

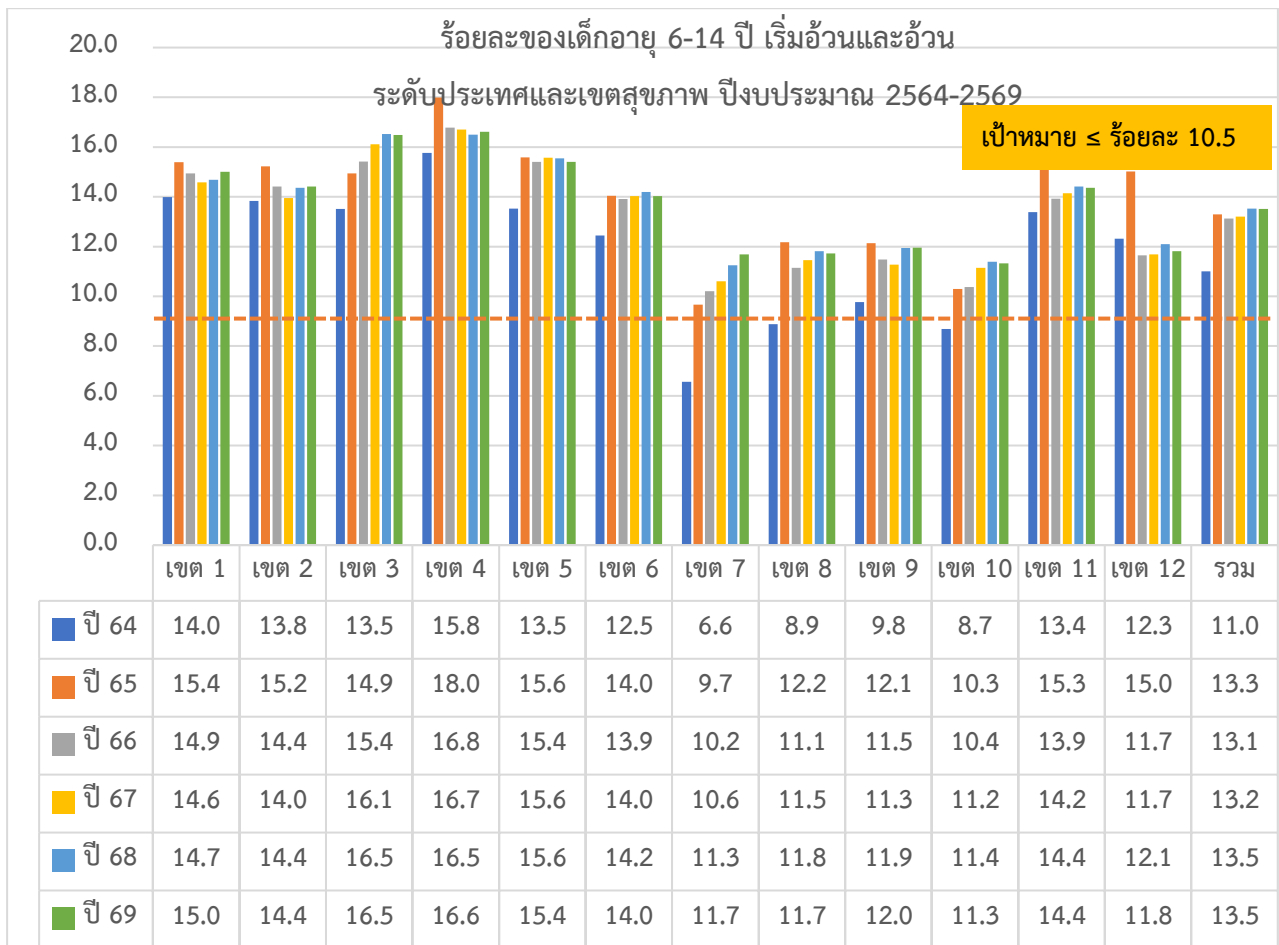
1. Assessment มีบทวิเคราะห์สถานการณ์ของตัวชี้วัด มีข้อมูลสารสนเทศที่นำมาใช้
ผลการรายงานผลการวิเคราะห์ตามตัวชี้วัด 3.11 ร้อยละของเด็กอายุ 6 - 14 ปี
ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน รอบ 5 เดือนหลัง ปีงบประมาณ 2569

