์ความรู้ไปใช้ในกระบวนการยังมีจุดอ่อนหลายประเด็น การถกเถียงทางนโยบาย (policy debate) ทางสื่อสารมวลชนยังอาศัยความคิดเห็นส่วนตัวและจุดยืนของผู้ถกเถียง มากกว่าอาศัยหลักฐานทางวิชาการ สถานการณ์ดังกล่าวเป็นผลจากสามองค์ประกอบสำคัญ คือ ความพร้อมขององค์ความรู้ โดยเฉพาะด้านนโยบายแอลกอฮอล์โดยตรง ข้อจำกัดด้านความพร้อมขององค์ความรู้ที่นำมาใช้ในกระบวนการ ทั้งด้านการประยุกต์ใช้องค์ความรู้นำเข้ามาจากต่างประเทศในบริบทของประเทศไทย และข้อจำกัดด้านศักยภาพในการสังเคราะห์องค์ความรู้ และศักยภาพของระบบเชื่อมโยงงานวิชาการไปสู่กระบวนการนโยบาย เช่น การสื่อสารกับผู้กำหนดนโยบาย

นอกจากนี้การใช้กระบวนการเป็นการเรียนรู้ร่วมกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและสังคม

โดยรวม ทั้งในส่วนการทำความเข้าใจกับปัญหา และนโยบายแอลกอฮอล์ จะเป็นการสร้างศักยภาพในการจัดการกับปัญหาจากแอลกอฮอล์ของสังคมอย่างยั่งยืนในระยะยาว

แนวทาง

- ๑) สนับสนุนการสร้างและเผยแพร่ความรู้ ถึงสถานการณ์และกลไกของปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความจำเป็น ความเหมาะสม ประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของมาตรการต่างๆ ในการควบคุมปัญหา เช่น ผ่านการพัฒนาศักยภาพทางวิชาการด้านนโยบายแอลกอฮอล์ และพัฒนาระบบการสื่อสารและกลไกการนำความรู้ไปใช้ในกระบวนการนโยบาย
- ๒) พัฒนาช่องทางการสื่อสารแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและสังคมโดยรวม ผ่านทั้งโครงสร้างที่เป็นทางการเช่น ภายใต้โครงสร้างของคณะกรรมการนโยบายแอลกอฮอล์ และผ่านระบบสื่อมวลชนและการรณรงค์สาธารณะ
- ๓) พัฒนาระบบการตรวจสอบและติดตามประเมินผล การดำเนินการและผลลัพธ์ของแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ และนโยบายแอลกอฮอล์อื่นในทุกระดับนโยบาย แบบมีส่วนร่วมและต่อเนื่อง ยั่งยืน

๕.๕.๔ มาตรการปกป้องความเข้มแข็งของนโยบายแอลกอฮอล์

จากผลกระทบของข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศ

แนวคิดพื้นฐานและสถานการณ์

แนวคิดการค้าเสรีมีความขัดแย้งต่อแนวคิดนโยบายแอลกอฮอล์ นโยบายการค้าเสรีมีผลให้ผู้บริโภคเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่ายขึ้น ในราคาที่ถูกลง จากการลดอัตราภาษีและค่าธรรมเนียมต่างๆ และการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่สำคัญที่สุด แนวคิดการค้าเสรียังมีส่วนสำคัญทำให้ประเทศต่างๆ ต้องลดทอนความเข้มแข็งของนโยบายแอลกอฮอล์ เช่น การยกเลิกและลดอัตราภาษีประเภทต่างๆ การยกเลิกมาตรการการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ คลายความเข้มข้นของมาตรการการควบคุมโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การเจรจาข้อตกลงทางการค้าระหว่างประเทศมักจะดำเนินการในวงแคบ ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐบางภาคส่วน โดยมีได้เปิดเผยต่อสาธารณะ นักวิชาการและภาคประชาสังคมมักไม่มีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมหรือแม้กระทั่งติดตามความคืบหน้าในกระบวนการ แต่ในทางกลับกัน กลับพบว่าเป็นกระบวนการที่ได้รับอิทธิพลจากกลุ่มธุรกิจผลประโยชน์ต่างๆ แนวคิดการค้าเสรีในปัจจุบันยังมิได้คำนึงถึงผลกระทบเชิงลบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เท่าที่ควร โดยในการเจรจาข้อตกลงการค้าต่างๆ นั้น มักจะถือว่าเครื่องตีมีแอลกอฮอล์เป็น “สินค้าธรรมดา” ไม่ต่างจากสินค้าทั่วไปอื่นๆ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ถือว่าการขยายตัวของตลาดเครื่องตีมีแอลกอฮอล์จะเป็นประโยชน์ต่อสังคม

ประเทศไทยตกเป็นเป้าหมายในการใช้ประโยชน์จากการเจรจาข้อตกลงการค้าองค์กรหน้าฉากของอุตสาหกรรมสุราได้กำหนดประเทศไทยให้เป็นเป้าหมายในการเปิดตลาดเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ อุตสาหกรรมสุราโดยเฉพาะผู้ประกอบการข้ามชาติ เป็นผู้ได้รับผลประโยชน์จากระบบการค้าเสรีที่มีข้อตกลงการค้าเป็นเครื่องมือ อุตสาหกรรมสุราได้ประกาศจุดยืนชัดเจนในการใช้ประโยชน์จากกลไกการค้าเสรีเพื่อผลักดันให้รัฐบาลของประเทศต่างๆ ยกเลิกกฎระเบียบที่อุตสาหกรรมสุราเห็นว่าเป็นข้อจำกัดในการขยายตัวของธุรกิจ

แนวทาง

- ๑) พิจารณาสันับสนุนการถอน (bracketing) เครื่องตีมีแอลกอฮอล์และบริการที่เกี่ยวข้องออกจากข้อตกลงการค้าและผลกระทบที่พึงมี และ/หรือ การละเว้นการบรรจุเครื่องตีมีแอลกอฮอล์เข้าเป็นรายชื่อสินค้าภายใต้ข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างประเทศ (list of commitment) ทั้งในระดับทวิภาคี และพหุภาคี โดยให้มีกระบวนการที่มีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย และคำนึงถึงผลกระทบในทุกมิติ
- ๒) สนับสนุนการป้องกันนโยบายแอลกอฮอล์จากผลกระทบจากข้อตกลงการค้าเสรี รวมถึง พิจารณาพัฒนานโยบายแอลกอฮอล์ของประเทศเพื่อชดเชยผลกระทบหากหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยต้องเน้นที่มาตรการที่มีประสิทธิผลและความคุ้มค่า เช่น การปรับเพิ่มอัตราภาษีสรรพสามิตเพื่อชดเชยภาษีศุลกากรที่ลดลง
- ๓) พัฒนาระบบการเจรจาต่อรองข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างประเทศ โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ ให้ความโปร่งใส และมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง โดยลดอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมจากอุตสาหกรรมสุรา
- ๔) พัฒนาการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมทุกภาคส่วนถึงผลกระทบของข้อตกลงการค้าเสรีที่มีต่อสินค้าที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

๕.๕.๕ มาตรการบรรณคดีสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนนโยบายแอลกอฮอล์

แนวคิดพื้นฐานและสถานการณ์

มาตรการการรณรงค์สาธารณสุข แม้ว่าจะไม่มีผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคสุรา แต่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนมาตรการอื่นๆ ของนโยบายแอลกอฮอล์ ทั้งสนับสนุน

จากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยให้ความสำคัญกับการปกป้องสุขภาพ ความอยู่เย็นเป็นสุข และผลประโยชน์สาธารณะของประชาชนไทย รวมถึงการ เป็นแบบอย่างที่ดีต่อสังคม

- ๒) ทำความเข้าใจถึงความรุนแรง สถานการณ์ ลักษณะ ของผลกระทบจากการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนานโยบายแอลกอฮอล์ที่มี ประสิทธิภาพและความคุ้มค่า
- ๓) สร้างความโปร่งใสและการมีส่วนร่วมของภาคส่วนวิชาการและประชาสังคมที่ ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน ในกระบวนการนโยบายแอลกอฮอล์ ทั้งขั้นตอนการ พัฒนานโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล
- ๔) สนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังและต่อเนื่องในทางปฏิบัติ

๖.๒ บทบาทของภาคสุขภาพ

- ๑) ทำความเข้าใจถึงสภาพปัญหาและกลไกในการจัดการกับปัญหาจากการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และร่วมสร้างความตระหนักของสังคม และสนับสนุน ทัศนคติของสังคมที่เอื้อต่อการจัดการปัญหา
- ๒) มีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านกลไกการสร้างเสริม สุขภาพ
- ๓) ให้ความสำคัญกับการคัดกรองผู้มีความเสี่ยงและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาในงาน บริการสุขภาพ

๖.๓ บทบาทของภาคเศรษฐกิจ รวมถึง กระทรวงการคลัง กระทรวงพาณิชย์

สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กรมสรรพสามิต

- ๑) ทำความเข้าใจ ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กับผลเสียทางเศรษฐกิจและสังคม
- ๒) พัฒนานโยบายแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะมาตรการภาษีและราคา การควบคุม การเข้าถึงและการควบคุมโฆษณา เพื่อเป็นกลไกในการพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมของประเทศในระยะยาว

๖.๔ บทบาทของหน่วยงานรัฐภาคสังคม การศึกษา ผู้รักษาความสงบของสังคม

- ๑) ทำความเข้าใจ ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กับผลเสียทางสังคม ในด้านที่หน่วยงานเกี่ยวข้อง

- ๒) ดำเนินงานร่วมกับครอบครัวและชุมชน ในการสอดส่อง คัดกรอง ให้ความรู้ และป้องกันการดื่มสุราในกลุ่มเยาวชน
- ๓) มีส่วนร่วมในกระบวนการการจัดการกับปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งในระดับประเทศและพื้นที่
- ๔) ผลักดันให้มีการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมาย โดยให้เพิ่มโทษสำหรับการประทุษร้ายต่อชีวิต ร่างกาย หรือ เพศ และอุบัติเหตุจราจร ที่มีสาเหตุจากการที่ผู้กระทำได้กระทำผิด ภายใต้อิทธิพลจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๖.๕ บทบาทขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

๖.๕.๑ มาตรการสาธารณสุข (จังหวัด อำเภอ)

- ๑) พัฒนามาตรการของนโยบายแอลกอฮอล์ที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและทรัพยากรของพื้นที่ โดยเฉพาะแนวทางการจัดเก็บภาษีและค่าธรรมเนียมที่เกี่ยวข้องกับการขายสุรา แนวทางการออกใบอนุญาตขายสุราและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้อง และการจัดกิจกรรมปลอดเหล้า
- ๒) กำหนดสถานการณ์การบริโภคและความเข้มแข็งของนโยบายแอลกอฮอล์ท้องถิ่นเป็นตัวชี้วัดความก้าวหน้า เพื่อพัฒนาแรงจูงใจสำหรับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
- ๓) สนับสนุนการนำนโยบายแอลกอฮอล์ระดับประเทศไปปฏิบัติในระดับพื้นที่
- ๔) ติดตาม สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในพื้นที่
- ๕) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และข้าราชการส่วนภูมิภาค เป็นแบบอย่างที่ดีในการควบคุมปัญหาโดยเฉพาะการบังคับใช้กฎหมาย

๖.๖ บทบาทของอุตสาหกรรมสุรา ธุรกิจการค้าปลีกและจุดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- ๑) ปฏิบัติตามกฎหมายระเบียบข้อบังคับมาตรการต่างๆของนโยบายแอลกอฮอล์ในระดับประเทศและพื้นที่อย่างเคร่งครัด
- ๒) ไม่ทำการตลาดในช่องทางที่เยาวชนสามารถเข้าถึงข้อมูลนั้นได้โดยง่าย หรือเพื่อสร้างความประทับใจ ทศคติที่ดีของเยาวชนต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ต่อสินค้า และต่อผู้ประกอบการ ทั้งในช่องทางที่ควบคุมด้วยกฎหมาย และช่องทางอื่นๆ ทางอ้อมหรือโดยแอบแฝง
- ๓) ไม่ขัดขวางกระบวนการจัดการกับปัญหาแอลกอฮอล์ทั้งในระดับประเทศและพื้นที่ ในลักษณะการปกป้องผลประโยชน์ทางธุรกิจของตนบนผลกระทบของ

สาธารณสุขและสังคม รวมถึงการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมาย

๖.๗ บทบาทของภาคประชาสังคมและองค์กรพัฒนาเอกชน ทยจ้าง สถานประกอบการ องค์กรแรงงาน

- ๑) ทำความเข้าใจกับสภาพปัญหาและกลไกในการจัดการกับปัญหาจากการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๒) ท้าทายนโยบาย หรือมาตรการใดที่อาจจะมีผลกระทบเชิงลบต่อสถานการณ์ ปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๓) เผื่อระวังสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบ ในชุมชน/ ขอบเขตพื้นที่ของตน
- ๔) พัฒนามาตรการต่างๆในการจัดการกับปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมี ประสิทธิภาพและคุ้มค่า
- ๕) สนับสนุนการดำเนินงานของภาครัฐในการจัดการกับปัญหาจากเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์

๖.๘ บทบาทของฝ่ายวิชาการ และสื่อมวลชน

- ๑) มีส่วนในการสร้างและเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจ ถึงสภาพปัญหา, กลไกและ ความจำเป็นในการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสังคม และส่งเสริมทัศนคติของสังคมในการจัดการกับปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๒) ท้าทายการกระทำใดที่อาจจะมีผลกระทบเชิงลบต่อสถานการณ์ปัญหาจาก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การตกเป็นเครื่องมือในการปกป้องผลประโยชน์ทาง ธุรกิจของอุตสาหกรรมสุราบนผลกระทบของสาธารณสุขและสังคมโดยรวม
- ๓) ทำงานอย่างใกล้ชิดกับทุกภาคส่วน ในการสนับสนุนกระบวนการนโยบาย แอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพ

ตารางที่ ๕ บทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ

ชื่อหน่วยงาน	สาขา		ส่วนราชการ			พื้นที่			บทบาท			ระดับ		หน่วยงานระบบ	หน่วยงานเผยแพร่	ผู้เกี่ยวข้องระบบ	ผู้เกี่ยวข้องเผยแพร่
	สาขา	ประเภท	ส่วนราชการ	พื้นที่	บทบาท	พื้นที่	บทบาท	ระดับ	ระดับ								
คณะกรรมการนโยบายแอลกอฮอล์แห่งชาติ	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๕	๕	๕	๕
กระทรวงสาธารณสุข	๑,๒	๑,๒	๑,๒	๑,๒	๑,๒	๑,๒	๑,๒	๑,๒	๑,๒	๑,๒	๑,๒	๑,๒	๑,๒	๕	๕	๕	๕
สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง	๑,๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๕	๕	๕	๕
กระทรวงพาณิชย์	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๕	๕	๕	๕
สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๕	๕	๕	๕
กระทรวงศึกษาธิการ	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๕	๕	๕	๕
กระทรวงแรงงาน	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๑,๓	๕	๕	๕	๕
กรมประชาสัมพันธ์	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๕	๕	๕	๕
องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๕	๕	๕	๕
ราชการส่วนภูมิภาค	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๒,๓	๕	๕	๕	๕
ผู้จำหน่าย-ศาลา	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๕	๕	๕	๕
ภาคประชาสังคม	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๕	๕	๕	๕
สื่อมวลชน	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๕	๕	๕	๕
อุตสาหกรรมสุรา	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๕	๕	๕	๕
อุตสาหกรรมเครื่องดื่ม																	
สถานประกอบการ สถานที่ทำงาน																	
บุคลากรสุขภาพ																	
วิชาการ																	

