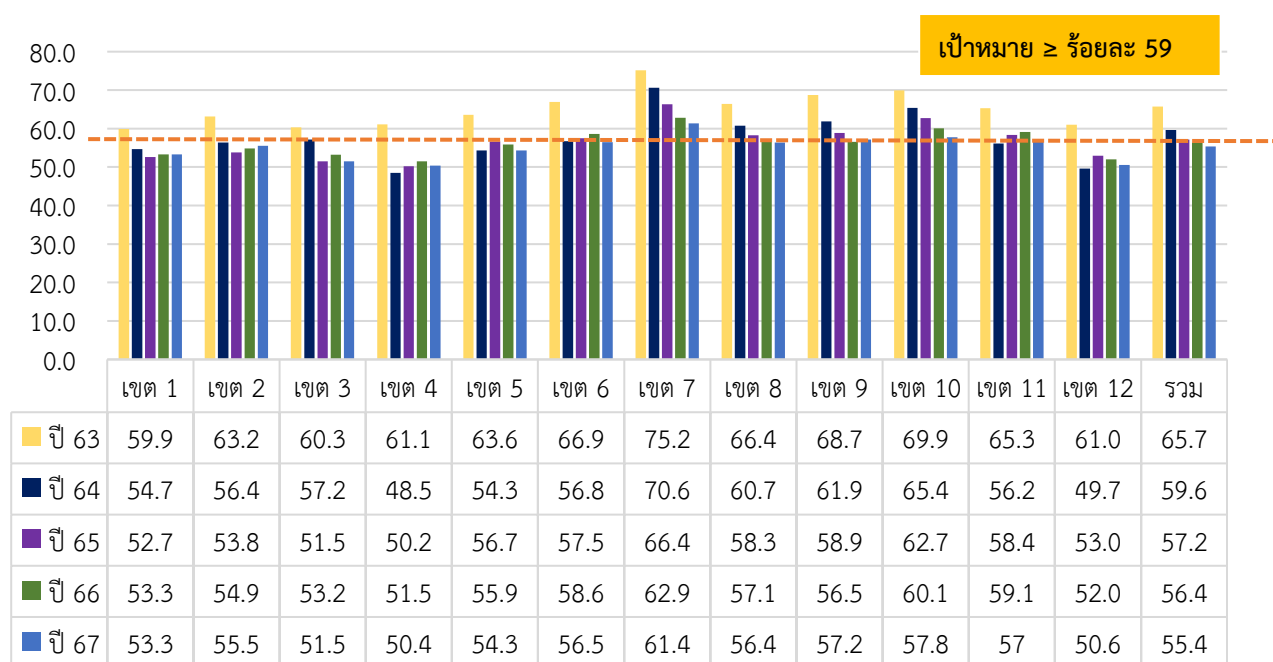


1.Assessment มีบทวิเคราะห์สถานการณ์ของตัวชี้วัด มีข้อมูลสารสนเทศที่นำมาใช้
ผลการรายงานผลการวิเคราะห์ตามตัวชี้วัด 3.15 ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน
รอบ 5 เดือนแรก ปีงบประมาณ 2568

1.1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ของตัวชี้วัด

สถานการณ์ภาวะโภชนาการ

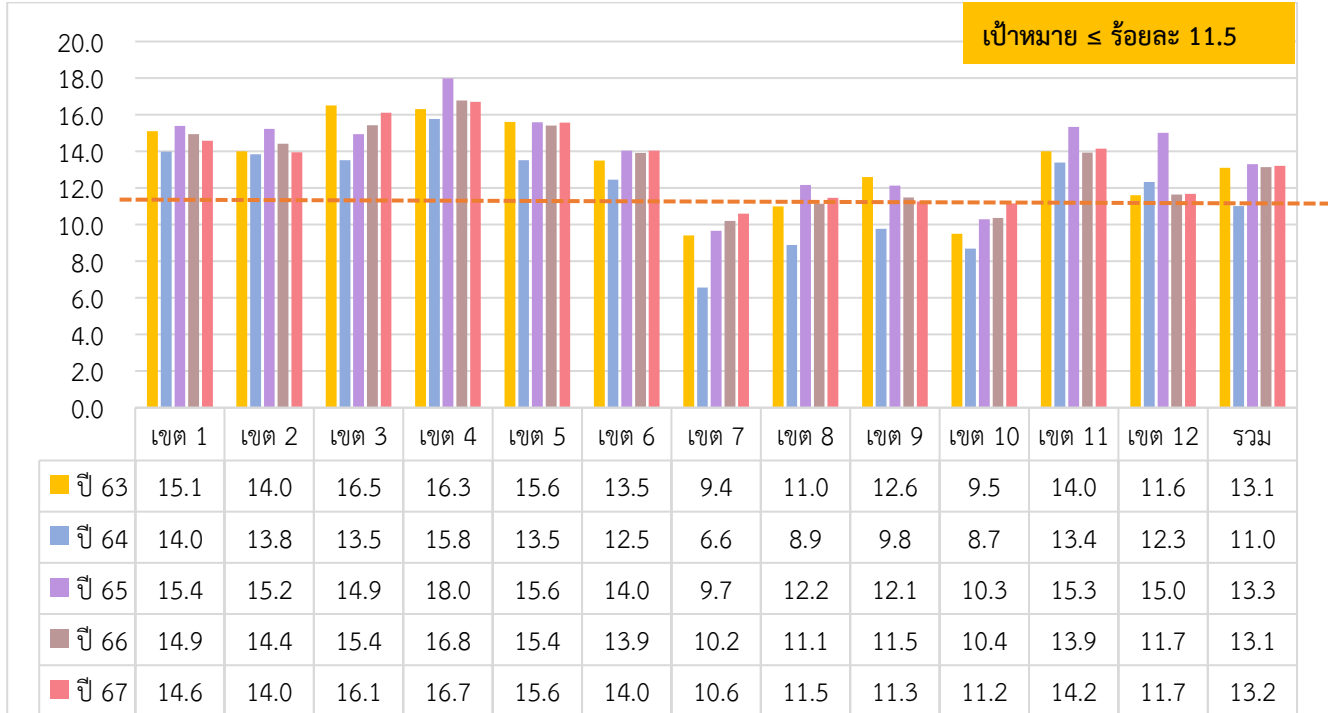
- ผลผลิต/ผลลัพธ์ ระดับ C (Comparisons) การเปรียบเทียบ
แผนภูมิที่ 1 ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน จำแนกรายเขต