1.1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ของตัวชี้วัด

สถานการณ์ภาวะโภชนาการ

- ผลผลิต/ผลลัพธ์ ระดับ C (Comparisons) การเปรียบเทียบ

แผนภูมิที่ 1 ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน จำแนกรายเขต

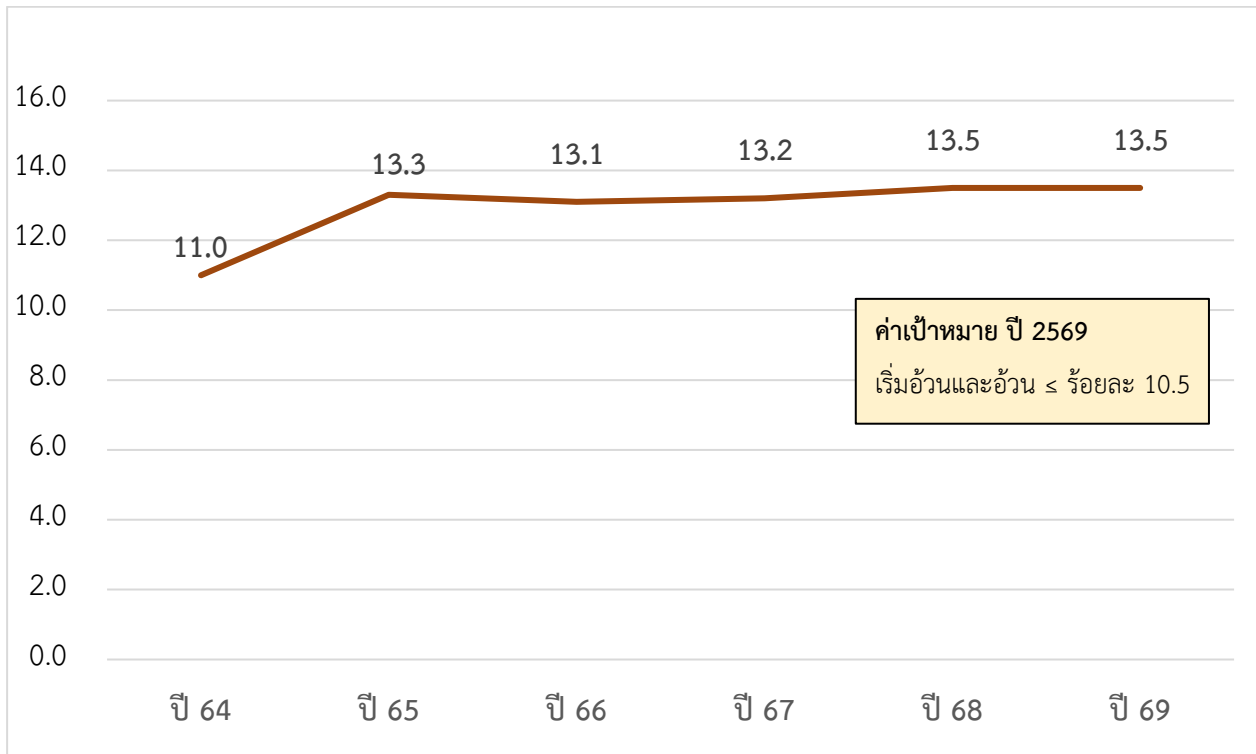


ข้อมูลจาก HDC ปี 63 - 68 เทอม 1 ณ วันที่ 30 ก.ย.2568 ปี 69 เทอม 2 ณ วันที่ 28 ก.พ. 69