หมายเหตุ: บทบาท ๑) พัฒนากฎระเบียบ นโยบาย มาตราการ ๒) นำนโยบายไปปฏิบัติ / บังคับใช้กฎหมาย ๓) เฝ้าระวัง ตรวจสอบติดตาม การดำเนินการ

๔) ปฏิบัติตาม ๕) สนับสนุน

สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๖

โรคติดต่ออุบัติใหม่

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สอง

ได้พิจารณารายงานเรื่องโรคติดต่ออุบัติใหม่^{๑๔}

ตระหนักว่า โรคติดต่ออุบัติใหม่ เป็นปัญหาสาธารณสุขและสาธารณสุข สามารถเป็นภัยคุกคามต่อความมั่นคงของประเทศ และเนื่องจากปัญหามีแนวโน้มทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น หากไม่มียุทธศาสตร์การจัดการกับปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีประสิทธิภาพ เมื่อเกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน สิ่งแวดล้อม และก่อให้เกิดความเสียหายต่อสังคม เศรษฐกิจและความมั่นคงของประเทศอย่างรุนแรง

รับทราบว่าการบริหารจัดการปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แบบบูรณาการและมีส่วนร่วมทุกระดับ เป็นกลไกสำคัญและมีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการทันที โดยอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วน ตามเป้าหมายที่ปรากฏในรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ หมวด ๕ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ที่ระบุว่า รัฐมีเอกภาพในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพที่เชื่อมโยงและประสานสอดคล้องกันทุกระดับ และชุมชนมีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในระดับพื้นที่

มีความกังวลว่า การดำเนินงานเฝ้าระวังและการบริหารจัดการปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ อีกทั้งการสื่อสารสาธารณะในเรื่องโรคติดต่ออุบัติใหม่ยังขาดยุทธศาสตร์ในระดับชาติ ระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับชุมชนที่ชัดเจนในระยะก่อนระหว่างและหลังเกิดการระบาดของโรค อีกทั้งบุคลากรที่จำเป็นในการแก้ปัญหาในทุกระดับการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่เพียงพอ

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อจัดตั้งคณะกรรมการโรคติดต่ออุบัติใหม่ระดับชาติ โดยให้มีองค์ประกอบครบถ้วนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

^{๑๔} เอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๒/หลัก ๒

กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม กระทรวงแรงงาน กระทรวงการพัฒนาลังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงคมนาคม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ รวมทั้งภาคีรัฐอื่นๆ ภาคเอกชน หน่วยงานวิชาการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ โดยให้กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทยทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อการบริหารจัดการโรคติดต่ออุบัติใหม่แบบบูรณาการ ให้แล้วเสร็จภายใน ๑ ปี ซึ่งแผนยุทธศาสตร์ต้องประกอบด้วย เนื้อหาที่ครอบคลุมยุทธศาสตร์ต่างๆ ได้แก่

- การพัฒนากลไกความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งภาคประชาชน
- การเตรียมความพร้อมในด้านงบประมาณ เวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์ เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค ในสัตว์และในคน ในระดับประเทศ จังหวัด และท้องถิ่น
- การสื่อสารสาธารณะต้องเสนอข้อเท็จจริง ไม่ปิดบังและให้ความเข้าใจอย่างถูกต้อง ทั้งระดับชาติและระดับชุมชน ในการรองรับโรคติดต่ออุบัติใหม่
- การสร้างจิตสำนึกในการป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่
- การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อรองรับวิกฤตที่เกิดการระบาดใหญ่ของโรคติดต่ออุบัติใหม่
- การวิจัย การจัดการความรู้ การจัดทำฐานข้อมูล และประสานการเข้าถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับวิชาการและปฏิบัติการ
- การค้นหาและการตรวจพบ เพื่อการรับมือกับอาวุธชีวภาพ
- การทบทวนปรับปรุงและบังคับใช้กฎหมาย
- การจัดการสัตว์เลี้ยง สัตว์ป่า และการควบคุมสัตว์จรจัด เช่น สุนัข แมว เป็นต้น
- พัฒนาการจัดการด้านสุขภาพิบาล การเฝ้าระวังและควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพ

๒. ขอให้คณะกรรมการในข้อ ๑ จัดทำข้อเสนอในการจัดตั้งกลไกระดับชาติเพื่อจัดการปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีความต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพและมีส่วนร่วม รวมทั้งดูแลรับผิดชอบ การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์เพื่อการบริหารจัดการโรคติดต่ออุบัติใหม่แบบบูรณาการ ในข้อ ๑ โดยเป็นกลไกที่มีอำนาจสั่งการในภาวะฉุกเฉินเมื่อเกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่

๓. ขอให้คณะกรรมการในข้อ ๑ เสนอแผนยุทธศาสตร์เพื่อการบริหารจัดการโรคติดต่ออุบัติใหม่แบบบูรณาการ และข้อเสนอกลไกในข้อ ๒ ต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณานำเสนอต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบต่อไป และให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔

สมาธิสุขภาพ ๒. มติ ๗

การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศ คู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

สมาธิสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สอง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน^{๑๕} รับทราบ ถึงแนวคิดดังกล่าวว่าหมายถึง การพัฒนาระดับการบริหารจัดการ ทั้งด้านงบประมาณ การจัดสรรทรัพยากร การผลิตและจัดสรรอัตรากำลังคน การจัดการระบบยาและระบบบริการให้สามารถดำเนินการคู่ขนานหรือบูรณาการเข้ากับระบบการแพทย์แผนปัจจุบันได้ ส่งผลให้เกิดการใช้บริการในระบบสุขภาพอย่างกว้างขวาง โดยที่ประชาชนสามารถเข้าถึงการแพทย์ทุกระบบได้อย่างเท่าเทียมกัน

ตระหนัก ถึงมติสมาธิสุขภาพแห่งชาติ มติ ๑.๒ การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ข้อ ๔.๑ (ส่งเสริมให้มีการผลิตยาจำเป็น วัตถุประสงค์ทางยาและสมุนไพร)

ชื่นชมและยอมรับ ในศักยภาพและบทบาทในปัจจุบันของการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ซึ่งหากได้รับการหนุนเสริมและพัฒนาคุณภาพมาตรฐานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง จะแสดงบทบาทตามศักยภาพได้มากขึ้น

รับทราบและยินดี ต่อการขับเคลื่อนให้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบตามเป้าหมายในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ทั้ง มหาวิทยาลัยราชภัฏเวียงชัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี วิทยาเขตสกลนคร และกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก

กังวลและห่วงใย ต่อจำนวนที่เพิ่มขึ้นของผู้ประกอบโรคศิลปะแผนไทยสาขาต่างๆ แต่ยังไม่มีการออกร่างอัตราค่าจ้างรองรับในภาครัฐ ขณะเดียวกันการผลิตบุคลากรด้านนี้ยังต้องการ

^{๑๕} เอกสาร สมาธิสุขภาพ ๒/หลัก ๖

การพัฒนาอีกมาก อีกทั้งยังมีข้อจำกัดด้านกฎหมายที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาให้เหมาะสมกับยุคสมัยอยู่หลายประการ

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ และกองการประกอบโรคศิลปะเป็นกลไกหลักร่วมกับหน่วยงาน ภาคีที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาควิชาการและภาคประชาสังคม ในการดำเนินงานให้สอดคล้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ หมวด ๗ ดังต่อไปนี้

๑.๑ กำหนดให้มีกลไกระดับจังหวัด ที่ประกอบด้วย หมอพื้นบ้าน แพทย์แผนไทย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาสังคม ทำหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุนบทบาทและพัฒนาศักยภาพของหมอพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนนั้นๆ

๑.๒ ส่งเสริมให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ ร่วมกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาสังคม ดำเนินการ

๑.๒.๑ ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการรวมกลุ่ม เครือข่ายของหมอพื้นบ้าน เป็นสภากาพย์แพทย์พื้นบ้าน เพื่อสนับสนุนและสร้างเสริมสถานภาพของหมอพื้นบ้าน รวมทั้งเพื่อเป็นเวทีและกลไกในการเสาะหา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ของหมอพื้นบ้านและพัฒนาศักยภาพให้เป็นที่ยอมรับและสานต่อองค์ความรู้ภูมิปัญญาของบรรพชนให้ดำรงอยู่ในชุมชน ในลักษณะสร้างเสริมสุขภาพวิถีไท ส่งเสริมการดำเนินชีวิตของคนไทยอย่างมีฐานรากหลากหลาย ให้นำไปสู่การพัฒนา ระบบสุขภาพแบบพึ่งตนเองและระบบการคุ้มครองผู้ป่วยและผู้บริโภค

๑.๒.๒ ส่งเสริมให้จัดทำแผนพัฒนาและส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกและจัดสรรงบประมาณประจำปี โดยการมีส่วนร่วมและริเริ่มของชุมชน

๑.๓ ส่งเสริมการรวมกลุ่มเครือข่ายของแพทย์แผนไทย ได้แก่ผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทย และสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ เพื่อดำเนินการศึกษาความเป็นไปได้ในการก่อตั้งเป็น สภาวิชาชีพการแพทย์แผนไทยโดยทำหน้าที่ในการส่งเสริม ควบคุม การประกอบโรคศิลปะ ให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและคุ้มครองผู้บริโภค ทั้งนี้ให้มีกรอบเวลาในการศึกษาภายใน ๒ ปี อนึ่งสภาวิชาชีพการแพทย์แผนไทยควรมีองค์ประกอบจากผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้แทนจากเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค ในสัดส่วนที่เหมาะสม

๑.๔ สนับสนุนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการดังต่อไปนี้

๑.๔.๑ เร่งรัดการจัดตั้งกลไกศึกษาความเป็นไปได้ในการตรากฎหมาย

ว่าด้วยยาไทยและยาจากสมุนไพรไทย เพื่อการส่งเสริมการใช้ยาไทยและสมุนไพรของประเทศ โดยเป็นการศึกษาแบบมีส่วนร่วมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

๑.๔.๒ จัดทำแผนปฏิบัติการพร้อมจัดสรรงบประมาณเพื่อการพัฒนาตำรับยาผลิตภัณฑ์ยาไทยและยาจากสมุนไพร โดยพัฒนาตำรับยาระดับชาติ จำนวนอย่างน้อย ๑๐๐ ตำรับ ภายใน ๓ ปี

๑.๔.๓ ประสานกับคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เพื่อให้พิจารณา ทบทวน ปรับปรุงองค์ประกอบของคณะกรรมการและกระบวนการพิจารณาบรรจุยาไทยและ ยาจากสมุนไพรเข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติตามบริบทของการแพทย์แผนไทย อย่างน้อย ๒๐ รายการใน ๓ ปี

๑.๔.๔ เร่งรัดให้มีการจัดระบบบริการด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ แผนไทย ควบคู่การแพทย์แผนปัจจุบัน ในหน่วยบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน โดย ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบบริการและการส่งต่อที่เหมาะสม และให้ สามารถเข้าสู่หลักประกันสุขภาพ ได้แก่ กองทุนประกันสังคม กองทุนสวัสดิการข้าราชการ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกองทุนอื่นๆ เพื่อจะเป็นการบริการสุขภาพแก่ประชาชน ทุกระดับ

๑.๔.๕ ประสานกับคณะกรรมการเร่งรัดการดำเนินการตามนโยบาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดการให้เกิดระบบสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้มีการจัดระบบบริการด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย ควบคู่การแพทย์แผนปัจจุบัน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบการส่งต่อที่เหมาะสม

๑.๔.๖ ขอให้รัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนหลัก ในการ ดำเนินการจัดทำแผนการจัดตั้งโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบใน ๔ ภูมิภาค อย่างน้อยภาคละ ๑ แห่ง เพื่อเป็นรากฐานหลักในการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน ให้เป็นระบบ บริการสุขภาพหลักของประเทศคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยเปิดโอกาสให้ภาคีหลัก เช่น เครือข่ายแพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน พระสงฆ์และเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงาน ด้านการแพทย์แผนไทยเข้าร่วมวางแผนอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับ วัฒนธรรมและระบบนิเวศของชุมชน

๑.๔.๗ ขอให้กองการประกอบโรคศิลปะ และคณะกรรมการวิชาชีพสาขา การแพทย์แผนไทย

๑) เร่งเผยแพร่กฎหมาย เกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพสาขาการแพทย์ แผนไทย และระเบียบที่เกี่ยวข้องกับระบบการเรียนการสอน แบบรับมอบตัวศิษย์ รวมทั้งการสอบ ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยทุกประเภทให้รู้ทั่วกัน เพื่อสร้าง

ความเข้าใจต่อสาธารณชนและนักเรียนผู้สนใจเข้าศึกษา และร่วมกันพัฒนาการประกอบโรคศิลปะ
สาขาการแพทย์แผนไทย

๒) ปรับเกณฑ์การสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการ
แพทย์แผนไทยทุกประเภท ให้สอดคล้องกับภูมิปัญญาและความหลากหลายของความเชี่ยวชาญ

๒. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้า ต่อสมัชชา
สุขภาพแห่งชาติ - ครั้งที่ ๔

สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๘

การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สอง

ได้พิจารณารายงานเรื่องการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน^{๑๖}

รับทราบ ว่าภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านสุขภาพ เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายแรง ที่ส่งผลให้เกิดความสูญเสียอย่างมหาศาลทั้งทางด้านทรัพยากรบุคคล เศรษฐกิจและสังคม คุณภาพชีวิต ความอยู่ดีมีสุขของประชากร และเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ

รับทราบ ว่าปัญหาด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องและปฏิสัมพันธ์กันกับภาวะเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งการระบาดของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงของภาวะเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งมีความเป็นเมืองมากขึ้น เป็นสังคมบริโภคนิยม ทิศทางของสังคมถูกขับเคลื่อนด้วยการค้าการตลาด โดยเฉพาะการทำการตลาดอย่างเข้มข้นที่มุ่งเป้าหมายไปยังเด็ก ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคของเด็กที่อาจติดตัวไปจนเป็นผู้ใหญ่ และในทางกลับกันภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนได้ก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและมีผลเสียต่อสังคม

ตระหนัก ว่าภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนได้กลายเป็นปัญหาที่สำคัญของสังคมไทย ทั้งในแง่ของความรุนแรงของปัญหาและผลกระทบ

มีความกังวล ต่อการเพิ่มขึ้นของปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น ทั้งทางด้านสุขภาพของประชาชน การสูญเสียด้านเศรษฐกิจ และผลกระทบต่อสังคม

ตระหนัก ว่าการดำเนินการแก้ไขปัญหามิใช่เพียงการปรับพฤติกรรมส่วนบุคคล แต่ต้องดำเนินการแบบบูรณาการได้ ขาดกลไกหรือระบบที่ชัดเจนในการพัฒนาการดำเนินงาน ขาดองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง มีข้อจำกัดด้านศักยภาพของระบบและบุคลากร ขาดการติดตามประเมินผลโดยเฉพาะด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงาน

ตระหนัก ว่าการแก้ไขปัญหาดังกล่าวควรเป็นการจัดการแบบบูรณาการ ทั้งด้านการรณรงค์ สร้างความรู้ความตระหนัก การจัดการด้านการปรับปรุงสภาวะแวดล้อมให้เอื้อและส่งเสริมการมีพฤติกรรมบริโภคและการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม การควบคุมการค้า

^{๑๖} เอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๒/หลัก ๔

การตลาดที่ส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมบริโภคและการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เหมาะสม และควรมีกฎไกในการจัดการกับปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนอย่างมีประสิทธิภาพ ตั้งอยู่บนฐานความรู้ ข้อเท็จจริงและการมีส่วนร่วม อีกทั้งโปร่งใสและเป็นไปเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของสาธารณะเป็นสำคัญ

ตระหนัก ว่าการได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียวในระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๖ เดือนเป็น ปัจจัยป้องกันภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

ตระหนัก ว่าการร่วมมือร่วมใจกันแก้ไขปัญหาในสังคมเป็นหัวใจสำคัญของการแก้ไข ปัญหาและพัฒนาประเทศ

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. รับรองยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ตามภาคผนวก ท้ายมติ^{๑๗} นี้

๒. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาตินำเสนอยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะ น้ำหนักเกินและโรคอ้วนต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ มอบหมายให้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ จัดทำแผนปฏิบัติการที่ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์

๓. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ โดยการมี ส่วนร่วมของหน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนให้ดำเนินการ ดังนี้

๓.๑ ยกวางแผนปฏิบัติการที่ระบุหน้าที่รับผิดชอบชัดเจนภายใน ๑ ปี

๓.๒ ใช้มาตรการลักษณะสีสัญญาณพร้อมคำเตือนในอาหารที่มีไขมัน หรือ น้ำตาล หรือโซเดียม

๓.๓ ใช้มาตรการทางภาษีและราคาของอาหารเพื่อจัดการกับปัญหาภาวะน้ำหนัก เกินและโรคอ้วน

๓.๔ จัดทำระเบียบว่าด้วยการตลาดเกี่ยวกับอาหารที่มุ่งเป้าหมายไปยังเด็ก และ มีผลต่อความรุนแรงของภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๓.๕ ติดตามความคืบหน้าในการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน โดยเฉพาะการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ฯ รวมถึงความเหมาะสม ระยะเวลา และกลไกในการ ปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์ฯ อย่างมีส่วนร่วม

๔. ให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชา สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔

^{๑๗} เอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๒.มติ ๔.ผนวก ๑

สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๘ . หมวด ๑

ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๖๒

๑. วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาและสนับสนุนสร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบและกลไกในการจัดการกับปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

๑. สนับสนุนให้เกิดการจัดการแบบบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสม^{๑๘}
๒. สนับสนุนให้เกิดการจัดการแบบบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม เพื่อให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม^{๑๙}
๓. จำกัดและลดขนาดและความรุนแรงของผลกระทบจากภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

๒. เป้าหมาย

เป้าหมายเชิงกลไก

มีกระบวนการและกลไกการจัดการกับปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนอย่างมีส่วนร่วม โปร่งใส ตั้งอยู่บนฐานความรู้ และเป็นไปเพื่อผลประโยชน์สาธารณะ

^{๑๘} พฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม ณ ที่นี้หมายถึงรูปแบบการบริโภคอาหารที่ทำให้ได้รับสารอาหารในปริมาณและสัดส่วนที่เหมาะสมตามหลักโภชนาการ อ้างอิงตาม ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวัน Dietary Reference Intake (DRI)

^{๑๙} มีระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอตามหลักเกณฑ์ที่ใช้ในการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๓

เป้าหมายระยะสั้น

มีแผนงาน มาตรการ และมีการพัฒนากฎหมาย ระเบียบ รวมถึงมีมาตรการทางสังคม ทั้งในระดับประเทศและท้องถิ่น ในการจัดการกับปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ภายในปี พ.ศ. ๒๕๕๔

เป้าหมายระยะกลาง

๑. ทารกได้รับนมแม่อย่างเดียวยังน้อย ๖ เดือน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ภายในปี

พ.ศ. ๒๕๕๗

๒. ประชากรไทยมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม โดยได้รับพลังงานจากอาหาร อย่างเหมาะสมตามวัยเพิ่มขึ้นร้อยละ ๕๐ การบริโภคผักผลไม้เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕๐ และการบริโภคอาหารไขมัน หรือน้ำตาล หรือโซเดียมสูง ลดลงร้อยละ ๕๐ ภายในปี พ.ศ. ๒๕๕๗

๓. ประชากรไทยมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ภายในปี

พ.ศ. ๒๕๕๗

เป้าหมายระยะยาว

๑. ประชากรไทยกลุ่มอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี มีอัตราความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกิน และโรคอ้วน น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ภายในปีพ.ศ. ๒๕๖๒

๒. ประชากรไทยกลุ่มอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป มีอัตราความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนน้อยกว่าร้อยละ ๒๕ ภายในปีพ.ศ. ๒๕๖๒

๓. กรอบแนวคิดของยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

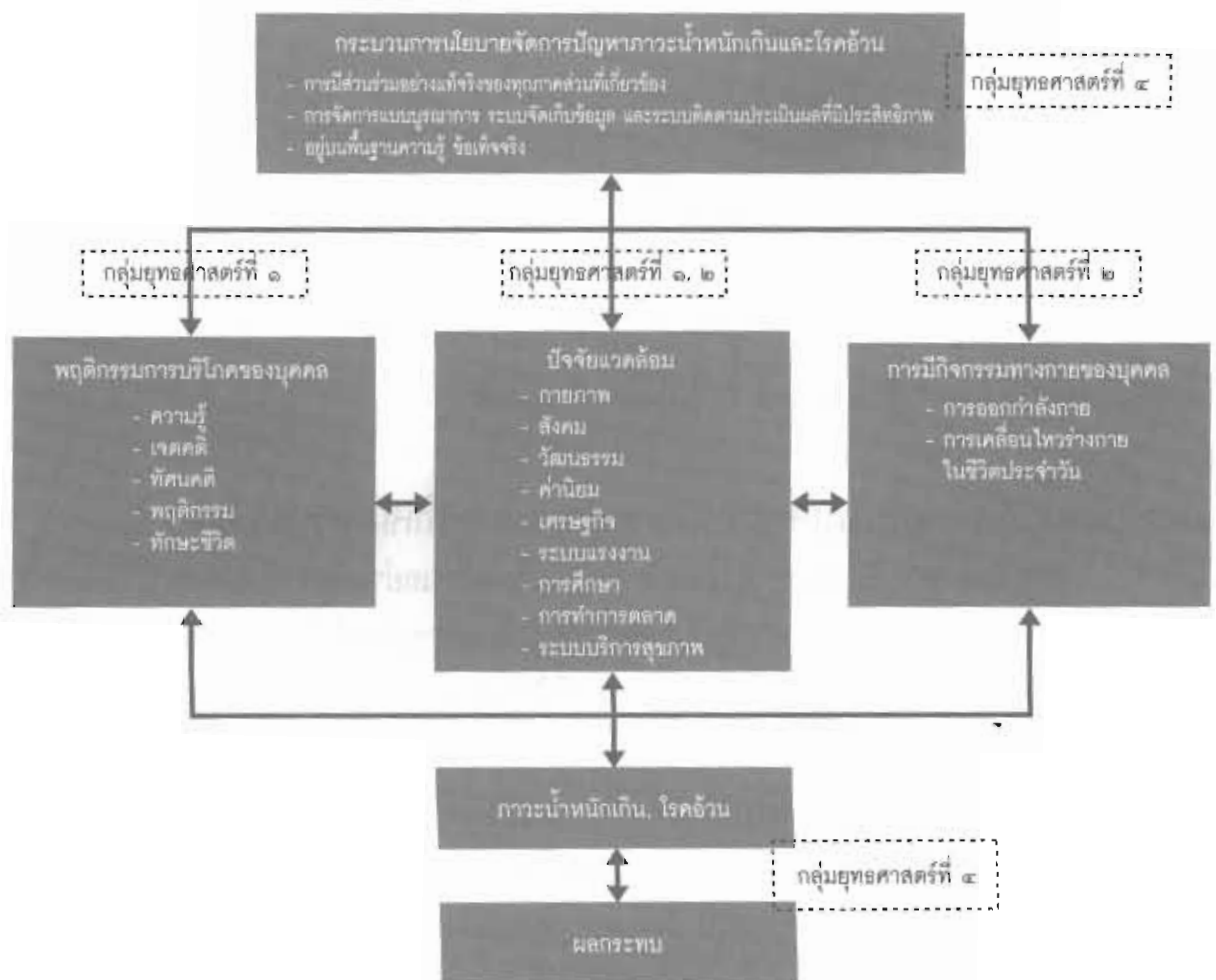
การจัดการกับปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนอย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องการ ยุทธศาสตร์ที่มีความสมดุลและครอบคลุมมาตรการที่หลากหลาย โดยไม่สามารถอาศัยมาตรการ หนึ่งมาตรการใดเพียงประการเดียว อย่างไรก็ตามควรให้ความสำคัญกับมาตรการที่ได้รับการพิสูจน์ ถึงประสิทธิผลและความคุ้มค่า ความหลากหลายของมาตรการยังควรคำนึงถึงการบูรณาการ ของมาตรการในแต่ละระดับเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่กันและกัน ทั้งมาตรการในระดับ ท้องถิ่นและระดับประเทศ ที่สำคัญยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ต้องประกอบด้วยมาตรการในการป้องกัน ควบคุม คัดกรองและบำบัดรักษาภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน และต้องครอบคลุมกลุ่มปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน ซึ่งประกอบด้วยสามกลุ่มปัจจัยหลักที่ควบคุมได้ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค การมีกิจกรรมทางกาย และปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคและการมีกิจกรรมทาง

กายของบุคคล ที่จะนำไปสู่การเกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน อันได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ^{๒๐} วัฒนธรรมค่านิยม ภาวะสังคมเศรษฐกิจ การสื่อสารสาธารณะ ระบบแรงงาน ระบบการศึกษา และระบบบริการสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม ปัจจัยเชิงชีวภาพส่วนบุคคล (biological susceptibility) อย่างเช่น กรรมพันธุ์ อายุ เพศ และชาติพันธุ์ นั้นไม่สามารถทำการแก้ไขควบคุมได้โดยง่าย จึงไม่รวมใน ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนนี้

นอกจากนั้นกระบวนการจัดการกับปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ยังควรมี ลักษณะ มีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ทุกระดับ มีกลไกการ ประสานงานเชื่อมโยงภาคีต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ มีความโปร่งใสและเป็นไปเพื่อประโยชน์ สาธารณะ สอดคล้องกับบริบทและเงื่อนไขของสังคมไทย และตั้งอยู่บนฐานความรู้ทางวิชาการ

ภาพที่ ๑ แสดงกรอบแนวคิดของยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน



^{๒๐} เช่น ร้านอาหารหรือจุดจำหน่ายอาหาร โรงการผลิตอาหาร อุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ใช้ส่งเสริมการขายอาหาร สถานที่ออกกำลังกาย อาคาร สิ่งก่อสร้าง ต่างๆ เป็นต้น

๕. ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

สนับสนุน สร้างเสริมความเข้มแข็ง และพัฒนาระบบและกลไกในการจัดการกับปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ผ่านสี่กลุ่มยุทธศาสตร์ คือ การส่งเสริมการบริโภค การมีกิจกรรมทางกาย พัฒนาระบบคัดกรองและควบคุมแก้ไขผลกระทบที่มีประสิทธิผล และการส่งเสริมกลไกการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย ๑๔ ยุทธศาสตร์ ใน ๔ กลุ่มยุทธศาสตร์ ดังต่อไปนี้

กลุ่มที่ ๑ ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

๑. ยุทธศาสตร์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การผลิตและจำหน่าย อาหารชูสุขภาพ^{๒๑} ขนมชูสุขภาพ^{๒๒} เครื่องดื่มน้ำตาลต่ำ^{๒๓} และผักผลไม้ เพื่อเป็นทางเลือกทดแทนอาหารพลังงานสูง

๑.๑ พัฒนานโยบาย มาตรการ กลไกและกระบวนการเพื่อสนับสนุนการได้รับนมแม่แต่เพียงอย่างเดียวหลังเกิดเป็นเวลาอย่างน้อย ๖ เดือนอย่างเป็นรูปธรรม และมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง

๑.๒ ส่งเสริมให้อุตสาหกรรมอาหาร และร้านอาหาร^{๒๔} ผลิตอาหารที่มีสัดส่วนของอาหารประเภทไขมันหรือน้ำตาลหรือโซเดียมต่ำ เพื่อเพิ่มทางเลือกให้ประชาชนเข้าถึงอาหารชูสุขภาพมากยิ่งขึ้น

๑.๓ ส่งเสริม สนับสนุนให้มีวงจรการผลิต การขนส่ง การจำหน่ายผักผลไม้ ท้องถิ่นตามฤดูกาลผลิตภัณฑ์เกษตรอินทรีย์และอาหารท้องถิ่นชูสุขภาพ ที่เพียงพอต่อการบริโภคในพื้นที่ ราคาเหมาะสม หาซื้อง่าย ปลอดภัย และมีคุณภาพ

๑.๔ จัดให้มีอาหารชูสุขภาพจำหน่ายในสถานศึกษา และควบคุมมิให้มีการจำหน่ายและบริการอาหารประเภทไขมันหรือน้ำตาลหรือโซเดียมสูง ในบริเวณสถานศึกษา

^{๒๑} เป็นอาหารประเภทสำหรับหรืออาหารจานเดียว ที่ปรุงจากอาหารครบอย่างน้อย ๕ หมู่ มีปริมาณไขมัน ไม่เกินร้อยละ ๒๕-๓๐ ของการกระจายตัวของพลังงาน ปรุงด้วย ผักปลอดสารพิษ หรือผักพื้นบ้าน เนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำและปลอดภัย จากสารปนเปื้อน มีรสไม่หวานจัด และเค็มจัด

^{๒๒} ขนมและอาหารว่างที่มี น้ำตาล ไขมัน โซเดียมต่ำและสารอาหารอื่นที่มีคุณค่าทางโภชนาการ โดยเป็นไปตามคำแนะนำทางราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

^{๒๓} เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลไม่เกินร้อยละ ๕ ต่อหนึ่งหน่วยบริโภคตามคำแนะนำทางราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

^{๒๔} ครอบคลุมถึง ร้านจำหน่ายอาหารรายย่อย ภัตตาคาร ร้านอาหารทั่วไป ร้านค้าแผงลอย และร้านอาหารบริการด่วน

๑.๕ พัฒนาหลักเกณฑ์ในการควบคุมการจำหน่ายและบริการอาหารประเภทไขมันหรือน้ำตาลหรือโซเดียมสูง บริเวณรอบๆ สถานศึกษาในรัศมีไม่น้อยกว่า ๕๐๐ เมตร และส่งเสริมสนับสนุนให้มีการจำหน่ายอาหารสุขภาพเพื่อทดแทนการจำหน่ายและบริการอาหารประเภทไขมันหรือน้ำตาลหรือโซเดียมสูง

๑.๖ จัดให้มีอาหารสุขภาพให้บริการหรือจำหน่ายในหน่วยงาน องค์กร สถานประกอบการ ชุมชน ศาสนสถาน และโรงแรม รวมถึงมีการจัดเมนูอาหารหลักและอาหารว่างสุขภาพ ทุกครั้งที่มีการจัดประชุม อบรม สัมมนา งานบุญ งานประเพณี และกิจกรรมชุมชน