ข้อมูลจาก HDC เทอม 1 วันที่ 30 ก.ย.2567

สถานการณ์สูงดีสมส่วนของเด็กอายุ 6-14 ปี รายเขตสุขภาพ ปี 2563 ถึง 2567 พบว่าภาพรวมประเทศ สถานการณ์สูงดีสมส่วน ร้อยละ 55.4 ไม่บรรลุค่าเป้าหมาย (ค่าเป้าหมายสูงดีสมส่วน \geq ร้อยละ 59) ในปี 2567 เขตสุขภาพ ที่ 7 มีความชุกของเด็กสูงดีสมส่วนมากที่สุดร้อยละ 61.4 รองลงมาคือเขตสุขภาพที่ 10 สูงดีสมส่วน ร้อยละ 57.8 รองลงมาคือเขตสุขภาพที่ 9 11 และ 6 เขตที่มีความชุกของเด็กสูงดีสมส่วนน้อยที่สุดคือเขตสุขภาพที่ 4 ร้อยละ 50.4 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 โดยพบว่าทุกเขตความชุกสูงดีสมส่วนต่ำกว่าค่าเป้าหมายประเทศ (สูงดีสมส่วน \geq ร้อยละ 59) ยกเว้น เขต 7

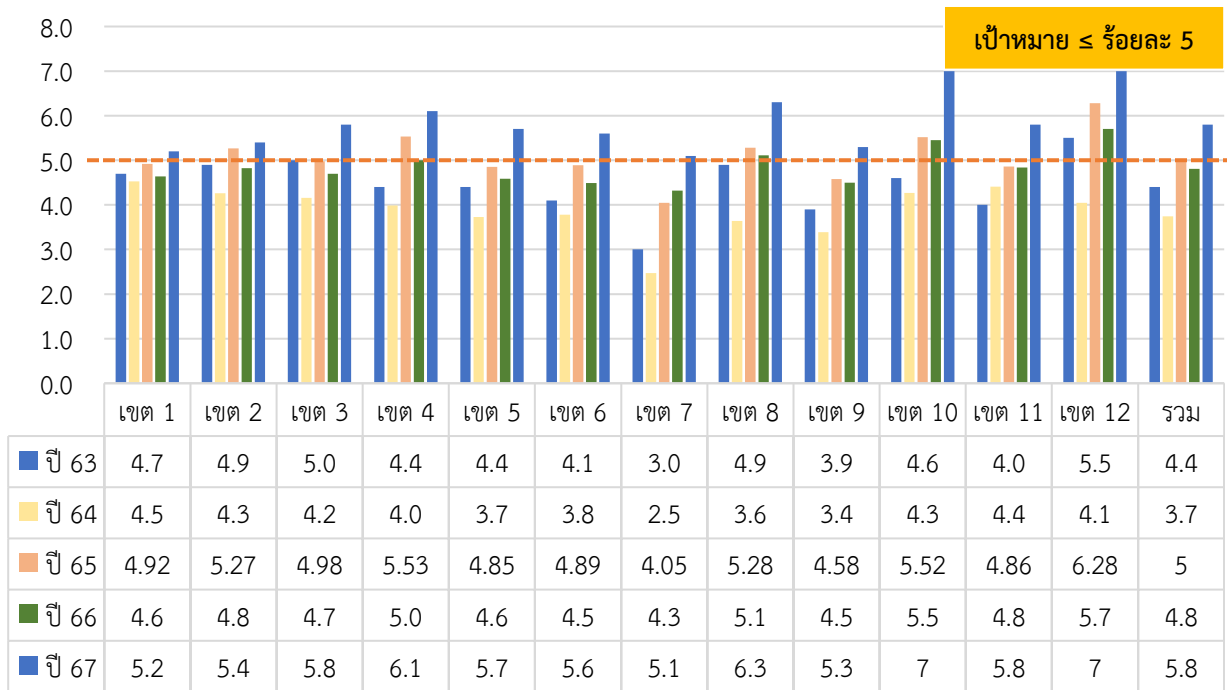
แผนภูมิที่ 2 ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน จำแนกรายเขต



ข้อมูลจาก HDC เทอม 1 วันที่ 30 ก.ย.2567

สถานการณ์เริ่มอ้วนและอ้วนของเด็กอายุ 6-14 ปี รายเขตสุขภาพ ปี 2563 ถึง 2567 พบว่าภาพรวมประเทศ สถานการณ์เริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 13.2 เกินค่าเป้าหมาย (เริ่มอ้วนและอ้วน ≤ ร้อยละ 11.5) ในปี 2567 พบว่าเขตสุขภาพ ที่ 7 พบความชุกของเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนน้อยที่สุดและไม่เกินค่าเป้าหมาย ร้อยละ 10.6 รองลงมา คือเขตสุขภาพ ที่ 10 9 และ 8 ตามลำดับ โดยเขตสุขภาพที่ 4 มีความชุกของเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนมากที่สุด ร้อยละ 16.7 ดังแสดง ในแผนภูมิที่ 2