สถานการณ์เด็กอายุ 6 - 14 ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน รายเขตสุขภาพ ปี 2564 ถึง 2569 พบว่าภาพรวมประเทศ สถานการณ์เริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 13.5 ยังไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (เริ่มอ้วนและอ้วน < ร้อยละ 10.5) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 และในปี 2569 พบว่า เขตสุขภาพที่ 10 พบความชุกของเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนน้อยที่สุด รองลงมา คือเขตสุขภาพที่ 7, 8 และ 9 ตามลำดับ โดยเขตสุขภาพที่ 4 และ 3 มีความชุกของเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนมากที่สุด ร้อยละ 16.6 และ 16.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ในปี 2569 เขตสุขภาพที่ 1, 7 และ 9 มีแนวโน้มความชุกของเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี 2568 ในขณะที่เขตสุขภาพที่ 5, 6, และ 12 มีความชุกของเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนลดลง

- ผลผลิต/ผลลัพธ์ระดับ T (Trends) แนวโน้ม

แผนภูมิที่ 2 สถานการณ์เด็กอายุ 6 - 14 ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน พ.ศ. 2564 - 2569



ข้อมูลจาก HDC เทอม 1 ณ วันที่ 30 ก.ย. 68 ปี 69 เทอม 2 ณ วันที่ 28 ก.พ. 69

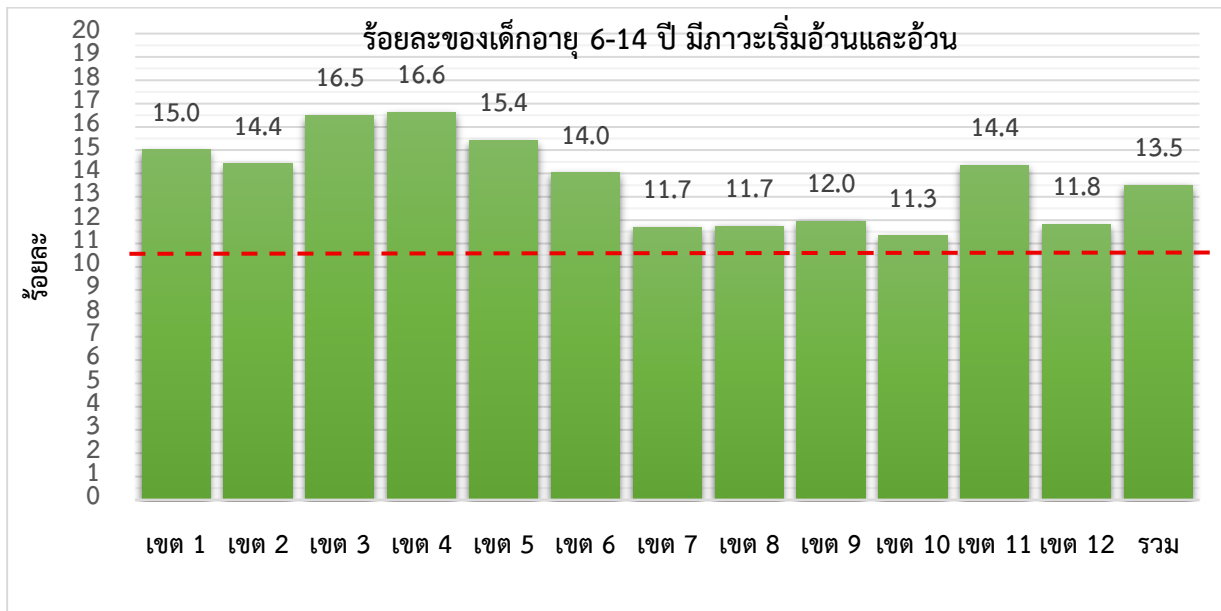
สถานการณ์ของเด็กอายุ 6 - 14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ปี 2564 ถึง 2569 สถานการณ์เริ่มอ้วนและอ้วน มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นใน ปี 2564 - 2568 และคงที่ใน ปี 2569 ร้อยละ 11.0, 13.3, 13.1, 13.2, 13.5 และ 13.5 ตามลำดับ แต่ยังคงสูงกว่าค่าเป้าหมาย (ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน \leq ร้อยละ 10.5) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2 ส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม โดยจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่าเด็กอายุ 6 - 9 ปี และเด็กอายุ 10 - 14 ปี กินอาหารไม่ครบ 3 มื้อ ร้อยละ 13.8 และ ร้อยละ 28.0 ตามลำดับ โดยมีมื้อเช้าเป็นมื้อที่มีการงดกินอาหารมากที่สุดคือ ร้อยละ 58.5 ของเด็กอายุ 6 - 9 ปี และร้อยละ 55.4 ของเด็กอายุ 10 - 14 ปี ที่งดอาหารมื้อใดมื้อหนึ่ง และเด็กอายุ 6 - 14 ปี กินผัก และผลไม้ไม่เพียงพอ สูงถึงร้อยละ 48.4 และร้อยละ 66.6 ตามลำดับ อีกทั้งจากผลการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าเด็กอายุ 6 - 14 ปี ร้อยละ 21.7 ร้อยละ 34.6 และร้อยละ 34.2 กินอาหารแปรรูปประเภทเนื้อสัตว์ อาหารที่มีไขมันสูง และขนมทานเล่นหรือขนมกรุบกรอบ อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ ตามลำดับ ประกอบกับมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ โดยจากการเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2561 - 2566 พบว่า ในปี 2567 กลุ่มเด็กอายุ 5 - 17 ปี มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ร้อยละ 20.7 (เป้าหมายมากกว่า ร้อยละ 40) และมีพฤติกรรมเนือยนิ่งเพิ่มสูงขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยสูงเกินกว่า 14 ชั่วโมงต่อวัน (เป้าหมาย น้อยกว่า 13 ชั่วโมงต่อวัน)