๒. ยุทธศาสตร์การควบคุมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และสินค้าอาหารประเภทไขมัน หรือน้ำตาล หรือโซเดียมสูง

๒.๑ ควบคุมฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร บรรจุภัณฑ์ และหีบห่อบรรจุ

๒.๑.๑ กำหนดระเบียบข้อบังคับและตรวจสอบคุณภาพ รูปแบบฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร เครื่องดื่มและผลิตภัณฑ์สุขภาพจากอุตสาหกรรมที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ประชาชนระมัดระวังในการบริโภค ไม่บริโภคมากเกินไป เช่น ลักษณะสีสัญญาณจราจร หรือสัญลักษณ์สีที่ปรากฏเด่นชัด โดยกำหนดตามคุณค่าทางโภชนาการ หรือ ค่าเดือนหากมีไขมันทรานส์ ไขมันอิ่มตัว ไขมัน น้ำตาลหรือโซเดียมสูง และให้แสดงข้อมูลคุณค่าทางโภชนาการ และปริมาณสูงสุดของอาหารประเภทไขมันหรือน้ำตาลหรือโซเดียม ที่สามารถรับประทานได้ต่อวัน บนฉลากบรรจุภัณฑ์ และหีบห่อบรรจุ

๒.๑.๒ ห้ามโฆษณาใดๆบนบรรจุภัณฑ์ หรือหีบห่อบรรจุ

๒.๒ ควบคุมการส่งเสริมการขายอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และอาหารประเภทไขมันหรือน้ำตาลหรือโซเดียมสูงกว่าปริมาณที่กำหนด

๒.๒.๑ ให้บังคับใช้มาตรการทางกฎหมายสำหรับเกณฑ์ในการควบคุมการส่งเสริมการขายอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และมีมาตรการลงโทษที่เข้มงวดหากไม่ปฏิบัติตาม

๒.๒.๒ กำหนดเกณฑ์ นิยาม และจัดกลุ่มอาหารประเภทไขมัน หรือน้ำตาล หรือโซเดียมสูง โดยพิจารณาจากปริมาณและสัดส่วนของไขมัน น้ำตาล และโซเดียมที่มีในอาหารประเภทต่างๆ เป็นหลัก

๒.๒.๓ กำหนดให้กลุ่มอาหารประเภทไขมัน หรือน้ำตาล หรือโซเดียมสูง เป็น “อาหารควบคุมเฉพาะ” ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒

๒.๒.๔ กำหนดระเบียบข้อบังคับในการควบคุมการส่งเสริมการขายอาหารประเภทไขมัน หรือน้ำตาล หรือโซเดียมสูง ในสถานศึกษา

๒.๒.๕ ผลักดันให้มีการนำหลักเกณฑ์ตามประกาศกรมประชาสัมพันธ์ว่าด้วยหลักเกณฑ์ และระยะเวลาสำหรับการโฆษณาและบริการธุรกิจทางวิทยุโทรทัศน์ที่มีผลกระทบ

ต่อเด็ก มากำหนดเป็นกฎระเบียบเพื่อบังคับใช้

๒.๒.๖ ผลักดันให้มีการนำ “ประกาศกรมอนามัยเรื่องหลักเกณฑ์การรับรองอาหารลดน้ำตาล ไขมัน โซเดียม” มาสนับสนุนให้ผู้ประกอบการผลิตอาหารและขนมขงสุขภาพ และเครื่องดื่มน้ำตาลต่ำ เช่น ระบบแรงจูงใจด้วยมาตรการทางภาษีและราคา

๒.๒.๗ ผลักดันให้มีการแสดงผลงานอาหาร ในเมนูอาหารของโรงแรม ภัตตาคาร และร้านอาหาร เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้บริโภค

๓. ยุทธศาสตร์การรณรงค์สาธารณะ การให้ข้อมูล สร้างความรู้ และความตระหนักถึงปัญหาผลกระทบจากปัญหาโรคอ้วน อย่างต่อเนื่อง

๓.๑ รณรงค์ประชาสัมพันธ์ทั้งทางสื่อสาธารณะและระดับพื้นที่ เสริมสร้างความรู้ตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และปัญหาผลกระทบจากภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนรวมถึงทักษะในการมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เหมาะสม

๓.๒ ส่งเสริม สนับสนุน สร้างค่านิยมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การบริโภคอาหารที่มีวัตถุดิบประเภทปลา พืชผัก ผลไม้ไทย สมุนไพรท้องถิ่น และผลิตภัณฑ์เกษตรอินทรีย์เป็นองค์ประกอบหลัก และอาหารพื้นบ้านขงสุขภาพ ตลอดจนส่งเสริมค่านิยมในการรับประทานอาหารที่ใช้กรรมวิธี อบ นึ่ง ต้ม ลวก

๓.๓ ส่งเสริมบทบาทของระบบบริการสุขภาพแม่และเด็ก บุคลากรสุขภาพ และบุคคลต้นแบบ ในการให้ความรู้และสร้างเสริมทัศนคติเพื่อสนับสนุนการเลี้ยงดูทารกด้วยนมแม่ อย่างเดียวอย่างน้อย ๖ เดือน และการให้ความรู้ด้านโภชนาการ เพื่อให้แม่มีภาวะโภชนาการดี ทารกและเด็ก ได้รับอาหารตามวัยที่เหมาะสม

๓.๔ ส่งเสริมกลไกการพัฒนาทักษะชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ ให้กับเยาวชน ในทุกระดับการศึกษา เพื่อสร้างความรู้ ทัศนคติ มีความรู้เท่าทันกระแสสังคมหรือกลยุทธ์ทางการตลาด เพื่อให้มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงการให้รางวัลด้วยอาหารที่มีไขมันหรือน้ำตาล หรือโซเดียมสูง

๓.๕ ส่งเสริมการพัฒนารูปแบบสื่อที่หลากหลายเพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับอาหารสุขภาพ ขนมสุขภาพ รวมทั้งเครื่องดื่มน้ำตาลต่ำ และเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่ก่อให้เกิดปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

๓.๖ ส่งเสริมผลักดันการพัฒนานโยบาย แนวทาง กิจกรรม ของสถานที่ทำงานทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อสนับสนุนให้พนักงานมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เหมาะสม

๓.๗ ส่งเสริม สนับสนุน ผลักดันให้เกิดกลไกการสื่อสารและแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการนโยบาย เพื่อปกป้องประโยชน์สาธารณะ

กลุ่มที่ ๒ ยุทธศาสตร์ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเหมาะสม ต่อเนื่องสม่ำเสมอ

๔. ยุทธศาสตร์การเพิ่มโอกาสในการออกกำลังกาย โดยส่งเสริมให้ชุมชนและสถานที่ทำงานมีสถานที่และอุปกรณ์ออกกำลังกาย สร้างโอกาสในการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายแก่ประชาชน อย่างเพียงพอ ปลอดภัย เข้าถึงได้ง่าย สะดวกต่อการใช้งาน และ เหมาะสมกับบริบทของชุมชนและท้องถิ่น สถานที่ทำงาน สถานประกอบการ และสถานศึกษา

๕. ยุทธศาสตร์การปรับปรุงการคมนาคมขนส่ง โดยส่งเสริมการคมนาคมที่สนับสนุนกิจกรรมทางกาย เช่น การเดิน การใช้จักรยาน และบริการขนส่งมวลชนมากขึ้นทั้งในกรุงเทพฯ และส่วนภูมิภาค

๕.๑ ส่งเสริมการสร้างและบำรุงรักษาช่องทางจักรยาน ที่จอดจักรยาน และทางเดินเท้าให้มีความครอบคลุม ให้มีความสะดวก ปลอดภัย และเชื่อมต่อไปยังระบบขนส่งมวลชนอื่นๆ

๕.๒ ปรับปรุงระบบขนส่งมวลชนและบริการให้มีประสิทธิภาพ สะดวกต่อการใช้งาน เพียงพอ ปลอดภัย สะอาด และราคาถูกลง

๖. ยุทธศาสตร์การจัดให้มีหลักสูตรการเรียนการสอน และกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่เน้นการออกกำลังกาย การออกกำลังกาย และการเล่นกีฬาให้เด็กและเยาวชนและหลีกเลี่ยงการสร้างทัศนคติที่ไม่ดีต่อการออกกำลังกาย เช่น การลงโทษนักเรียนด้วยการออกกำลังกาย

๗. ยุทธศาสตร์รณรงค์ ปลุกฝัง ให้ประชาชน เห็นความสำคัญและเพิ่มโอกาส ของการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเหมาะสม เพื่อลดวิถีชีวิตที่มีระดับการมีกิจกรรมทางกายน้อย

กลุ่มที่ ๓ ยุทธศาสตร์พัฒนาและสนับสนุนความเข้มแข็งของระบบการจัดบริการดูแลรักษาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน รวมถึงผลกระทบทางสุขภาพ

๘. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบคัดกรองและการให้คำปรึกษาทั้งด้านความรู้ พฤติกรรม และสิ่งที่มีผลต่อพฤติกรรม ด้านภาวะโภชนาการและความเสี่ยงต่อปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ในระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะระบบบริการปฐมภูมิ การพัฒนาแนวทางและเครื่องมือการคัดกรองด้วยตนเองและชุมชน

๙. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล เพื่อให้มีฐานข้อมูลของภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วนและความผิดปกติที่เกี่ยวข้อง ที่เป็นรูปแบบเดียวกันทั่วประเทศและมีความต่อเนื่อง ยั่งยืน โดยบูรณาการเข้ากับระบบเก็บข้อมูลด้านสุขภาพที่มีอยู่เดิม

๑๐. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการรักษาดังกล่าวของบุคลากรสุขภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและเครือข่ายสุขภาพ ในการจัดการกับปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

๑๑. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบและแนวทางการรักษาโรคอ้วนและผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจที่มีประสิทธิผล คุ้มค่า ปลอดภัย มีความครอบคลุม และเหมาะสมกับผู้ป่วย และเงื่อนไขของพื้นที่

๑๑.๑ พัฒนาระบบการดูแลรักษาภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนให้มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข โดยมุ่งเน้นการขยายและเพิ่มศักยภาพเครือข่าย

๑๑.๒ ศึกษาและพัฒนาแนวทางการบริการดูแลรักษา และประเมินเทคโนโลยี

๑๑.๓ พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งให้กับกลไกและกระบวนการสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพและประชาชน ในรูปแบบและเนื้อหาที่เข้าใจได้ง่าย เพื่อป้องกันการนำไปใช้ในทางที่ผิด ทั้งนี้ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานความรู้และจริยธรรม

กลุ่มที่ ๔ ยุทธศาสตร์พัฒนาความเข้มแข็งของกระบวนการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

๑๒. ยุทธศาสตร์การดำเนินงานร่วมกันอย่างบูรณาการ มีการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน ผ่านการมีส่วนร่วม การเป็นเจ้าของ และความร่วมมือ ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทุกภาคส่วน และทุกระดับ รวมถึงครอบครัวและชุมชน โดยมีการบูรณาการแนวทางการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบที่มีอยู่เดิม และวัฒนธรรมของแต่ละภาคส่วนหรือหน่วยงาน

๑๓. ยุทธศาสตร์การส่งเสริมให้มีการจัดการความรู้ พัฒนาระบบข้อมูล และการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้านการจัดการ ปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในทุกระดับ เพื่อให้การดำเนินการมีรากฐานจากองค์ความรู้ทางวิชาการ ซึ่งรวมถึงมีการพัฒนาทั้งในด้านความรู้ กระบวนการดำเนินงาน และบุคลากร อยู่เป็นประจำ

๑๔. ยุทธศาสตร์การส่งเสริมการพัฒนาระบบการติดตามประเมินผล ทั้งสถานการณ์ของปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และประสิทธิผลของระบบการจัดการปัญหา และให้มีการรายงานไปยังผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน

สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๙

การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สอง

ได้พิจารณารายงานเรื่องการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน^{๒๕}

กังวล สถานการณ์การสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนนที่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ โดยเฉพาะการบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์ถึงร้อยละ ๘๐ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเยาวชน

ตระหนักว่า ในสถานการณ์ที่ระบบขนส่งสาธารณะยังขาดประสิทธิภาพและมาตรฐานความปลอดภัย ได้ส่งผลต่อการเติบโตของรถส่วนบุคคล โดยเฉพาะรถจักรยานยนต์ที่เพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วและมีกว่า ๑๖ ล้านคัน เนื่องจากรถจักรยานยนต์สามารถเดินทางได้สะดวกและรวดเร็วกว่ารถโดยสารสาธารณะ อีกทั้งการซื้อรถจักรยานยนต์และการออกใบอนุญาตขับรถสามารถทำได้โดยง่าย ที่สำคัญคือแนวโน้มของผู้ขับขี่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มเด็กและเยาวชน ซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ที่ประสบอุบัติเหตุบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิต

รับทราบ ความพยายามผลักดันให้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง ไม่เน้นเฉพาะช่วงเทศกาลอย่างที่ผ่านมา โดยกำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติและจัดทำแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๕๒ - ๒๕๕๕ ขึ้นมารองรับเป้าหมายที่จะลดการเสียชีวิตไม่ให้เกิน ๑๐ คนต่อประชากรแสนคนในอีก ๑๐ ปีต่อจากนี้ ซึ่งมียุทธศาสตร์สำคัญทั้งในด้านการบังคับใช้กฎหมาย การศึกษา การปรับปรุงทางด้านวิศวกรรมจราจร ระบบกู้ชีพฉุกเฉิน การติดตามประเมินผล และการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น

กังวล แม้จะมีการกำหนดเป็นวาระแห่งชาติและแผนแม่บทรองรับ แต่การจะบรรลุเป้าหมายในระยะยาวจำเป็นต้องสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคม ให้มีความตระหนักและสร้างให้เกิดวินัยการขับขี่ที่ปลอดภัย โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน ซึ่งจะต้องควบคู่ไปกับการบังคับใช้กฎหมายที่จริงจังและต่อเนื่องกว่าที่เป็นอยู่

รับทราบ ประชาชนขาดความรู้สึกรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหา มองเห็นอุบัติเหตุเป็นเรื่องของโชคชะตา มากกว่าปัญหาที่ป้องกันได้ ขาดความตระหนักและขาดความรู้เรื่องพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถที่ไม่สามารถเยียวยาผู้ประสบภัยจากรถได้อย่างแท้จริง ความสำคัญ

^{๒๕} เอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๒/หลัก ๗

ของการรักษากฎจราจร และเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถบังคับใช้กฎหมายได้เต็มที่ทั้งข้อจำกัดของทรัพยากร และความร่วมมือของภาคสังคม อีกทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังไม่ได้เข้ามาเป็นเจ้าภาพในการป้องกันและแก้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนเท่าที่ควร

ตระหนักว่า ทางออกของปัญหานี้จำเป็นต้องดำเนินการทั้งการส่งเสริมกลไกการจัดการที่เข้มแข็งเพื่อให้มีความต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับการส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และที่สำคัญคือการเปิดให้ภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรม

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. เพื่อลดอัตราการความสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนนให้เป็นไปตามวาระแห่งชาติและข้อตกลงที่ทำไว้กับสหประชาชาติ ขอให้รัฐบาลเร่งรัดดำเนินการดังต่อไปนี้