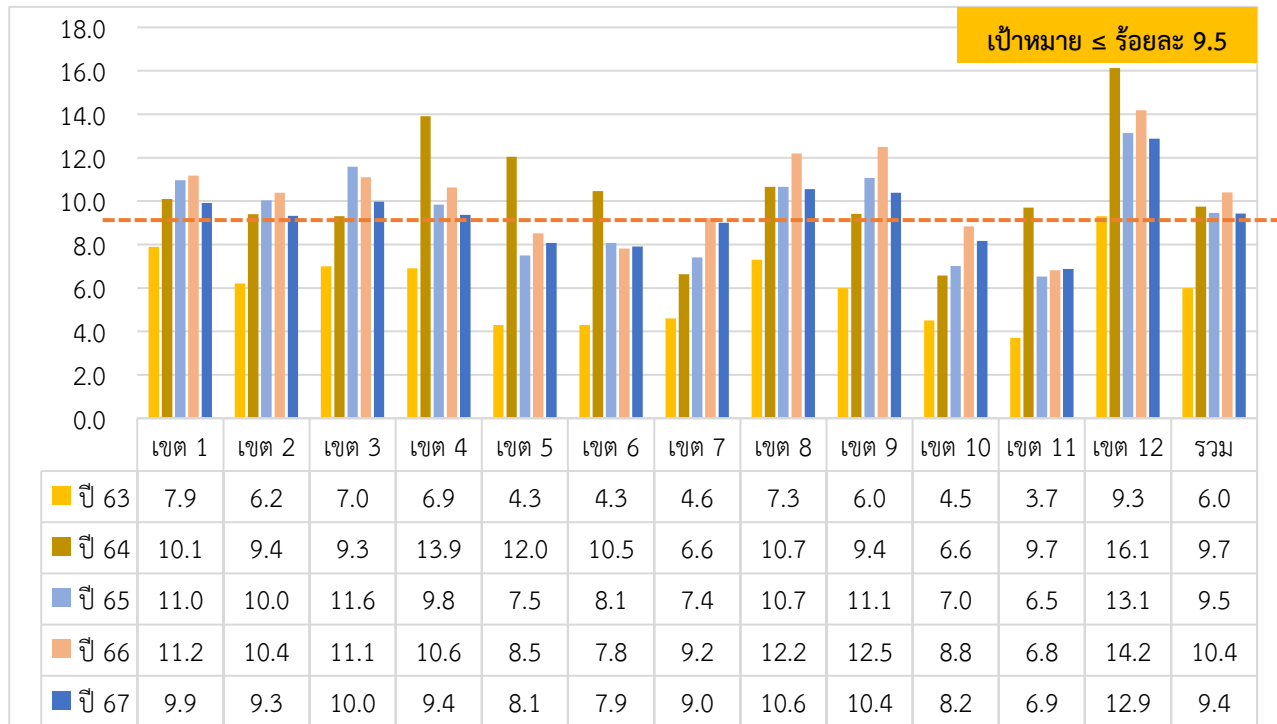
แผนภูมิที่ 3 ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะพอม จำแนกรายเขต



ข้อมูลจาก HDC เทอม 1 วันที่ 30 ก.ย.2567

สถานการณ์พอมของเด็กอายุ 6-14 ปี ในแต่ละเขตเปรียบเทียบกับจากปี 2563- 2567 โดยพบว่า ภาพรวมประเทศสถานการณ์พอม เพิ่มขึ้นจากปี 2566 เป็น ร้อยละ 5.8 ในปี 2567 (พอม \leq ร้อยละ 5) เขตสุขภาพที่ 7 มีความชุกของเด็ก ที่มีภาวะพอมต่ำกว่าค่าเป้าหมายมากที่สุด ร้อยละ 5.1 ส่วนเขตสุขภาพที่ 10 และ 12 มีความชุกของเด็กที่มีภาวะพอมเกินค่าเป้าหมาย สูงที่สุด ร้อยละ 7 รองลงมาเขตสุขภาพที่ 8 และ 4 มีความชุกของเด็กที่มีภาวะพอมเกินค่าเป้าหมาย ร้อยละ 6.3 และ 3.1 ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3

แผนภูมิที่ 4 ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเตี้ย จำแนกรายเขต



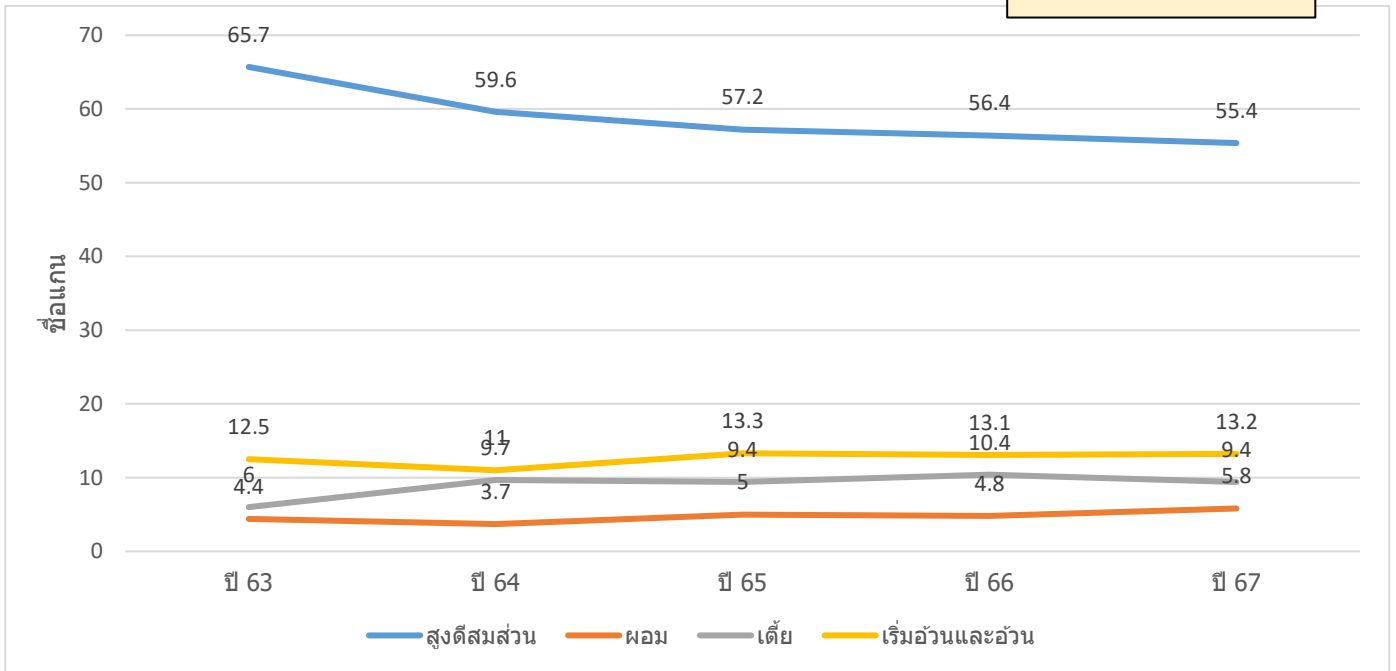
ข้อมูลจาก HDC เทอม 1 วันที่ 30 ก.ย.2567

สถานการณ์เตี้ยของเด็กอายุ 6-14 ปี ปี 2563-2567 พบว่าภาพรวมประเทศสถานการณ์เตี้ย ร้อยละ 9.4 ไม่เกินค่าเป้าหมาย (เตี้ย ≤ ร้อยละ 9.5) เขตสุขภาพที่ 12 มีความชุกของเด็กที่มีภาวะเตี้ยสูงสุดและเกินค่าเป้าหมายประเทศ ร้อยละ 12.9 รองลงมาเขตสุขภาพที่ 8 ร้อยละ 10.6 และ เขต 9 ร้อยละ 10.4 ตามลำดับ โดยพบว่า เขต 11, 6, 5, 10, 2 และ 4 ที่พบภาวะเตี้ยไม่เกินค่า เป้าหมายอยู่ที่ร้อยละ 6.9, 7.9, 8.1, 8.2, 9.3 และ 9.4 ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 4