- ผลผลิต/ผลลัพท์ระดับ LE (Level) ของผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2569 เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย

แผนภูมิที่ 3 สถานการณ์ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนของเด็กอายุ 6 - 14 ปี จำแนกรายเขต

(ข้อมูล ณ 28 กุมภาพันธ์ 2569)



เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนปี 2569 พบว่า เขตสุขภาพที่ 10 พบความชุกของเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนน้อยที่สุด (ร้อยละ 11.3) รองลงมา คือเขตสุขภาพที่ 7, 8 และ 9 ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3 ขณะที่เขตสุขภาพที่ 4 และ 3 มีความชุกของเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนมากที่สุด ร้อยละ 16.6 และ 16.5 แต่อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าเขตสุขภาพที่ 10, 7, 8 และ 9 มีความชุกต่ำกว่าเขตสุขภาพอื่น ๆ แต่ยังไม่ผ่านค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน \leq ร้อยละ 10.5)

- ผลการวิเคราะห์สถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพของเด็กอายุ 6 - 14 ปี

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่า เด็กอายุ 6 - 9 ปี ร้อยละ 13.8 และเด็กอายุ 10 - 14 ปี ร้อยละ 28.0 กินอาหารไม่ครบ 3 มื้อ โดยมือเช้าเป็นมื้อที่มีการงดกินอาหารมากที่สุดคือ ร้อยละ 58.5 ของเด็กอายุ 6 - 9 ปีและร้อยละ 55.4 ของเด็กอายุ 10 - 14 ปี ที่งดอาหารมื้อใดมื้อหนึ่ง และเด็กอายุ 6 - 14 ปี กินผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 48.4 และร้อยละ 66.6 ตามลำดับ ผลการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า เด็กอายุ 6 - 14 ปี บริโภคอาหารแปรรูป อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ ดังนี้ กินอาหารแปรรูปประเภทเนื้อสัตว์ ร้อยละ 21.7 อาหารที่มีไขมันสูง ร้อยละ 34.6 ชมมทานเล่นหรือขนมกรุบกรอบ ร้อยละ 34.2 และเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์บรรจุขวด ร้อยละ 15.4 ตามลำดับ ซึ่งจากผลการสำรวจดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า เด็กอายุ 6 - 14 ปี ยังมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม

จากสถานการณ์ภาวะโภชนาการ และพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว พบว่า ส่งผลให้เกิดโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นนับเป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งประเทศไทย มีความพยายามแก้ไขปัญหาเด็กอ้วนอย่างต่อเนื่อง ทั้งการส่งเสริมสุขภาพและสนับสนุนให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี จากรายงานวิจัยมาตรการและตัวชี้วัดเพื่อยุติโรคอ้วนในเด็กของ