๑.๑ ให้ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนเป็นกลไกหลักในการประสานทุกภาคส่วน ให้มีส่วนร่วมในการทำงานด้านการป้องกันแก้ไขอุบัติเหตุทางถนนโดยมีเป้าหมายให้อัตราการเกิดอุบัติเหตุและเสียชีวิตในปี ๒๕๖๓ ลดลงร้อยละ ๕๐ ของอัตราการเกิดอุบัติเหตุและเสียชีวิตในปี ๒๕๕๓ ทั้งนี้ขอให้มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้อง

๑.๒ ให้มีคณะทำงานเฉพาะกิจในการแก้ไขพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถโดยมีกลไกความร่วมมือจากทุกฝ่ายเพื่อให้สามารถดูแลเยียวยาผู้ประสบภัยจากรถให้มีความสะดวก รวดเร็ว และเป็นธรรม

๑.๓ ให้สำนักงานตำรวจแห่งชาติกำหนดนโยบาย มาตรการให้เจ้าหน้าที่ตำรวจจราจรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง บังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด จริงจัง และต่อเนื่อง ครอบคลุมทั่วพื้นที่ทุกช่วงเวลา โดยเฉพาะผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ต้องสวมหมวกนิรภัยที่ได้มาตรฐาน ผู้ใช้รถยนต์ต้องคาดเข็มขัดนิรภัย งดการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ขณะขับขี่ เป็น ๑๐๐% ภายใน พ.ศ. ๒๕๕๔

๑.๔ ให้ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการทำงานลดอุบัติเหตุทางถนน ร่วมผลักดันให้มีการเก็บภาษีรถจักรยานยนต์ในอัตราที่เหมาะสมตามขนาดเครื่องยนต์ (ซีซี)

๑.๕ ให้กรมการขนส่งทางบก ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ผลักดันให้ยกระดับมาตรฐานการออกใบอนุญาตขับรถมีคุณภาพโดย ประกาศใช้หลักสูตรการอบรม ๑๕ ชั่วโมง ของกรมการขนส่งทางบก เน้นให้ความรู้เรื่องกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ทักษะการขับขี่ สร้างความตระหนัก จิตสำนึก หน้าที่ในการขับขี่ที่ปลอดภัย การปฏิบัติตามกฎหมายจราจร อย่างมีประสิทธิภาพ หลักสูตรความปลอดภัยบนท้องถนน และหลักสูตรการปฐมพยาบาลเบื้องต้น จัดให้มีการฝึกอบรม ทบทวน และตรวจสอบสมรรถภาพทางกาย

ความสามารถในการขับขี่ ในการต่อใบอนุญาตขับรถ ทั้งนี้สำหรับผู้ขับขี่รถสาธารณะและเพื่อการพาณิชย์ควรมีใบรับรองแพทย์ผ่านการคัดกรองโรคหัวใจรุนแรง

๑.๖ ให้สภาองค์กรชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม ร่วมกับชุมชน ช่วยผลักดันการใช้พระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. ๒๕๕๐ ให้เกิดแผนชุมชนด้านความปลอดภัย มาตรการทางสังคมและมาตรการท้องถิ่น เพื่อการขับขี่อย่างปลอดภัย และปฏิบัติได้จริง โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน

๑.๗ ให้กระทรวงศึกษาธิการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับกระทรวงคมนาคม กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงวัฒนธรรมร่วมกันจัดทำหลักสูตรความปลอดภัยทางถนนและจัดให้มีการเรียนการสอนอย่างมีประสิทธิภาพในสถานศึกษาทั้งในและนอกระบบทุกระดับ ภายใน ๒ ปี และนำไปสู่การปฏิบัติจริงภายใน ๕ ปี

๑.๘ ขอให้ผู้ผลิตและผู้แทนจำหน่ายรถยนต์และรถจักรยานยนต์ จัดสถานที่และบริการฝึกปฏิบัติทักษะการขับขี่อย่างปลอดภัยและมีมาตรฐาน โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอย่างครอบคลุมทุกอำเภอ

๑.๙ ดำเนินการลดระดับเพดานปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดสำหรับผู้ขับขี่ยานพาหนะทั่วไป เร่งรัดดำเนินการประกาศใช้นโยบายการปลอดแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ขับรถเพื่อการพาณิชย์ และกลุ่มผู้ขับรถสาธารณะทุกประเภท โดยกำหนดให้ปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดมีค่าไม่มากกว่า ๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ภายใน พ.ศ. ๒๕๕๔ และผลักดันให้มีการกำหนดระดับเพดานปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดสำหรับผู้ขับขี่อายุน้อย และผู้ที่ได้รับใบอนุญาตขับรถชั่วคราวให้ต่ำเป็นพิเศษ พร้อมกับเร่งรัดการบังคับใช้

๑.๑๐ สนับสนุนศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการลดอุบัติเหตุทางถนน ให้มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน ครอบคลุม และเข้าถึงทุกกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และสามารถสร้างความตระหนักในการขับขี่อย่างปลอดภัยและต่อเนื่อง

๑.๑๑ ให้ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เร่งรัดกำหนดแบบ และมาตรฐานทางสัญญาณและทางเท้าที่เอื้อต่อความปลอดภัย และความสะดวกของผู้ใช้ทุกกลุ่ม รวมถึงเด็ก คนพิการ และผู้สูงอายุ

๒. เพื่อให้มีการเพิ่มสัดส่วนการเดินทางด้วยระบบขนส่งสาธารณะ อย่างน้อยร้อยละ ๓๐ ในอีก ๕ ปี ข้างหน้า โดยเฉพาะในเมืองภูมิภาค

๒.๑ ขอให้รัฐบาลโดยศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน กรมการขนส่งทางบก และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกันผลักดันให้มีกฎหมายหรือกฎระเบียบที่เอื้อให้

ท้องถิ่นและภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในการพัฒนา ควบคุม กำกับ ดูแล ระบบขนส่งสาธารณะในพื้นที่ หรือในระดับภูมิภาค

๒.๒ ขอให้กรมการขนส่งทางบก ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย และผู้ประกอบการ เร่งรัดกำหนดแบบและมาตรฐานรถโดยสารสาธารณะ เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มสามารถใช้ประโยชน์ได้จริง เช่น กลุ่มเด็ก กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น รวมทั้งบังคับใช้อย่างจริงจัง ตลอดจนพัฒนาการดูแลเยียวยาผู้ประสบภัยให้มีความรวดเร็วและเป็นธรรม รวมทั้งจัดให้มีการทำคู่มือและรณรงค์ให้ความรู้ในเรื่องสิทธิกับผู้โดยสาร

๓. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้า อุปสรรค และแนวทางแก้ไข ต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗

สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๑๐

การพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัว

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่สอง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัว^{๒๖}

ตระหนัก ต่อสุขภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัวว่ามีผลต่ออนาคตของประเทศชาติ ซึ่งขึ้นอยู่กับศักยภาพของครอบครัวและสังคมในการดูแลเด็กและเยาวชนทั้งเด็กและเยาวชนทั่วไป และเด็กและเยาวชนที่ต้องการการปกป้องเป็นพิเศษ ได้แก่ กรณีกำพร้า กรณีถูกทอดทิ้ง กรณีถูกทำร้ายทารุณ กรณีถูกล่วงเกินทางเพศ กรณีที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด กรณีเร่ร่อน กรณีค้ามนุษย์ กรณีพิการ แรงงานเด็กและเยาวชน กรณีเด็กและเยาวชนในกระบวนการยุติธรรม กรณีพลัดถิ่น กรณีชาวเขา กรณีในชุมชนแออัด กรณีไร้สัญชาติ กรณีลูกแรงงานก่อสร้าง กรณีที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติหรือสารพิษอันตราย และกรณียากจน รวมทั้ง เด็กและเยาวชนกลุ่มต่างๆ เช่น กรณีที่มีโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพ กรณีที่มีผู้ปกครองติดสารเสพติด กรณีติดเกม เป็นต้น ให้เจริญเติบโตและมีพัฒนาการทั้งด้านกาย จิต สังคมและด้านปัญญา อย่างเหมาะสมเต็มศักยภาพ

รับทราบ ว่าปัจจุบันเด็กและเยาวชนไทยส่วนหนึ่งประสบความสำเร็จนำความภาคภูมิใจสู่ประเทศชาติในหลายด้าน อย่างไรก็ตามยังมีเด็กและเยาวชนไทยอีกเป็นจำนวนมากที่เจริญเติบโตและมีพัฒนาการที่ไรทิศทางอาชีพ เช่น ปัญหาด้านสุขภาพทั้งเกินและขาด ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม ได้แก่ มีภาวะซึมเศร้าและมีอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้น รวมถึงปัญหาการเสพยาเสพติด นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเพิ่มมากขึ้น โดยมีปัจจัยหลักมาจากภาวะความอ่อนแอด้านต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชน ทั้งพลังตัวตน พลังครอบครัว พลังสร้างปัญญา พลังเพื่อนและกิจกรรม และพลังชุมชน

รับทราบ ว่ามีข้อเสนอแนะและแนวทางส่งเสริมครอบครัวจากสมัชชาครอบครัวแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒

^{๒๖} เอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๒/หลัก ๑

มีความกังวล ถึงแม้ว่ารัฐได้ออกกฎหมายนโยบายและพระราชบัญญัติต่างๆ และมีหน่วยงาน องค์กรจากภาคส่วนต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดกลไกการทำงาน และมีจุดแข็งบางประการในการดำเนินการในด้านการปฏิบัติต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว แต่ยังคงมีปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นกับเด็ก เยาวชน และครอบครัวอย่างต่อเนื่องและทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น

ครัทธา ต่อหนทางวัฒนธรรมของสังคมไทยที่จะพัฒนาและแก้ปัญหาของเด็ก เยาวชน และครอบครัวซึ่งมีความซับซ้อนได้ หากมีการพัฒนากลไกให้เกิดนวัตกรรมการขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์ในเชิงบูรณาการเด็ก เยาวชนและครอบครัวโดยใช้ความรู้เป็นฐาน มีการปลูกจิตสำนึก ที่ถูกต้อง และจัดกระบวนการที่มีประสิทธิภาพในการหลอมรวมให้สังคมทุกภาคส่วนเข้ามาเรียนรู้และดำเนินการพัฒนาร่วมกันอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เพื่อสร้างสุขภาวะให้เด็ก เยาวชน และครอบครัวไทย

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เร่งรัดการจัดทำร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมครอบครัว

๒. ขอให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นเจ้าภาพหลัก ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการที่ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงยุติธรรม กระทรวงแรงงาน สำนักงานตำรวจแห่งชาติ องค์กรที่ทำงานด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ และ ตัวแทนเด็กและเยาวชนจากสภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย เพื่อ

๒.๑ ทำการศึกษาวิจัยกลไกและรูปแบบ ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัด รวมทั้งจุดแข็งและจุดอ่อนของกลไกการสร้างเสริมสุขภาวะของเด็ก เยาวชนและครอบครัว

๒.๒ พัฒนาให้เกิดนวัตกรรมกลไกการขับเคลื่อนอย่างมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพของเครือข่ายด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว

๒.๓ จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย และยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัวที่มีประสิทธิผล โดยให้นำความเห็นและข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๒ มาประกอบการพิจารณา และนำเสนอเข้าสู่กระบวนการพิจารณาระเบียบวาระของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓

ทั้งนี้การดำเนินการตามข้อ ๒.๑ - ๒.๓ มีการรับฟังความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้องทุกระดับอย่างกว้างขวาง

๓. เห็นชอบต่อข้อเสนอของสมัชชาครอบครัวแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ และขอให้รัฐบาลเร่งดำเนินการตามข้อเสนอดังกล่าว พร้อมทั้งขอให้สนับสนุนกระบวนการสมัชชาครอบครัวแห่งชาติ เป็นกลไกนโยบายสาธารณะเพื่อการผลักดันการป้องกัน แก้ไขปัญหา และส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพของเด็ก เยาวชนและครอบครัว

สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๑๑

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สอง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง^{๒๕๗}

ตระหนักดี ว่าประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุอย่างเต็มตัว ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่น้อยต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและต้องประสบกับภาวะทุพพลภาพหรือพิการ และจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้น การใช้มาตรการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชากรก่อนวัยสูงอายุและวัยสูงอายุทุกคนจะทำให้เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ช่วยลดความทุพพลภาพซ้ำซ้อนและชะลอภาวะพึ่งพิงได้

เป็นกังวล ต่อการลดลงอย่างรวดเร็วของจำนวนผู้ที่เป็นผู้ดูแล และศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ประชากรวัยแรงงานต้องรับภาระที่หนักขึ้นในการดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและวัยแรงงานด้อยลง ผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาพทุพพลภาพหรือพิการขาดผู้ดูแลหรือขาดการช่วยเหลือจากชุมชน หรือเข้าไม่ถึงบริการสาธารณะจะเป็นกลุ่มเสี่ยง (เปราะบาง) ที่น่าห่วงใยเป็นอย่างมาก

รับทราบ ว่าส่วนกลางและท้องถิ่นรวมทั้งชุมชนบางแห่งริเริ่มการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวและชุมชน เช่น มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุหรือเพื่อนผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงไปเยี่ยมเยียน ช่วยเหลือ มีพยาบาลจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเข้าไปดูแลผู้สูงอายุที่ลุกขึ้นจากเตียงไม่ได้ เป็นต้น แต่มีปัญหาการดำเนินงานยังไม่เป็นระบบที่เหมาะสม ยังขาดการบูรณาการการดูแลด้านสุขภาพและสังคม บุคลากรไม่เพียงพอ ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลและขาดระบบสนับสนุนที่ชัดเจน

เห็นด้วย ว่ามีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องจัดให้มีการดูแลระยะยาว ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควรได้รับการดูแลที่บ้านหรือในชุมชน โดยภาคประชาสังคม เช่น การมีชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งเป็นแกนนำสนับสนุนในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นหน่วยงานที่ใกล้ชิดกับครอบครัว ชุมชนและมีศักยภาพที่จะจัดการดูแล ควรพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ที่บ้าน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณสำหรับการใช้ชีวิตประจำวัน จัดหาอุปกรณ์การฟื้นฟู ค่าเดินทาง ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย รวมทั้งพัฒนาระบบที่เชื่อมต่อ

^{๒๕๗} เอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๒/หลัก ๓

กับการดูแลในสถาบันสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลในระดับที่สูงขึ้น โดยมีการพัฒนากลไก และมาตรฐานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือพิการในสถาบันทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. เห็นชอบในหลักการว่า รัฐบาลมีหน้าที่จัดการดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และให้การรับรองหลักการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย เป็นการดูแลโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานหลัก โดยมีการดูแลในสถานบริการดูแลผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน จะเป็นส่วนสนับสนุนให้มีบทบาทที่เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างใกล้ชิด ไม่แยกส่วนจากกัน และขอให้รัฐบาลกำหนดนโยบายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นวาระแห่งชาติ

๒. ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๒.๑ เป็นเจ้าภาพประสานหน่วยงานระดับท้องถิ่น เพื่อจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยให้มีผู้สูงอายุเป็นกรรมการอยู่ด้วยในสัดส่วนไม่น้อยกว่า ๑ ใน ๔ ของจำนวนกรรมการ และให้มีผู้รับผิดชอบโดยตรง พร้อมทั้งระบุภารกิจการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ในการจัดทำเทศบัญญัติ ขอบัญญัติท้องถิ่น แผนพัฒนาท้องถิ่น ๓ ปี และแผนพัฒนาท้องถิ่นประจำปี รวมทั้งให้จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรที่รับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๒.๒ จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมโดยแบ่งประเภทตามกลุ่มภาวะพึ่งพิงในทุกตำบล/ท้องที่