● ผลผลิต/ผลลัพธ์ระดับ T (Trends) แนวโน้ม

แผนภูมิที่ 5 สถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็ก อายุ 6-14 ปี พ.ศ.2563-2567

ค่าเป้าหมาย ปี 2567
 สูงดีสมส่วน ≥ ร้อยละ 59
 เตี้ย ≤ ร้อยละ 9.5
 ผอม ≤ ร้อยละ 5
 เริ่มอ้วนและอ้วน ≤ ร้อยละ 11.5

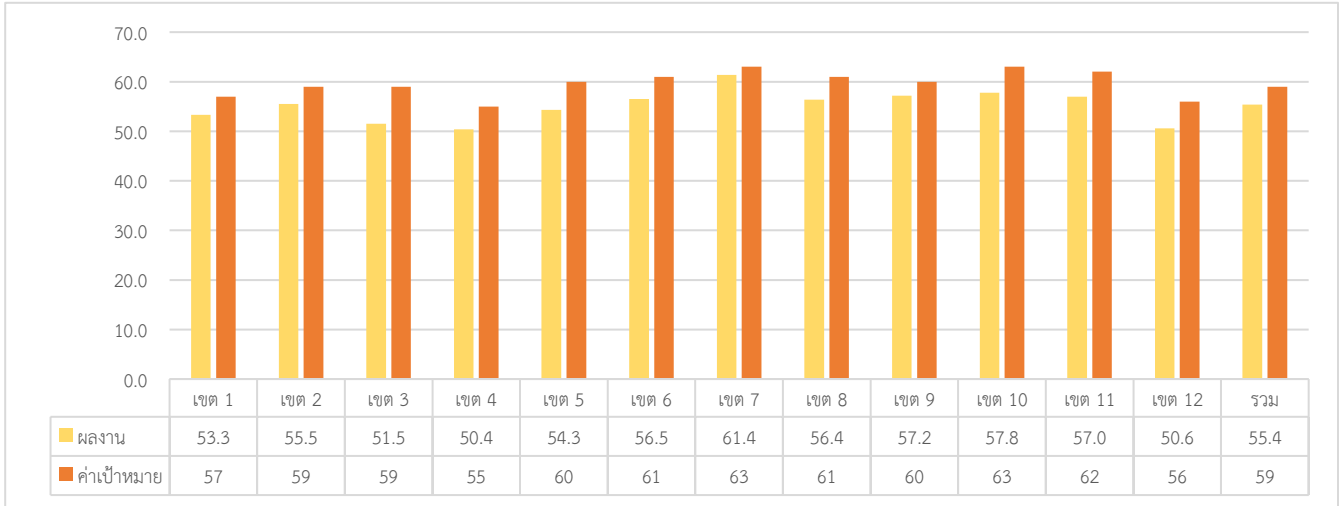


สถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กอายุ 6-14 ปี ปี 2563 ถึง 2567 สถานการณ์ภาวะโภชนาการสูงดีสมส่วนลดลง เริ่มอ้วนและอ้วน เตี้ย ผอม เพิ่มมากขึ้น ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี ปี 2564 ซึ่งสะท้อนการเจริญเติบโตของเด็กในปัจจุบัน และผลกระทบจากสถานการณ์โควิด 19 ซึ่งระบาดมาตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 และการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพที่ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ พบว่าแนวโน้มสถานการณ์สูงดีสมส่วนลดลง ร้อยละ 65.7, 59.6, 57.2, 56.4 และ 55.4 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (สูงดีสมส่วน ≥ ร้อยละ 59) สำหรับภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.5, 11.0, 13.3, 13.1 และ 13.2 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมาย (เริ่มอ้วนและอ้วน ≤ ร้อยละ 11.5) ภาวะเตี้ยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.0, 9.7, 9.4, 10.4 และ 9.4 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมาย (เตี้ย ≤ ร้อยละ 10) ผอมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 4.4, 3.7, 5.0, 4.8 และ 5.8 ตามลำดับ สูงเกินค่าเป้าหมาย (ผอม ≤ ร้อยละ 5) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 5

- ผลผลิต/ผลลัพธ์ระดับ LE (Level) ของผลการดำเนินงานในปัจจุบัน

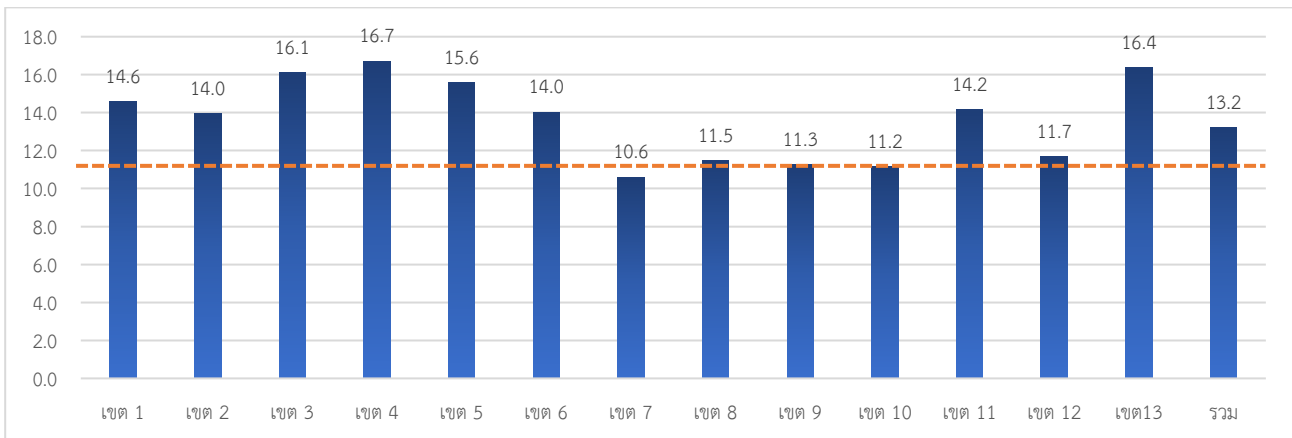
ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2567 เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย

แผนภูมิที่ 6 สถานการณ์สูงสุดีสมส่วนของเด็กอายุ 6-14 ปี จำแนกรายเขต (ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2567)



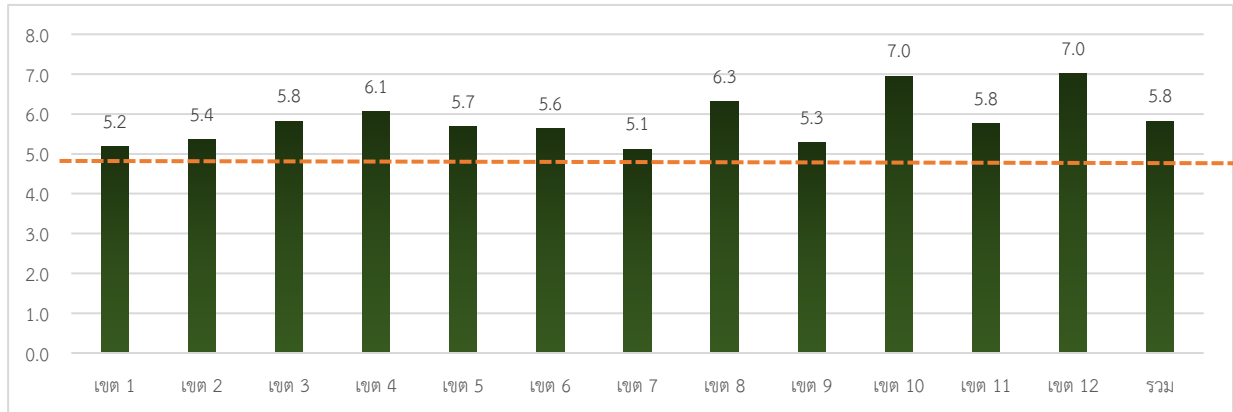
เมื่อพิจารณาค่าเป้าหมายรายเขต พบว่า ทุกเขตไม่สามารถบรรลุค่าเป้าหมายรายเขตได้ โดยมีเพียง เขต 7 ที่มีค่าเป้าหมายอยู่ที่ร้อยละ 61.7 สูงกว่าค่าเป้าหมายประเทศที่ ร้อยละ 59 โดยภาพรวมสถานการณ์สูงสุดีสมส่วนระดับประเทศ อยู่ที่ร้อยละ 55.4 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 6

แผนภูมิที่ 7 สถานการณ์ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนของเด็กอายุ 6-14 ปี จำแนกรายเขต (ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2567)



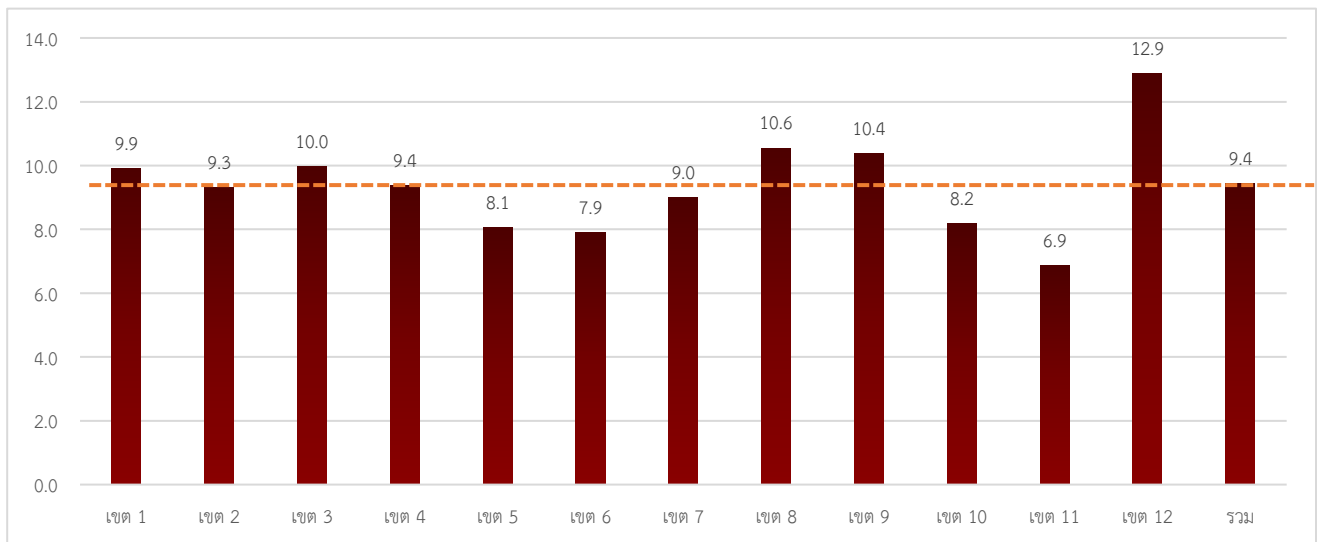
เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนปี 2567 พบว่ามีเพียง 4 เขต ได้แก่ เขต 7, 8, 9, 10 ที่ไม่เกินค่าเป้าหมายประเทศ ที่ร้อยละ 11.5 ส่วนภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนระดับประเทศ ยังสูงกว่าค่าเป้าหมาย ร้อยละ 13.2 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 7

แผนภูมิที่ 8 สถานการณ์ภาวะผอมของเด็กอายุ 6-14 ปี จำแนกรายเขต (ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2567)



เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานสถานการณ์ภาวะผอมปี 2567 พบว่า ทุกเขต มีภาวะผอมเกินค่าค่าเป้าหมาย ที่ร้อยละ 5 ในภาพรวมประเทศ พบภาวะผอม สูงถึงร้อยละ 5.8 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 8

แผนภูมิที่ 9 สถานการณ์ภาวะเตี้ยของเด็กอายุ 6-14 ปี จำแนกรายเขต (ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2567)



สถานการณ์เด็กที่มีภาวะเตี้ยปี 2567 พบว่ามี 5 เขต ที่ไม่บรรลุค่าเป้าหมาย ร้อยละ 9.5 ได้แก่ เขต 1 3 8 9 และ 12 ทำให้ไม่สามารถบรรลุค่าเป้าหมายในระดับประเทศ ที่ร้อยละ 9.4 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 9

- ผลการวิเคราะห์สถานการณ์กิจกรรมทางกาย พฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้และการส่งเสริมสุขภาพของเด็กอายุ 6-14 ปี

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่า เด็กอายุ 6-9 ปี ร้อยละ 13.8 เด็กอายุ 10 - 14 ปี ร้อยละ 28.0 กินอาหารไม่ครบ 3 มื้อ โดยมื้อเช้าเป็นมื้อที่มีการงดมากที่สุดคือ ร้อยละ 58.5 ของเด็กอายุ 6 - 9 ปีและร้อยละ 55.4ของเด็กอายุ 10 - 14 ปี ทิ้งอาหารมื้อใดมื้อหนึ่ง และเด็กอายุ 6 - 14 ปี กินผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 48.4 และร้อยละ 66.6 ตามลำดับ ผลการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าเด็กอายุ 6 - 14 ปี ร้อยละ 21.7 ร้อยละ 34.6 และร้อยละ 34.2 กินอาหารแปรรูปประเภทเนื้อสัตว์ อาหารที่มีไขมันสูง และขนมทานเล่นหรือขนมกรุบกรอบ อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ ตามลำดับ นอกจากนี้การสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ.2564 โดยกรมอนามัยและองค์การอนามัยโลก พบว่าเด็กอายุ 13 - 17 ปี ร้อยละ 15.3 กินผักอย่างน้อย 3 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 34.6 ดื่มน้ำอัดลมอย่างน้อย 1 ครั้งต่อวัน และร้อยละ 39.3 กินอาหารจากร้านอาหารจานด่วนอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ซึ่งจากผลการสำรวจดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าเด็กอายุ 6 - 14 ปี ยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม

จากสถานการณ์ภาวะโภชนาการ และพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว พบว่า โรคอ้วนเป็นปัญหาสำคัญซึ่งประเทศไทยมีความพยายามแก้ไขปัญหาลูกอ้วนอย่างต่อเนื่อง ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ และสนับสนุนให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี จากรายงานวิจัยมาตรการและตัวชี้วัดเพื่อยุติโรคอ้วนในเด็กขององค์การอนามัยโลก (Ending Childhood Obesity : ECHO) ของประเทศไทย พบว่า ประเทศไทยยังมีช่องว่างการจัดการโรคอ้วนในเด็กที่สำคัญหนึ่งนั้น และประเทศไทยยังไม่ได้ดำเนินการ คือ การดำเนินการตามชุดข้อเสนอแนะว่าด้วยการตลาดอาหารและเครื่องดื่มในเด็ก (Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children) สอดคล้องกับบทความชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการภาครัฐ ตามข้อเสนอแนะคณะกรรมการระดับสูงเพื่อยุติโรคอ้วนในเด็ก (Commission on Ending Childhood Obesity: ECHO) ขององค์การสหประชาชาติ ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ (1) การส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ (2) การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (3) การดูแลก่อนและระหว่างคลอด (4) การส่งเสริมโภชนาการและกิจกรรมทางกายในระดับปฐมวัย (5) การส่งเสริมสุขภาพ อาหารและกิจกรรมทางกายในวัยเรียน และ (6) การจัดการน้ำหนักของเด็กที่เป็นโรคอ้วน ผลการประเมินการดำเนินการของประเทศไทยตามข้อเสนอแนะของ ECHO พบว่าประเทศไทยมีการดำเนินการที่สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ ECHO ทั้ง 6 ด้าน โดยครอบคลุมมาตรการหลักสูงถึง 33 มาตรการ (จากทั้งหมด 36 มาตรการ) และครอบคลุมมาตรการย่อย 55 มาตรการ (จากทั้งหมด 67 มาตรการย่อย) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยดำเนินการสอดคล้องกับข้อเสนอแนะดังกล่าวแล้วในระดับหนึ่ง แม้ว่าการดำเนินการของประเทศไทยจะสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ ECHO ในระดับหนึ่งแล้ว แต่การดำเนินการของประเทศไทยยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ผลการประเมินสมรรถนะของนโยบาย (policy performance) เพื่อลดปัญหาโรคอ้วนในเด็กไทย 5 ด้าน ครอบคลุมประเด็นต่างๆ ได้แก่ (1) ความครอบคลุมของเนื้อหา นโยบาย (policy comprehensiveness) (2) ความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายของนโยบาย (policy coverage) (3) กลไกการติดตามและประเมินผล (monitoring and evaluation) (4) ความร่วมมือหลายภาคส่วน (multi-sectoral collaboration) และ (5) ความเป็นเอกภาพของนโยบาย (policy coherence) ซึ่งให้เห็นว่า การดำเนินการของประเทศไทยมีสมรรถนะด้านกลไกการติดตามและประเมินผลและความเป็นเอกภาพของนโยบายต่ำ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ประเทศไทยควรให้ความสำคัญกับการมีกลไกการติดตามและประเมินผลและการสร้างความเป็นเอกภาพของนโยบาย เพื่อให้การลดปัญหาโรคอ้วนในเด็กไทยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ประเทศไทยควรกำหนดให้การลดปัญหาโรคอ้วนในเด็กไทย ตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการระดับสูงเพื่อยุติโรคอ้วนในเด็ก เป็นประเด็นสำคัญในแผนแม่บทที่กำหนดทิศทางการพัฒนาประเทศ โดยมุ่งสร้างความเป็นเอกภาพของนโยบายผ่านการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อให้เกิดการ

ประสานกำลัง (synergy) ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควบคู่กับการพัฒนากระบวนการติดตามและประเมินผลนโยบาย ตลอดจนให้ความสำคัญกับการกำหนดกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจนและการสร้างกลไกความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการยุติโรคอ้วนในเด็กจากทุกภาคส่วน ซึ่งจะช่วยให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน พ.ศ. 2573 เป้าหมาย โภชนาการระดับโลก พ.ศ. 2568 และเป้าหมายโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับโลก พ.ศ. 2568