๒.๓ สนับสนุนค่าอุปโภคบริโภค ปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยรวมทั้งส่งเสริมอาชีพหรือพิจารณาจัดสวัสดิการสังคมให้กับครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

๒.๔ จัดให้มีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน ศูนย์ดูแลพักพิงและฟื้นฟูสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนตามความต้องการของพื้นที่

๒.๕ ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดอาสาสมัครชุมชนดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชน

๒.๖ ต้องจัดให้ภาคประชาสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งชมรมผู้สูงอายุ สาขาสภาผู้สูงอายุ ภาคีสมัชชาสุขภาพ มีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายท้องถิ่น ด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งการจัดทำเป็นเทศบัญญัติและข้อบัญญัติท้องถิ่น ตลอดจนการตรวจสอบติดตามประเมินผล

๓. ขอให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกับกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงแรงงาน

กระทรวงคมนาคม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ องค์กรวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
 ๓.๑ พิจารณาปรับปรุงเพิ่มเติมเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจากอัตรา
 ของผู้สูงอายุทั่วไป ทั้งนี้ไม่ต่ำกว่าเส้นความยากจน

๓.๒ ร่วมกันพัฒนาศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยให้ความรู้ต่าง ๆ
 เช่น เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดการดูแล การพัฒนาบุคลากร งบประมาณให้สามารถ
 จัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในครอบครัวและชุมชน

๓.๓ ให้สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ต้องการบริการทางการแพทย์/การพยาบาล
 ขึ้นทะเบียนกับกองประกอบโรคศิลปะ เพื่อการกำกับดูแลให้ได้ตามมาตรฐาน

๓.๔ ส่งเสริม สนับสนุนการฝึกอบรมความรู้และทักษะ และสร้างจิตสำนึกในการ
 ดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม ให้แก่ญาติและบุคลากรกลุ่มที่ไม่ใช่วิชาชีพ เช่น
 อาสาสมัคร สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น ส่วนผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้างได้รับการพัฒนาให้
 ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรวิชาชีพนั้น ๆ

๓.๕ จัดให้มีบุคลากรที่จะทำหน้าที่เป็นผู้จัดการการบริการดูแลระยะยาว (Care
 manager) โดยคำนึงถึงความแตกต่าง และความต้องการที่หลากหลาย

๓.๖ สนับสนุนให้หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิดำเนินการดูแลสุขภาพฟื้นฟูสภาพ
 ผู้สูงอายุที่บ้าน สนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น รวมทั้งบริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเมื่อจำเป็น

๓.๗ พัฒนาศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุให้จัดบริการการดูแลระยะยาว
 ทั้งบริการด้านสุขภาพ และสังคม ให้มีมาตรฐาน โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างเพศ เพื่อเป็น
 ศูนย์สาธิตให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เรียนรู้และขยายผล

๓.๘ ศึกษาผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่อยู่ใน
 ภาวะพึ่งพิง

๔. ขอให้กระทรวงศึกษาธิการร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วน
 ท้องถิ่น ผลิตและธำรงรักษาบุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด
 พยาบาลด้านเวชปฏิบัติชุมชน พยาบาลด้านผู้สูงอายุ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ นักสังคม
 สงเคราะห์ นักจิตวิทยา และบุคลากรระดับผู้ช่วยวิชาชีพ

๕. ขอให้สถานศึกษาทุกระดับจัดให้มีหลักสูตรด้านการดูแลผู้สูงอายุ

๖. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข สภากาชาดไทย ร่วมกันจัดทำมาตรฐานและกลไกระดับชาติในการดูแล
 ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมจากชุมชน ท้องถิ่นและผู้สูงอายุ ตลอดจนการกำกับ
 มาตรฐานดังกล่าวให้ครอบคลุมทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน

๗. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้า ต่อสมัชชา
 สุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๔

ภาคผนวก ๑

รายชื่อคณะกรรมการจัดสมัยศึกษาพาหุแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒

ที่ปรึกษา

(๑)	Ms. Maureen	E. Birmingham	ที่ปรึกษา
(๒)	นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์	อังคะสุวพลา	ที่ปรึกษา
(๓)	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทศพล	สมพงษ์	ที่ปรึกษา
(๔)	พันเอกหญิงพวงจันทร์	วงษ์วิเศษ	ที่ปรึกษา
(๕)	นายพิชัย	ศรีใส	ที่ปรึกษา
(๖)	นายวรวิทย์	บุญเพ็ญ	ที่ปรึกษา
(๗)	นายวิเชียร	คุตตวัส	ที่ปรึกษา
(๘)	ผู้แทนพรรครัฐบาล		ที่ปรึกษา
(๙)	ผู้แทนพรรคฝ่ายค้าน		ที่ปรึกษา
(๑๐)	อธิบดีกรมประชาสัมพันธ์		ที่ปรึกษา

กรรมการ

(๑)	นายแพทย์สุวิทย์	วิบูลผลประเสริฐ	ประธานกรรมการ
(๒)	แพทย์หญิงประนอม	คำเที่ยง	รองประธานกรรมการ
(๓)	รองศาสตราจารย์ ดร.ชินนุทัย	กาญจนะจิตรา	รองประธานกรรมการ
(๔)	นายศิริชัย	สาครรัตนกุล	รองประธานกรรมการ
(๕)	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงศ์เทพ	สุธีรวิทย์	รองประธานกรรมการ
(๖)	รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร	ลิมปานานนท์	กรรมการ
(๗)	นายชัยพร	จันทร์หอม	กรรมการ
(๘)	รองศาสตราจารย์ ดร.ดร.ณิ	รุจกรกานต์	กรรมการ
(๙)	นายดำรงไชย	ภูสุวรรณ์	กรรมการ
(๑๐)	ดร.เดชารัต	สุขกำเนิด	กรรมการ
(๑๑)	นายทวีศักดิ์	สุขรัตน์	กรรมการ
(๑๒)	นางสาวทัศนีย์	วีระกันต์	กรรมการ
(๑๓)	นางทิพาภรณ์	สังข์พันธ์	กรรมการ
(๑๔)	รองศาสตราจารย์ ดร.นันทวรรณ	วิจิตรวาทการ	กรรมการ

(๑๕)	นายแพทย์ประวิทย์	วิริยสิทธิวัฒน์	กรรมการ
(๑๖)	นางเปรมฤดี	ชามพูนท	กรรมการ
(๑๗)	นายไพศาล	เจียนศิริจินดา	กรรมการ
(๑๘)	นายแพทย์ภูษิต	ประคองสาย	กรรมการ
(๑๙)	นางรัตนา	สมบุญวิทย์	กรรมการ
(๒๐)	ดร.วณีย์	ปิ่นประทีป	กรรมการ
(๒๑)	นายวัฒน์สาร	ปานเพชร	กรรมการ
(๒๒)	นายวันชัย	บุญประชา	กรรมการ
(๒๓)	นางสาววิไลวรรณ	จันทร์พ่วง	กรรมการ
(๒๔)	นายแพทย์วีระวัฒน์	พันธ์ครุฑ	กรรมการ
(๒๕)	นายแพทย์ศราวุธ	สันตินันตรักษ์	กรรมการ
(๒๖)	นายศานิต	กล้าแท้	กรรมการ
(๒๗)	นางศิรินา	ปวโรฬารวิทยา	กรรมการ
(๒๘)	นางศิริวรรณ	เจนการ	กรรมการ
(๒๙)	นายแพทย์ศุภกิจ	ศิริลักษณ์	กรรมการ
(๓๐)	นายสมพันธ์	เดชะอธิก	กรรมการ
(๓๑)	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา	อดุลยานนท์	กรรมการ
(๓๒)	นายสุพัฒน์	ธนะพิงค์พงษ์	กรรมการ
(๓๓)	นายสุรเดช	เดชคุ้มวงศ์	กรรมการ
(๓๔)	นายสุรพงษ์	พรหมเท้า	กรรมการ
(๓๕)	นายแพทย์สุรพจน์	สุวรรณพานิช	กรรมการ
(๓๖)	รองศาสตราจารย์สุริชัย	หวันแก้ว	กรรมการ
(๓๗)	เลขาธิการแพทยสภาหรือผู้แทน		กรรมการ
(๓๘)	เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ หรือผู้แทน		กรรมการ
(๓๙)	ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือผู้แทน		กรรมการ
(๔๐)	เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ		กรรมการและเลขานุการ
(๔๑)	นางกรรณิการ์	บรรเทิงจิตร	ผู้ช่วยเลขานุการ

บัญชีรายชื่อกลุ่มเครือข่ายสมาชิกสมาคมศิษย์ชาสุภาพแห่งชาติ ในการประชุมสมาชิชาสุภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ พ.ศ.๒๕๕๒

สมาชิกสมาชิชาสุภาพแห่งชาติ ประกอบด้วยกลุ่มเครือข่ายต่างๆ ทั้งกลุ่มเครือข่ายพื้นที่ และกลุ่มเครือข่ายที่มีผู้ใช้แทนจากพื้นที่ รวมทั้งสิ้น ๑๔๐ กลุ่ม ดังนี้

๑. กลุ่มเครือข่ายพื้นที่ ๗๖ จังหวัด จำนวน ๗๖ กลุ่ม

- กำหนดให้ ๑ จังหวัด คือ ๑ กลุ่ม

- องค์ประกอบของผู้แทนกลุ่มเครือข่าย ให้ประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานภาครัฐ/การเมือง ภาควิชาการและภาคประชาชน โดยมีการพิจารณาจัดองค์ประกอบอย่างเหมาะสม และให้มีกระบวนการที่เป็นระบบในแต่ละพื้นที่ โดยอาจเชิญภาคี/เครือข่าย ๓ ภาคส่วน ในจังหวัดประชุมร่วมกัน มีการศึกษาร่างมติในระเบียบวาระการประชุม เปรียบเทียบกับสถานการณ์จริงในพื้นที่ และปรึกษาหารือร่วมกันเพื่อให้ได้ความเห็นของพื้นที่ รวมทั้งคัดเลือกตัวแทนที่เหมาะสม เข้าร่วมสมาชิชาสุภาพแห่งชาติ โดยให้มีสัดส่วนของผู้แทนทั้ง ๓ ภาคส่วนอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ควรมีผู้แทนที่เป็นเยาวชนเข้าร่วมประชุมด้วย

๒. กลุ่มเครือข่ายที่มีผู้ใช้แทนจากพื้นที่

จัดกลุ่มเครือข่ายตามภาคส่วนหลัก (๓ ภาคส่วน) จำนวน ๑๐๔ กลุ่ม คือ กลุ่มเครือข่ายภาคประชาสังคมและเอกชน, กลุ่มเครือข่ายภาควิชาชีพ/วิชาการ, กลุ่มเครือข่ายภาคการเมือง/ราชการ/องค์กรภาครัฐ

๒.๑ กลุ่มเครือข่ายภาคประชาสังคมและเอกชน จำนวน ๓๒ กลุ่ม

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
๑	เครือข่ายผู้หญิงกับการพัฒนาวิชาการ / พลักดันเคลื่อนไหว	
(๑)	มูลนิธิผู้หญิง	
(๒)	สภาสตรีแห่งชาติ	
(๓)	เครือข่ายผู้หญิงเพื่อความก้าวหน้าและสันติภาพ	
(๔)	สถาบันผู้หญิงกับการเมือง	
(๕)	มูลนิธิส่งเสริมโอกาสผู้หญิง	
(๖)	สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีฯ	
(๗)	มูลนิธิอาเซียน	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
(๘)	สมาคมติดตามการพัฒนาสตรีในประเทศไทย	
(๙)	มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง	
(๑๐)	สหพันธ์สตรีเพื่อสันติภาพโลกประเทศไทย	
(๑๑)	มูลนิธิสถาบันวิจัยบทบาทหญิงชายและการพัฒนา	
๒	เครือข่ายผู้หญิงกับการช่วยเหลือ / สงเคราะห์	
(๑)	กลุ่มบูรณาการแรงงานสตรี	
(๒)	กลุ่มสตรีมุสลิมอาสาสมัคร	
(๓)	มูลนิธิเพื่อนหญิง	
(๔)	สมาคมรักแม่	
(๕)	สมาคมผู้ประกอบการสตรี	
(๖)	สมาคมช่างเสื้อสตรีไทย	
๓	เครือข่ายเด็กกับครอบครัว การศึกษาและสื่อ	
(๑)	มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว	
(๒)	มูลนิธิส่งเสริมสถาบันครอบครัว	
(๓)	สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ฯ	
(๔)	มูลนิธิเกียรติร่วมมิตรเพื่อการศึกษา	
(๕)	มูลนิธิคุ้มครองเด็ก	
(๖)	มูลนิธิเพื่อการฟื้นฟูพัฒนาเด็กและครอบครัว	
(๗)	สมาคมศูนย์ข่าวเยาวชนไทย	
(๘)	มูลนิธิสื่อชาวบ้าน(มะขามป้อม)	
๔	เครือข่ายเด็กเยาวชนกับการพัฒนา	
(๑)	ศูนย์ประสานงานเด็กและเยาวชนสร้างสรรค์เพื่อชีวิตและสิ่งแวดล้อม	
(๒)	สภาองค์การพัฒนาเด็กและเยาวชนในพระราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระเทพฯ	
(๓)	ศูนย์ประสานงานเครือข่ายคณะทำงานเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย	
(๔)	สมาคมศูนย์พัฒนาเยาวชน (YPDC)	
(๕)	สภาเยาวชนกรุงเทพมหานคร	
(๖)	กลุ่มเยาวชน YIY	
(๗)	กลุ่มเยาวชน Black Box	
(๘)	มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
(๙)	ศูนย์พัฒนาเยาวชน	
(๑๐)	สหทัยมูลนิธิ	
(๑๑)	มูลนิธิสถานฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนสิรินธร	
(๑๒)	มูลนิธิพัฒนาชีวิตชนบท	
(๑๓)	มูลนิธิสร้างสรรค์เด็ก	
(๑๔)	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทิวเขา	
(๑๕)	ศูนย์ประสานงานเยาวชนเพื่อเยาวชน(กลุ่มเดียวกับ YCC)	
(๑๖)	เครือข่ายเยาวชนเพื่อการพัฒนา	
(๑๗)	เยาวชนประชาธิปไตย	
๕	เครือข่ายเด็กเยาวชนกับการบำเพ็ญประโยชน์และสงเคราะห์	
(๑)	สมาคมผู้บำเพ็ญประโยชน์แห่งประเทศไทยฯ	
(๒)	มูลนิธิดวงประทีป	
(๓)	มูลนิธิช่วยเหลือเด็กกำพร้าสตรีไทยมุสลิมฯ	
(๔)	มูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก	
(๕)	พิระยานุเคราะห์มูลนิธิ	
(๖)	มูลนิธิเด็กอ่อนในสลัมฯ	
(๗)	สมาคมสงเคราะห์เด็กกำพร้าแห่งประเทศไทย	
(๘)	สมาคมสวัสดิการเด็กในประเทศไทย	
(๙)	เบญจมาฆาลัยสมาคม ในพระบรมราชูปถัมภ์	
(๑๐)	สัมมาชีวิตศิลป์มูลนิธิ	
(๑๑)	สภาเยาวชนคาทอลิกแห่งประเทศไทย	
(๑๒)	สมาคมบ้านเยาวชนแห่งประเทศไทย	
(๑๓)	มูลนิธิเพื่อเยาวชนชนบท	
(๑๔)	มูลนิธิสันติสุข	
(๑๕)	มูลนิธิศึกษาเอเชีย	
๖	เครือข่ายคนพิการ	
(๑)	คณะกรรมการสุขภาพคนพิการ	
(๒)	สมาคมคนหูหนวกแห่งประเทศไทย	
(๓)	มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
(๔)	สมาคมคนพิการทางการเคลื่อนไหวสากล	
(๕)	สมาคมคนพิการแห่งประเทศไทย	
(๖)	สมาคมผู้ปกครองบุคคลที่บกพร่องทางสติปัญญา	
(๗)	สมาคมผู้ปกครองบุคคลออทิสซึม (ไทย)	
(๘)	สมาคมเพื่อคนพิการทางสติปัญญาแห่งประเทศไทย	
(๙)	สมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทย	
(๑๐)	มูลนิธิออทิสติกไทย	
(๑๑)	มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ	
(๑๒)	มูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทยฯ	
(๑๓)	มูลนิธิคนพิการไทย	
(๑๔)	มูลนิธิส่งเสริมและพัฒนาดคนพิการ	
(๑๕)	มูลนิธิอนุเคราะห์คนพิการ ในพระบรมราชูปถัมภ์	
(๑๖)	มูลนิธิอนุเคราะห์คนหูหนวก ในพระบรมราชูปถัมภ์	
(๑๗)	มูลนิธิช่วยคนปัญญาอ่อนแห่งประเทศไทย	
(๑๘)	มูลนิธิคอลฟิลด์เพื่อคนตาบอดฯ	
(๑๙)	องค์การคนพิการสากลประจำภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก	
(๒๐)	สภาศูนย์การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการประเทศไทย	
(๒๑)	สภาคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย	
๗	เครือข่ายผู้สูงอายุ	
(๑)	สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย	
(๒)	สภาผู้สูงอายุแห่งชาติ กรมประชาสงเคราะห์	
(๓)	สมาคมคลังปัญญาอาวุโสแห่งประเทศไทย	
(๔)	มูลนิธิศูนย์สงเคราะห์ผู้สูงอายุ	
(๕)	สมาคมส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุ	
(๖)	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)	
๘	เครือข่ายเศรษฐกิจพอเพียง / ประชาชนชาวบ้าน	
(๑)	ชุมนุมสหกรณ์เครดิตยูเนียนแห่งประเทศไทย	
(๒)	สถาบันเศรษฐกิจพอเพียง	
(๓)	ชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
๙	เครือข่ายแรงงาน	
(๑)	เครือข่ายแรงงานนอกระบบ ๔ ภาค	
(๒)	คณะกรรมการสมานฉันท์แรงงานไทย	
(๓)	สภาเครือข่ายกลุ่มผู้ป่วยจากการทำงานและสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย (WEPT)	
(๔)	มูลนิธิเพื่อการพัฒนาแรงงานและอาชีพ	
(๕)	สหกรณ์สามล้อมวลชน จำกัด	
(๖)	มูลนิธิเพื่อแรงงานหญิง	
(๗)	เครือข่ายส่งเสริมคุณภาพชีวิตแรงงาน	
(๘)	สหกรณ์แท็กซี่รวมมิตร จำกัด	
(๙)	สหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจสัมพันธ์ (องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพฯ)	
๑๐	เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข	
(๑)	สมาคมการอาสาสมัครเพื่อพัฒนาสังคมไทย	
(๒)	สมาคมอาสาสมัครสาธารณสุขภาคกลางเพื่อสังคม	
(๓)	สมาคมอาสาสมัครสาธารณสุขภาคเหนือ	
(๔)	สมาคมอาสาสมัครสาธารณสุขภาคใต้	
(๕)	สมาคมอาสาสมัครสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	
(๖)	ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร	
๑๑	เครือข่ายสื่อ	
(๑)	สมาคมนักประชาสัมพันธ์แห่งประเทศไทย	
(๒)	สมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย	
(๓)	สมาคมนักวิทยุและโทรทัศน์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์	
(๔)	สมาคมนักหนังสือพิมพ์ภูมิภาคแห่งประเทศไทย	
(๕)	สมาคมหนังสือพิมพ์ส่วนภูมิภาคแห่งประเทศไทย	
(๖)	สมาคมนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย	
(๗)	สมาคมช่างภาพสื่อมวลชนแห่งประเทศไทย	
(๘)	สมาคมผู้สื่อข่าวต่างประเทศแห่งประเทศไทย	
(๙)	สภาการหนังสือพิมพ์แห่งชาติ	
(๑๐)	มูลนิธิอิศรา อมันตกุล	
(๑๑)	สมาคมเคเบิลทีวีแห่งประเทศไทย	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
(๑๒)	สมาพันธ์วิทยุชุมชนแห่งประเทศไทย	
(๑๓)	คณะกรรมการรณรงค์เพื่อการปฏิรูปสื่อ	
(๑๔)	เครือข่ายบรรณาธิการหนังสือพิมพ์ท้องถิ่นภาคใต้	
(๑๕)	เครือข่ายพันธมิตรสื่อสมาชิกวิชาชีพ	
๑๒	เครือข่ายนักกฎหมาย	
(๑)	สภาทนายความ	
(๒)	สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	
(๓)	สมาคมบัณฑิตสตรีทางกฎหมายแห่งประเทศไทยฯ	
(๔)	มูลนิธิศูนย์กฎหมายสิ่งแวดล้อม ประเทศไทย	
๑๓	เครือข่ายธุรกิจ	
(๑)	หอการค้าไทยและสภาหอการค้าแห่งประเทศไทย	
(๒)	สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย	
(๓)	สมาคมธนาคารไทย	
(๔)	สมาคมส่งเสริมผู้ประกอบการวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมไทย	
(๕)	สภาธุรกิจตลาดทุนไทยและสมาคมในสังกัด	
(๖)	สภาอุตสาหกรรมท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยและสมาคมในสังกัด	
๑๔	เครือข่ายธุรกิจเพื่อสังคม	
(๑)	เครือข่ายธุรกิจเพื่อสังคมและสิ่งแวดล้อม	
(๒)	เครือข่าย CSR	
(๓)	กลุ่มธุรกิจเพื่อสังคม	
(๔)	ชมรมรัฐวิสาหกิจเพื่อชุมชน	
(๕)	มูลนิธิโรตารีแห่งประเทศไทย	
(๖)	สโมสรไลออนส์ประเทศไทย	
(๗)	คณะกรรมการนักธุรกิจเพื่อสิ่งแวดล้อมไทย	
(๘)	CSR Club	
(๙)	เครือข่ายธุรกิจ sms คุณธรรม	
(๑๐)	ชมรมส่งเสริมคุณธรรมทางการเงินและสังคม	
(๑๑)	เครือข่าย CSR-DIW	
(๑๒)	เครือข่ายวิสาหกิจชุมชน	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
๑๕	เครือข่ายธุรกิจด้านสุขภาพ	
(๑)	สมาคมโรงพยาบาลเอกชน	
(๒)	สมาคมไทยอุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบัน	
(๓)	สมาคมร้านขายยา	
(๔)	สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ (PReMA)	
(๕)	ชมรมร้านขายยาแห่งประเทศไทย	
(๖)	สมาคมประกันชีวิตไทย	
(๗)	สมาคมอุตสาหกรรมเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ไทย	
(๘)	สมาคมประกันวินาศภัย	
(๙)	สมาคมการตลาดแห่งประเทศไทย	
(๑๐)	สมาคมอาหารเสริมสุขภาพ	
(๑๑)	สมาคมผู้ผลิตสบู่ไทย สิ่งขำระล้างและผลิตภัณฑ์ส่วนบุคคล	
(๑๒)	สมาคมผู้ผลิตเครื่องสำอางไทย	
(๑๓)	สมาคมประกันวินาศภัย	
(๑๔)	สมาคมโฆษณาธุรกิจแห่งประเทศไทย	
(๑๕)	สมาคมผู้ผลิตยาสมุนไพร	
(๑๖)	ชมรมเภสัชกรขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์	
(๑๗)	สมาคมผู้ผลิตถุงมือยางไทย	
(๑๘)	สมาคมการขายโดยตรง (ไทย)	
(๑๙)	เภสัชพาณิชย์สมาคม	
(๒๐)	สมาคมการค้ากลุ่มยาและเวชภัณฑ์	
(๒๑)	สมาคมผู้ค้าเวชภัณฑ์สำหรับสัตว์	
๑๖	เครือข่ายสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนา / รณรงค์	
(๑)	กลุ่มศึกษาและรณรงค์มลภาวะอุตสาหกรรม	
(๒)	สถาบันสิ่งแวดล้อมไทย	
(๓)	มูลนิธิเพื่อสันติภาพเขียว (กรีนพีซ)	
(๔)	มูลนิธิคุ้มครองสัตว์ป่าและพรรณพืชแห่งประเทศไทยฯ	
(๕)	มูลนิธิพิทักษ์สิ่งแวดล้อมและการท่องเที่ยว	
(๖)	สมาคมวิศวกรรมสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
(๗)	สถาบันธรรมรัฐเพื่อการพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม	
(๘)	มูลนิธิโบไมสี่เขียว	
๑๗	เครือข่ายสิ่งแวดล้อมเพื่ออนุรักษ์ / พื้นฟู	
(๑)	มูลนิธิโลกสีเขียว	
(๒)	มูลนิธิป้องกันควันพิษและพิทักษ์สิ่งแวดล้อม	
(๓)	มูลนิธิสืบนาคะเสถียร	
(๔)	ชมรมอนุรักษ์สภาพแวดล้อม	
(๕)	มูลนิธิกระต่ายในดวงจันทร์	
๑๘	เครือข่ายภูมิปัญญาท้องถิ่น	
(๑)	สมาพันธ์แพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย	
(๒)	มูลนิธิพัฒนาการแพทย์แผนไทย	
(๓)	มูลนิธิเพื่อพัฒนาการแพทย์ทางเลือก (ประเทศไทย)	
(๔)	เครือข่ายสุขภาพวิถีไทย (๔ ภาค)	
๑๙	เครือข่ายพัฒนาสังคม ๑	
(๑)	คณะกรรมการประสานงานองค์กรพัฒนาเอกชน (กปอพช.)	
(๒)	มูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม	
(๓)	มูลนิธิบูรณะชนบทแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์	
(๔)	มูลนิธิพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี	
๒๐	เครือข่ายพัฒนาสังคม ๒	
(๑)	สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา (LDI)	
(๒)	บางกอกฟอรัม	
(๓)	สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน	
(๔)	มูลนิธิการเรียนรู้และพัฒนาประชาสังคม	
(๕)	คณะกรรมการประสานงานองค์กรพัฒนาเอกชนด้านชุมชนแออัด	
(๖)	มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย	
(๗)	มูลนิธิชุมชนไท	
๒๑	เครือข่ายเกษตรและอาหาร	
(๑)	มูลนิธิเกษตรกรรมยั่งยืน (ประเทศไทย)	
(๒)	มูลนิธิกสิกรรมธรรมชาติ	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
(๓)	เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือก	
(๔)	เครือข่ายกสิกรรมไร้สารพิษแห่งประเทศไทย	
(๕)	มูลนิธิมาตรฐานเกษตรอินทรีย์	
(๖)	สถาบันชุมชนเกษตรกรรมยั่งยืน	
(๗)	ชมรมถ่ายทอดเทคโนโลยีการเกษตร	
(๘)	ชมรมเกษตรปลอดสารพิษ	
๒๒	เครือข่ายจิตอาสาเพื่อการสงเคราะห์	
(๑)	มูลนิธิพุทธฉือจี้ไต้หวันแห่งประเทศไทย	
(๒)	มูลนิธิปอเต็กตึ๊ง	
(๓)	มูลนิธิร่วมกตัญญู	
๒๓	เครือข่ายจิตอาสาเพื่อการพัฒนา	
(๑)	เครือข่ายจิตอาสา / Volunteer Spirit	
(๒)	จส.๑๐๐	
(๓)	ร่วมด้วยช่วยกัน	
(๔)	โครงการบัณฑิตอาสา ม.สงขลานครินทร์ (วช.หาดใหญ่)	
(๕)	สำนักบัณฑิตอาสาสมัคร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	
(๖)	กลุ่มอาสา เสถียรธรรมสถาน	
๒๔	เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะประเด็น	
(๑)	มูลนิธิเมาไม่ขับ	
(๒)	มูลนิธิเข้าถึงเอดส์	
(๓)	มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่	
(๔)	ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)	
(๕)	เครือข่ายวิชาชีพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่	
(๖)	ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา	
(๗)	ชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพแห่งประเทศไทย	
(๘)	สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย	
(๙)	เครือข่ายองค์กรงดเหล้า	
(๑๐)	ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน	
(๑๑)	เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
๒๕	เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพองค์กรรวม	
(๑)	มูลนิธิสุขภาพไทย	
(๒)	มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา	
(๓)	มูลนิธิหมอชาวบ้าน	
(๔)	มูลนิธิพัฒนาสุขภาพสังคม	
(๕)	ชมรมอยู่ร้อยปีชีวิมิสุข	
๒๖	เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ และผลิตภัณฑ์สุขภาพ	
(๑)	กลุ่มศึกษาปัญหายา	
(๒)	เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์	
(๓)	สำนักงานแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	
(๔)	ชมรมเพื่อนโรคไต	
๒๗	เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคทั่วไป	
(๑)	สหพันธ์องค์กรผู้บริโภค	
(๒)	มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค	
(๓)	FTA Watch	
(๔)	สภาเครือข่ายกลุ่มผู้ป่วยจากการทำงานและสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย	
๒๘	เครือข่ายศาสนธรรม (ศาสนาพุทธ)	
(๑)	ยุวพุทธิกสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์	
(๒)	เครือข่ายพุทธิก : เพื่อพระพุทธศาสนาและสังคม	
(๓)	มูลนิธิพุทธธรรม	
(๔)	พุทธสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์	
(๕)	เครือข่ายสันติอโศก	
(๖)	เสถียรธรรมสถาน	
๒๙	เครือข่ายศาสนธรรม (ศาสนาคริสต์)	
(๑)	คณะกรรมการคาทอลิกเพื่อการพัฒนา	
(๒)	สหกิจคริสเตียนแห่งประเทศไทย	
(๓)	สภาคาทอลิกแห่งประเทศไทยเพื่อการพัฒนา	
(๔)	สภาคริสตจักรในประเทศไทย	
(๕)	สมาคมคาทอลิกแห่งประเทศไทย	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
๓๐	เครือข่ายศาสนธรรม (ศาสนาอิสลาม)	
(๑)	มูลนิธิเพื่อศูนย์กลางอิสลามแห่งประเทศไทย	
(๒)	เครือข่ายมุสลิมเอเชีย	
(๓)	มูลนิธิอิสลามเพื่อพัฒนาสังคมไทยและเศรษฐกิจแห่งประเทศไทย	
(๔)	สมาคมยุวมุสลิมแห่งประเทศไทย	
(๕)	เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพะมุสลิมไทย	
๓๑	เครือข่ายเฉพาะ	
(๑)	เครือข่ายคนไร้รัฐ	
(๒)	เครือข่ายชนเผ่าพื้นเมืองแห่งประเทศไทย	
(๓)	กลุ่มอัตลักษณ์ทางเพศ	
๓๒	เครือข่ายสภาองค์กรชุมชน	
(๑)	อนุกรรมการดำเนินงานสภาองค์กรชุมชน	