ดังนั้น เพื่อให้การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคอ้วนในเด็กเกิดการบูรณาการเชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยงานภาคี เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง กระทรวงสาธารณสุข จึงจัดทำคำสั่ง ที่ 1159/2567 ลงวันที่ 12 กรกฎาคม 2567 เรื่อง แต่งตั้ง คณะกรรมการและคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนนโยบายป้องกันและควบคุมปัญหาโรคอ้วนในเด็ก เพื่อให้การป้องกันและ แก้ไขปัญหาโรคอ้วนในเด็กเกิดการขับเคลื่อนและมีการบูรณาการเชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ บรรลุวัตถุประสงค์ และเกิดประโยชน์สูงสุด โดยองค์ประกอบ มีดังนี้ 1. คณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายการป้องกันและควบคุมปัญหาโรคอ้วนในเด็ก 2. คณะอนุกรรมการจัดทำและขับเคลื่อน แผนบูรณาการป้องกันและควบคุมปัญหาโรคอ้วนในเด็ก 3. คณะอนุกรรมการวิชาการและวิจัย 4. คณะอนุกรรมการขับเคลื่อน การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ 5. คณะอนุกรรมการเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูล เพื่อร่วมกำหนดทิศทางและกรอบการ ดำเนินงานแบบบูรณาการร่วมกัน

ด้านการผลักดันนโยบายควบคุมการตลาดอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพเด็ก และยกระดับมาตรการควบคุมการตลาด และการจัดจำหน่ายอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพให้มีผลบังคับใช้ทางกฎหมาย นอกจากนี้ มีข้อมูลวิจัยของประเทศไทยสนับสนุนว่า หากประเทศไทยออกมาตรการควบคุมสื่อโฆษณาอาหารและเครื่องดื่ม HFSS แค่วันเพียงช่องทางโทรทัศน์ จะสามารถช่วยลด ดัชนีมวลกาย (BMI) เด็ก (อายุ 6-12 ปี) ทั้งประเทศได้เฉลี่ย 0.32 กิโลกรัม /เมตร² โดยใช้งบประมาณเพียง 1.13 ล้านบาท ทำให้ลดภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วน ในเด็ก (อายุ 6-12 ปี) ได้ถึง 121,000 คน ซึ่งมีความคุ้มค่าคุ้มทุน โดยจะต้องมีการพัฒนา เกณฑ์ Nutrient phasing เพื่อสนับสนุนการพัฒนามาตรการการปกป้องเด็กไทยจากการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผล กระทบต่อสุขภาพเด็ก

ด้านระบบการจัดการภาวะโภชนาการของวัยเรียนวัยรุ่น จากผลการประเมินการบริการอนามัยโรงเรียนระดับ ประถมศึกษาปี 2557- 2558 ของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ร่วมกับสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ พบว่าครูที่ดูแลงานด้านอนามัยโรงเรียน มีไม่เพียงพอและไม่มี ประสบการณ์ในดูแลสุขภาพนักเรียน อีกทั้ง ขาดระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาล และเครื่องมือ อุปกรณ์ รวมทั้งไม่มีการใช้ประโยชน์จากรายงานผลสุขภาพเด็ก ระบบ ข้อมูล ทำให้เด็กไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ซึ่งอาจส่งผลในการดำเนินชีวิตระยะยาว สอดคล้องกับรายงานผลโครงการ การพัฒนารูปแบบงานอนามัยโรงเรียนที่มีคุณภาพปี 2562 ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุขและด้าน การศึกษา ในการส่งเสริมสุขภาพตามบทบาทหน้าที่และโครงสร้าง รวมทั้งพัฒนาคู่มือแนวทางการดำเนินงาน และระบบการ กำกับติดตามและประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม เพื่อให้สอดคล้องกับเงื่อนไขและบริบทของแต่ละเขตสุขภาพ เช่นเดียวกับ รายงานการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ของเด็กวัยเรียน ปี 2562 พบว่า หน่วยงาน สาธารณสุขและการศึกษา ควรกำหนดนโยบายในการป้องกันปัญหาสุขภาพร่วมกัน โดยเฉพาะด้านภาวะโภชนาการ และการ ส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน

ด้านการเข้าถึงบริการการจัดการน้ำหนักรที่เหมาะสม ยังพบช่องว่างในการดำเนินงาน ซึ่งยังไม่มีกระบวนการใน แต่ละภาคส่วนอย่างเป็นทางการ การเชื่อมโยงและส่งต่อในแต่ละหน่วยงานที่เป็นระบบเช่น การดำเนินงานร่วมกัน ระหว่างเจ้าหน้าที่ รพ.สต.และโรงเรียน หรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต.และ รพช. รวมถึงยังไม่มีมีการขยายงานไปสู่สถานบริการ ทูติยภูมิให้มีคลินิกรักษาโรคเด็กอ้วน สอดคล้องกับผลการประเมินการบริการอนามัยโรงเรียนระดับประถมศึกษาปี 2557 - 2558 โดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้

ประเมินผลด้านระบบการจัดการภาวะโภชนาการของวัยเรียนวัยรุ่น พบว่าขาดระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลและเครื่องมืออุปกรณ์ รวมทั้งไม่มีการใช้ประโยชน์จากรายงานผลสุขภาพเด็ก ทำให้เด็กไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาสุขภาพเช่น การจัดการภาวะอ้วน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของเด็กในระยะยาว นอกจากนี้รายงานการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของเด็กวัยเรียน ปี 25649 พบว่า หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานการศึกษาควรกำหนดนโยบายในการป้องกันปัญหาสุขภาพร่วมกัน โดยเฉพาะด้านภาวะโภชนาการ และการส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน สอดคล้องกับที่ทีมงานวิจัยของ Omoye และคณะ ทำการศึกษาในเรื่องของการส่งต่อ และการจัดการเด็กที่มีภาวะอ้วน พบว่า มีการส่งต่อเด็กเพื่อเข้ารับการรักษาในการจัดการน้ำหนัก เพียงร้อยละ 50 ของสถานบริการสาธารณสุขที่ทำการศึกษ โดยการส่งต่อมีทั้งด้านคลินิก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และโปรแกรมการจัดการน้ำหนัก และข้อมูลจากระบบรายงาน HDC พบการคัดกรอง obesity sign ในระบบเพียง ร้อยละ 0.6 สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของ WHO Health service delivery framework for prevention and management of obesity ที่เสนอกำหนดให้แต่ละสถานบริการสาธารณสุขแต่ละระดับ ควรจะมีการคัดกรองความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน ส่งต่อกรณีที่ต้องรับการรักษา และมีทีมสหวิชาชีพในการดูแลโรคอ้วนในเด็ก ได้แก่ กุมารแพทย์ นักโภชนาการ นักกำหนดอาหาร พยาบาล นักจิตวิทยา นักวิทยาศาสตร์การกีฬา เป็นต้น