๒.๒ กลุ่มเครือข่ายภาควิชาการ/วิชาชีพ จำนวน ๒๕ กลุ่ม

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
๑	เครือข่ายวิชาชีพแพทยศาสตร์	
(๑)	แพทยสภาและองค์การภายใต้แพทยสภา	
(๒)	แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย	
๒	เครือข่ายสถาบันการศึกษาแพทยศาสตร์	
(๑)	กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งประเทศไทย	
๓	เครือข่ายวิชาชีพเภสัชศาสตร์	
(๑)	สภาเภสัชกรรม	
(๒)	สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย)	
(๓)	สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล	
๔	เครือข่ายสถาบันการศึกษาเภสัชศาสตร์	
(๑)	คณะกรรมการอำนวยการศูนย์ประสานงานการศึกษาเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทย	
๕	เครือข่ายวิชาชีพทันตแพทยศาสตร์	
(๑)	ทันตแพทยสภา	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
(๒)	สมาคมทันตแพทย์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์	
๖	เครือข่ายสถาบันการศึกษาทันตแพทยศาสตร์	
(๑)	องค์กรผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย	
๗	เครือข่ายวิชาชีพพยาบาลศาสตร์	
(๑)	สภาการพยาบาล	
(๒)	สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย	
๘	เครือข่ายสถาบันการศึกษาพยาบาลศาสตร์	
(๑)	กลุ่มสถาบันการศึกษาพยาบาลศาสตร์	
๙	เครือข่ายวิชาชีพเทคนิคการแพทย์	
(๑)	สภาเทคนิคการแพทย์	
(๒)	สมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย	
๑๐	เครือข่ายสถาบันการศึกษาเทคนิคการแพทย์	
(๑)	กลุ่มสถาบันการศึกษาเทคนิคการแพทย์	
๑๑	เครือข่ายวิชาชีพกายภาพบำบัด	
(๑)	สมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย	
(๒)	สภากายภาพบำบัด	
๑๒	เครือข่ายสถาบันการศึกษากายภาพบำบัด	
(๑)	กลุ่มสถาบันการศึกษากายภาพบำบัด	
๑๓	เครือข่ายคณะกรรมการวิชาชีพตาม พ.ร.บ.ประกอบโรคศิลปะ	
(๑)	คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์	
(๒)	คณะกรรมการวิชาชีพสาขากิจกรรมบำบัด	
(๓)	คณะกรรมการวิชาชีพสาขาจิตวิทยาคลินิก	
(๔)	คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย	
(๕)	คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย	
(๖)	คณะกรรมการวิชาชีพสาขารังสีเทคนิค	
(๗)	คณะกรรมการวิชาชีพสาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก	
๑๔	เครือข่ายสถาบันการศึกษาสาธารณสุขศาสตร์	
(๑)	เครือข่ายสถาบันการศึกษาสาธารณสุขศาสตร์	
๑๕	เครือข่ายสถาบันการศึกษาด้านสังคมศาสตร์และสิ่งแวดล้อม	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
(๑)	คณะสังคมศาสตร์และมานุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	
(๒)	คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์	
(๓)	คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์	
(๔)	คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	
(๕)	คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	
(๖)	คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	
(๗)	วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
(๘)	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา มหาวิทยาลัยมหิดล	
(๙)	สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล	
(๑๐)	สถาบันวิจัย โภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล	
(๑๑)	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	
(๑๒)	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
๑๖	เครือข่ายหมออนามัย	
(๑)	สมาคมหมออนามัยแห่งชาติ	
(๒)	มูลนิธิหมออนามัยแห่งชาติ	
๑๗	เครือข่ายวิชาชีพด้านสุขภาพ (บริหาร)	
(๑)	ชมรมนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	
(๒)	ชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป	
(๓)	ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย	
(๔)	ชมรมผู้บริหารการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน	
๑๘	เครือข่ายวิชาชีพด้านสุขภาพ	
(๑)	ชมรมแพทย์ชนบท / มูลนิธิแพทย์ชนบท	
(๒)	ชมรมเภสัชชนบท	
(๓)	ชมรมทันตสาธารณสุข	
(๔)	ชมรมพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย	
(๕)	สมาคมสุขศึกษา พลศึกษาและสันทนาการแห่งประเทศไทย	
๑๙	เครือข่ายสถาบันวิชาการ ๑	
(๑)	สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.)	
(๒)	สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
(๓)	สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
(๔)	สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น (RDI)	
๒๐	เครือข่ายสถาบันวิชาการ ๒	
(๑)	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)	
(๒)	สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)	
๒๑	เครือข่ายสถาบันวิชาการ ๓	
(๑)	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.)	
(๒)	มูลนิธิสตรี-สตรีศึกษา (มสส.)	
(๓)	มูลนิธินโยบายสุขภาพ (มนส.)	
๒๒	เครือข่ายสถาบันวิชาการ ๔	
(๑)	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)	
(๒)	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)	
(๓)	สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)	
(๔)	สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.)	
(๕)	สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ	
(๖)	สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชน (สสท.)	
(๗)	สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)	
๒๓	เครือข่ายสถาบันวิชาการ ๕	
(๑)	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)	
(๒)	สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.)	
(๓)	ศูนย์ความร่วมมือระดับภูมิภาคเอเชียการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับไข้หวัดนก	
(๔)	สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.)	
(๕)	สมาคมพัฒนาอนามัยแห่งประเทศไทย	
๒๔	เครือข่ายสถาบันวิชาการด้านรัฐศาสตร์	
(๑)	เครือข่ายคณะรัฐศาสตร์ภาคใต้	
(๒)	คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
(๓)	คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	
(๔)	คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง	
(๕)	คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนศาสตร์	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
(๖)	สาขาวิชารัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช	
๒๕	เครือข่ายสถาบันวิชาการด้านสื่อสารสาธารณะ	
(๑)	คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
(๒)	คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช	
(๓)	คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ท่าพระจันทร์	
(๔)	สวนดุสิตโพล มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต	
(๕)	สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ	

๒.๓ กลุ่มเครือข่ายภาคการเมือง/ราชการ/องค์กรภาครัฐ จำนวน ๔๗ กลุ่ม

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
๑	กระทรวงกลาโหม	
(๑)	สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม	
(๒)	สำนักงานเลขาธิการกองบัญชาการทหารสูงสุด	
(๓)	กองบัญชาการกองทัพบก	
(๔)	สำนักงานเลขาธิการกองทัพเรือ	
(๕)	กองบัญชาการกองทัพอากาศ	
๒	กระทรวงการคลัง	
(๑)	สำนักงานปลัดกระทรวงการคลัง	
(๒)	โรงงานยาสูบ	
(๓)	องค์การสุรา	
๓	กระทรวงการต่างประเทศ	
(๑)	สำนักงานปลัดกระทรวงการต่างประเทศ	
(๒)	กรมเศรษฐกิจระหว่างประเทศ	
(๓)	กรมสนธิสัญญาและกฎหมาย	
(๔)	กรมองค์การระหว่างประเทศ	
๔	กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	
(๑)	สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	
(๒)	กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
(๓)	สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว	
(๔)	สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ	
๕	กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา	
(๑)	สำนักงานปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา	
(๒)	สำนักงานพัฒนาการกีฬาและนันทนาการ	
(๓)	สำนักงานพัฒนาการท่องเที่ยว	
๖	กระทรวงเกษตรและสหกรณ์	
(๑)	สำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์	
(๒)	กรมชลประทาน	
(๓)	กรมประมง	
(๔)	กรมปศุสัตว์	
(๕)	กรมวิชาการเกษตร	
(๖)	กรมส่งเสริมการเกษตร	
(๗)	สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ	
(๘)	สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร	
(๙)	กรมพัฒนาที่ดิน	
๗	กระทรวงคมนาคม	
(๑)	สำนักงานปลัดกระทรวงคมนาคม	
(๒)	กรมการขนส่งทางบก	
(๓)	สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งจราจร	
(๔)	กรมทางหลวง	
(๕)	กรมทางหลวงชนบท	
๘	กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	
(๑)	สำนักงานปลัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	
(๒)	กรมควบคุมมลพิษ	
(๓)	กรมทรัพยากรน้ำ	
(๔)	กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม	
(๕)	กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
(๖)	กรมป่าไม้	
(๗)	สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	
๘	กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร	
(๑)	สำนักงานปลัดกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร	
(๒)	สำนักงานสถิติแห่งชาติ	
(๓)	สำนักงานคณะกรรมการกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ	
๑๐	กระทรวงพลังงาน	
(๑)	สำนักงานปลัดกระทรวงพลังงาน	
(๒)	กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน	
(๓)	สำนักงานนโยบายและแผนพลังงาน	
๑๑	กระทรวงพาณิชย์	
(๑)	สำนักงานปลัดกระทรวงพาณิชย์	
(๒)	กรมการค้าภายใน	
(๓)	กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ	
(๔)	กรมทรัพย์สินทางปัญญา	
(๕)	กรมส่งเสริมการค้าส่งออก	
๑๒	กระทรวงมหาดไทย	
(๑)	สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย	
(๒)	กรมการปกครอง	
(๓)	กรมการพัฒนาชุมชน	
(๔)	กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย	
(๕)	กรมโยธาธิการและผังเมือง	
(๖)	กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	
๑๓	กระทรวงยุติธรรม	
(๑)	สำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรม	
(๒)	กรมควบคุมประพฤติ	
(๓)	กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ	
(๔)	กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน	
(๕)	สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
(๖)	กรมราชทัณฑ์	
๑๔	กระทรวงแรงงาน	
(๑)	สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน	
(๒)	กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน	
(๓)	กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน	
(๔)	สำนักงานประกันสังคม	
๑๕	กระทรวงวัฒนธรรม	
(๑)	สำนักงานปลัดกระทรวงวัฒนธรรม	
(๒)	สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ	
๑๖	กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	
(๑)	สำนักงานปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	
(๒)	กรมวิทยาศาสตร์บริการ	
(๓)	สำนักงานพลังงานปรมาณูเพื่อสันติ	
๑๗	กระทรวงศึกษาธิการ	
(๑)	สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ	
(๒)	สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา	
(๓)	สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน	
(๔)	สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา	
(๕)	สำนักงานคณะกรรมการอาชีวศึกษา	
(๖)	สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน	
๑๘	กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง	
(๑)	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
(๒)	องค์การเภสัชกรรม	
๑๙	กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์	
(๑)	กรมการแพทย์	
(๒)	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
(๓)	กรมสุขภาพจิต	
๒๐	กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข	
(๑)	กรมควบคุมโรค	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
(๒)	กรมอนามัย	
๒๑	กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสาธารณสุข	
(๑)	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	
(๒)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	
(๓)	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	
๒๒	กระทรวงอุตสาหกรรม	
(๑)	สำนักงานปลัดกระทรวงอุตสาหกรรม	
(๒)	กรมโรงงานอุตสาหกรรม	
(๓)	กรมส่งเสริมอุตสาหกรรม	
(๔)	สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม	
(๕)	การนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย	
๒๓	สำนักนายกรัฐมนตรี	
(๑)	สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี	
(๒)	สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี	
(๓)	สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี	
๒๔	องค์กรด้านสื่อสารมวลชนของรัฐ	
(๑)	กรมประชาสัมพันธ์	
(๒)	องค์การสื่อสารมวลชนแห่งประเทศไทย	
(๓)	องค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย	
๒๕	สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค	
(๑)	สำนักแผนและการพัฒนาการคุ้มครองผู้บริโภค	
(๒)	กองคุ้มครองผู้บริโภคด้านโฆษณา	
๒๖	สำนักงบประมาณ	
(๑)	สำนักอำนวยการ	
(๒)	สำนักนโยบายและแผนงบประมาณ	
๒๗	สถาบันคุ้มครองผู้บริโภคในกิจการโทรคมนาคม	
(๑)	สำนักสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งเครือข่าย	
(๒)	สำนักวิชาการและพัฒนานโยบาย	
๒๘	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
(๑)	สำนักยุทธศาสตร์และการวางแผนพัฒนาพื้นที่	
(๒)	สำนักยุทธศาสตร์ด้านนโยบายสาธารณะ	
๒๙	สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	
(๑)	กองบัญชาการตำรวจนครบาล	
(๒)	กองบัญชาการตำรวจปราบปรามยาเสพติด	
๓๐	สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	
(๑)	สำนักกิจการสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	
(๒)	สำนักส่งเสริมและประสานการมีส่วนร่วมองค์กรเครือข่าย	
๓๑	สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ	
(๑)	สำนักส่งเสริมและประสานงานเครือข่าย	
(๒)	สำนักคุ้มครองสิทธิมนุษยชน	
๓๒	สำนักงานศาล (ศาลปกครอง, ศาลรัฐธรรมนูญ, ศาลยุติธรรม)	
(๑)	สำนักงานศาลปกครอง	
(๒)	สำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ	
(๒)	สำนักงานศาลยุติธรรม	
๓๓	สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน	
๓๔	สถาบันพระปกเกล้า และสภาพัฒนาการเมือง	
๓๕	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
๓๖	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	
๓๗	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	
๓๘	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ (พัทยา)	
๓๙	สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย	
๔๐	สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย	
๔๑	สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย	
๔๒	ชมรมกำนันผู้ใหญ่บ้าน / สมาพันธ์ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย	
๔๓	พรรคการเมืองฝ่ายรัฐบาล	
๔๔	พรรคการเมืองฝ่ายค้าน	
๔๕	คณะกรรมการสิทธิการสามัญประจำสภาผู้แทนราษฎร	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
(๑)	คณะกรรมการกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุและผู้พิการ	
(๒)	คณะกรรมการการที่ดิน ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	
(๓)	คณะกรรมการการพัฒนาการเมือง การสื่อสารมวลชน และการมีส่วนร่วมของประชาชน	
(๔)	คณะกรรมการการสาธารณสุข	
๕๖	คณะกรรมการสามัญประจำวุฒิสภา	
(๑)	คณะกรรมการการพัฒนาการเมืองและการมีส่วนร่วมของประชาชน	
(๒)	คณะกรรมการการพัฒนาสังคมและกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาส	
(๓)	คณะกรรมการการศาสนา คุณธรรม จริยธรรม ศิลปะและวัฒนธรรม	
(๔)	คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา	
๕๗	กลุ่มองค์กรด้านศาสนธรรมและจริยธรรม	
(๑)	กรมการศาสนา	
(๒)	สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ	
(๓)	ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาพลังแผ่นดินเชิงคุณธรรม	



สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.)

ชั้น ๒ อาคาร ๘๘/๓๗ ถนนพหลโยธิน ๑๔

ตำบลศาลายา อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๒๓๐๔ โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๒๓๑๑

www.nationalhealth.or.th