ด้านการจัดอาหารกลางวัน ประเทศไทยได้ดำเนินการโครงการอาหารกลางวันเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการ ส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็ก โดยมีครูเป็นผู้รับผิดชอบวางแผนการจัดเมนูอาหาร แต่พบว่ามีข้อจำกัดคือ ครูส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ด้านโภชนาการ จึงได้มีการส่งเสริมการใช้โปรแกรม Thai school lunch ในการจัดอาหาร ซึ่งสามารถประเมินสารอาหารที่นักเรียนได้รับ และคำนวณค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อวัตถุดิบ นอกจากนี้มีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 6 พ.ศ. 2557 ได้มีมติให้มีการผลักดันระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนเป็นระเบียบวาระแห่งชาติ ระเบียบวาระของจังหวัด และระเบียบวาระของท้องถิ่น โดยมอบให้กระทรวงศึกษาธิการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดตั้งกลไกการจัดการ การตรวจสอบ การประเมินผล การควบคุมคุณภาพอาหารในโรงเรียนให้เหมาะสมกับสภาวะของนักเรียนตามบริบทของพื้นที่โดยคำนึงถึงวัฒนธรรมและหลักศาสนา รวมทั้งความปลอดภัยด้านอาหาร ความมั่นคงทางอาหารให้มีปริมาณที่เพียงพอ และจากรายงานผลการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ประจำปีบัญชี 2567 ของกองทุนเพื่อโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน พบว่า โรงเรียนส่วนใหญ่ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และแปลผลภาวะโภชนาการยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานและวิธีการที่ถูกต้อง นอกจากนี้ครู เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน และผู้ประกอบการ ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนัก ในการวางแผนการจัดเมนู การปรุงประกอบอาหาร การตักอาหาร การเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพมาจำหน่ายในโรงเรียน รวมถึงการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ กำกับติดตามวางแผนส่งเสริม และจัดการภาวะโภชนาการเด็กในสถานศึกษา

อีกทั้งจากมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 11 พฤษภาคม 2564 ได้รับข้อเสนอของผู้ตรวจการแผ่นดิน มอบหมาย ให้กระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.) เป็นหน่วยงานหลักร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับข้อเสนอแนะของผู้ตรวจการแผ่นดิน รวมทั้งความเห็นและข้อเสนอแนะของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไปพิจารณาดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกรมอนามัย คือ กรณีการขาดนักโภชนาการชุมชนในทุกท้องถิ่นทั่วประเทศไทย โดยมอบให้กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) 2.3 กำหนดให้นักโภชนาการศูนย์อนามัย และนักโภชนาการโรงพยาบาลในพื้นที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง โดยมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน มีข้อกำหนดที่คำนึงถึงอาหารท้องถิ่นตามวัฒนธรรม และให้กระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.) และกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) โดยมีสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สนับสนุนและเป็นตัวกลางในการประสานงานระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยในพื้นที่ที่มีการผลิตบัณฑิตในสาขาเกษตรศาสตร์ อาหารและโภชนาการในจัดทำแผนกำลังคนร่วมกัน ความต้องการกำลังคน การจัดสรร

อัตรากำลัง งบประมาณด้านบุคลากร ในการผลิตบัณฑิต แผนการพัฒนาบุคลากร หลักสูตรการจัดการอาหารและโภชนาการ ชุมชนแบบครบวงจรเพื่อสุขภาพของเด็ก ซึ่งได้มีแผนในการพัฒนาบุคลากรและหลักสูตรด้านโภชนาการสำหรับบุคคลทั้งใน และนอกระบบการศึกษา ซึ่งมีบรรจุไว้ในแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการระดับชาติ 5 ปี พ.ศ. 2562 – 2566 ภายใต้ ยุทธศาสตร์ที่ 3 อาหารศึกษา ตามกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2561 – 2566) โดยขับเคลื่อนงานแบบบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้ คณะอนุกรรมการการพัฒนาการบริหารจัดการด้าน อาหารและโภชนาการในโรงเรียน เพื่อให้การจัดการด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนและชุมชนบรรลุผลสำเร็จ จึงแต่งตั้ง คณะทำงานพัฒนากำลังคนด้านอาหารและโภชนาการเพื่อเด็กและกำลังคนในชุมชน เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนงานในการพัฒนา ระบบการจัดการอาหารและโภชนาการในโรงเรียนให้เกิดเป็นรูปธรรมชัดเจนยิ่งขึ้น โดยพัฒนาระบบและกลไกให้บุคลากรที่ เกี่ยวข้องทุกระดับมีศักยภาพในการขับเคลื่อนงานอาหารและโภชนาการเพื่อสนับสนุนการใช้มาตรฐานระบบการจัดการ อาหารและโภชนาการในสถานศึกษา และการขับเคลื่อนงานโภชนาการชุมชน จัดทำแนวทางการพัฒนารอบอัตรากำลังคน การผลิตและพัฒนาบุคลากร หลักสูตรและการประเมินหลักสูตรการจัดการอาหารและโภชนาการในสถานศึกษาและชุมชน แบบครบวงจร เพื่อสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย และรองรับการขับเคลื่อนงานโภชนาการชุมชนจัดทำแนวทางปฏิบัติ และแนวทางการประเมินผู้รับการพัฒนาสำหรับนักโภชนาการและผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับต่าง ๆ ในการจัดการอาหารและ โภชนาการในสถานศึกษาและชุมชนแบบครบวงจร เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการเป็นพี่เลี้ยงให้กับผู้รับผิดชอบ งาน โภชนาการในสถานศึกษาและชุมชน