องค์การอนามัยโลก ปี 2564 (Ending Childhood Obesity : ECHO) ของประเทศไทย พบว่า ประเทศไทยยังมีช่องว่าง การจัดการโรคอ้วนในเด็กที่สำคัญหนึ่งนั้น และประเทศไทย กำลังผลักดันเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อน คือ การดำเนินการ ตามชุดข้อเสนอแนะว่าด้วยการตลาดอาหารและเครื่องดื่มในเด็ก (Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children) สอดคล้องกับบทความชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการ ภาครัฐ ตามข้อเสนอแนะคณะกรรมการระดับสูงเพื่อยุติโรคอ้วนในเด็ก (Commission on Ending Childhood Obesity: ECHO) ขององค์การสหประชาชาติ ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ (1) การส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ (2) การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (3) การดูแลก่อนและระหว่างคลอด (4) การส่งเสริมโภชนาการและกิจกรรมทางกายใน ระดับปฐมวัย (5) การส่งเสริมสุขภาพ อาหารและกิจกรรมทางกายในวัยเรียน และ (6) การจัดการน้ำหนักของเด็กที่เป็น โรคอ้วน ผลการประเมินการดำเนินการของประเทศไทยตามข้อเสนอแนะของ ECHO พบว่า ประเทศไทยมี การดำเนินการที่สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ ECHO ทั้ง 6 ด้าน โดยครอบคลุมมาตรการหลักสูงถึง 33 มาตรการ (จากทั้งหมด 36 มาตรการ) และครอบคลุมมาตรการย่อย 55 มาตรการ (จากทั้งหมด 67 มาตรการย่อย) ซึ่งสะท้อนให้ เห็นว่าประเทศไทยดำเนินการสอดคล้องกับข้อเสนอแนะดังกล่าวแล้วในระดับหนึ่ง แต่การดำเนินการของประเทศไทยยัง ไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ผลการประเมินสมรรถนะของนโยบาย (policy performance) เพื่อลดปัญหาโรคอ้วนใน เด็กไทย 5 ด้าน ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ (1) ความครอบคลุมของเนื้อหา นโยบาย (policy comprehensiveness) (2) ความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายของนโยบาย (policy coverage) (3) กลไกการติดตามและประเมินผล (monitoring and evaluation) (4) ความร่วมมือหลายภาคส่วน (multi-sectoral collaboration) และ (5) ความเป็นเอกภาพของ นโยบาย (policy coherence) ชี้ให้เห็นว่า การดำเนินการของประเทศไทยมีสมรรถนะด้านกลไกการติดตามและ ประเมินผลและความเป็นเอกภาพของนโยบายต่ำ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ประเทศไทยควรให้ความสำคัญกับการมีกลไก การติดตามและประเมินผลและการสร้างความเป็นเอกภาพของนโยบาย เพื่อให้การลดปัญหาโรคอ้วนในเด็กไทยมี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ประเทศไทยควรกำหนดให้การลดปัญหาโรคอ้วนในเด็กไทย ตามข้อเสนอแนะของ คณะกรรมการระดับสูงเพื่อยุติโรคอ้วนในเด็ก เป็นประเด็นสำคัญในแผนแม่บทที่กำหนดทิศทางการพัฒนาประเทศ โดยมุ่งสร้างความเป็นเอกภาพของนโยบายผ่านการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อให้เกิดการประสานกำลัง (synergy) ของ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควบคู่กับการพัฒนากระบวนการติดตามและประเมินผลนโยบาย ตลอดจนให้ความสำคัญกับ การกำหนดกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจนและการสร้างกลไกความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการยุติโรคอ้วนในเด็ก จากทุกภาคส่วน ซึ่งจะช่วยให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน พ.ศ. 2573 เป้าหมายโภชนาการระดับโลก และเป้าหมายโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับโลก

ด้านการผลักดันนโยบายควบคุมการตลาดอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพเด็ก และยกระดับมาตรการควบคุมการตลาด และการจัดจำหน่ายอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพให้มีผลบังคับใช้ทางกฎหมาย นอกจากนี้ มีข้อมูลวิจัยของประเทศไทย โดย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (IPSR) ปี 2563 สนับสนุนว่า หากประเทศไทยออกมาตรการ ควบคุมสื่อโฆษณาอาหารและเครื่องดื่ม HFSS แค่เพียงช่องทางโทรทัศน์ จะสามารถช่วยลดดัชนีมวลกาย (BMI) เด็ก (อายุ 6 - 12 ปี) ทั้งประเทศได้เฉลี่ย 0.32 กิโลกรัม /เมตร² โดยใช้งบประมาณเพียง 1.13 ล้านบาท ทำให้ลด ภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วน ในเด็ก (อายุ 6-12 ปี) ได้ถึง 121,000 คน ซึ่งมีความคุ้มค่าคุ้มทุน โดยจะต้องมีการพัฒนา เภมณฑ์ Nutrient phasing เพื่อสนับสนุนการพัฒนามาตรการการปกป้องเด็กไทยจากการตลาดอาหารและเครื่องดื่ม ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก

ด้านระบบการจัดการภาวะโภชนาการของวัยเรียนวัยรุ่น จากผลการประเมินการบริการอนามัยโรงเรียนระดับ ประถมศึกษาปี 2557- 2558 ของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ร่วมกับสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าครูที่ดูแลงานด้านอนามัยโรงเรียน มีไม่เพียงพอและไม่มี ประสบการณ์ในดูแล สุขภาพนักเรียน อีกทั้ง ขาดระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาล และเครื่องมือ อุปกรณ์ รวมทั้งไม่มีการใช้ประโยชน์จาก การรายงานผลสุขภาพเด็ก ระบบข้อมูล ทำให้เด็กไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ซึ่งอาจส่งผลในการดำเนินชีวิต ระยะยาว สอดคล้องกับรายงานผลโครงการพัฒนารูปแบบงานอนามัยโรงเรียนที่มีคุณภาพปี 2562 ควรมีการพัฒนา ศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุขและด้านการศึกษา ในการส่งเสริมสุขภาพตามบทบาทหน้าที่และโครงสร้าง รวมทั้ง พัฒนาคู่มือแนวทางการดำเนินงาน และระบบการกำกับติดตามและประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม เพื่อให้สอดคล้องกับ เงื่อนไขและบริบทของแต่ละเขตสุขภาพ เช่นเดียวกับรายงานการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ พึงประสงค์ ของเด็กวัยเรียน ปี 2562 พบว่า หน่วยงานสาธารณสุขและการศึกษา ควรกำหนดนโยบายในการป้องกัน ปัญหาสุขภาพร่วมกัน โดยเฉพาะด้านภาวะโภชนาการ และการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน

ด้านการเข้าถึงบริการการจัดการน้ำหนักที่เหมาะสม จากแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของ WHO เรื่อง Health service delivery framework for prevention and management of obesity ที่เสนอให้แต่ละสถาน บริการสาธารณสุขในแต่ละระดับ ควรมีการคัดกรองความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน และส่งต่อกรณีที่ต้องได้รับการรักษา โดยมีทีมสหวิชาชีพในการดูแลโรคอ้วนในเด็ก ได้แก่ กุมารแพทย์ นักโภชนาการ นักกำหนดอาหาร พยาบาล นักจิตวิทยา นักวิทยาศาสตร์การกีฬา เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามยังพบช่องว่างในการดำเนินงาน ซึ่งยังไม่มีบูรณาการ ในแต่ละภาคส่วนอย่างเป็นทางการ เชื่อมโยงและส่งต่อในแต่ละหน่วยงานที่เป็นระบบเช่น การดำเนินงาน ร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ รพ.สต.และโรงเรียน หรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต.และ รพช. รวมถึงยังไม่มีขยายงานไปสู่ สถานบริการทุติยภูมิให้มีคลินิกรักษาโรคอ้วนในเด็ก สอดคล้องกับผลการประเมินการบริการอนามัยโรงเรียนระดับ ประถมศึกษาปี 2557- 2558 โดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ร่วมกับสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้ประเมินผลด้านระบบการจัดการภาวะโภชนาการของวัยเรียนวัยรุ่น พบว่า ขาดระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลและเครื่องมืออุปกรณ์ รวมทั้งไม่มีการใช้ประโยชน์จากการรายงานผลสุขภาพเด็ก ทำให้เด็กไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาสุขภาพเช่น การจัดการโรคอ้วน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของเด็กในระยะยาว นอกจากนี้รายงานการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของเด็กวัยเรียน ปี 2564 กรมอนามัย พบว่า หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานการศึกษาควรกำหนดนโยบายในการป้องกันปัญหาสุขภาพ ร่วมกัน โดยเฉพาะด้านภาวะโภชนาการ และการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย การดูแลสุขภาพ ช่องปากและฟัน สอดคล้องกับที่มีงานวิจัยของ Omoye และคณะ ปี 2561 ทำการศึกษาในเรื่องของการส่งต่อ และ การจัดการเด็กที่มีภาวะอ้วน พบว่า การส่งต่อเด็กเพื่อเข้ารับการรักษาในการจัดการน้ำหนัก มีเพียงร้อยละ 50 ของ สถานบริการสาธารณสุขที่ทำการศึกษา โดยการส่งต่อมีทั้งด้านคลินิก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และโปรแกรม การจัดการน้ำหนัก และข้อมูลจากระบบรายงาน HDC พบการคัดกรอง obesity sign ในระบบเพียง ร้อยละ 0.6

อีกทั้งจากมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 11 พฤษภาคม 2564 ได้รับข้อเสนอของผู้ตรวจการแผ่นดิน มอบหมาย ให้กระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.) เป็นหน่วยงานหลักร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกรมอนามัย คือ กรณีการขาดนักโภชนาการชุมชนในทุกท้องถิ่นทั่วประเทศไทย โดยมอบให้กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) 2.3 กำหนดให้

นักโภชนาการศูนย์อนามัย และนักโภชนาการโรงพยาบาลในพื้นที่ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา โดยมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน มีข้อกำหนดที่คำนึงถึงอาหารท้องถิ่นตามวัฒนธรรม และให้กระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.) และกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) โดยมีสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สนับสนุนและเป็นตัวกลางในการประสานงานระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยในพื้นที่ที่มีการผลิตบัณฑิตในสาขาคหกรรมศาสตร์ อาหารและโภชนาการในจัดทำแผนกำลังคนร่วมกัน ความต้องการกำลังคน การจัดสรรอัตรากำลัง งบประมาณด้านบุคลากร ในการผลิตบัณฑิต แผนการพัฒนาบุคลากร หลักสูตรการจัดการอาหาร และโภชนาการชุมชนแบบครบวงจรเพื่อสุขภาวะของเด็ก ซึ่งได้มีแผนในการพัฒนาบุคลากรและหลักสูตรด้านโภชนาการสำหรับบุคคลทั้งในและนอกระบบการศึกษา ซึ่งมีบรรจุไว้ในแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการระดับชาติ ระยะที่ 1 พ.ศ. 2566 – 2570 ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 3 อาหารศึกษา ตามกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ภายใต้คณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เพื่อสร้างความเชื่อมโยงด้านอาหารและโภชนาการสู่คุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนงานในการพัฒนาระบบการจัดการอาหารและโภชนาการในโรงเรียนให้เกิดเป็นรูปธรรมชัดเจนยิ่งขึ้น โดยพัฒนาระบบและกลไกให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับมีศักยภาพในการขับเคลื่อนงานอาหารและโภชนาการ เพื่อสนับสนุนระบบการจัดการอาหารและโภชนาการในสถานศึกษา และการขับเคลื่อนงานโภชนาการชุมชน จัดทำแนวทางการพัฒนากรอบอัตรากำลังคน การผลิตและพัฒนาบุคลากร หลักสูตรและการประเมินหลักสูตรการจัดการอาหารและโภชนาการในสถานศึกษาและชุมชนแบบครบวงจร เพื่อสุขภาวะของประชาชนทุกกลุ่มวัย และรองรับการขับเคลื่อนงานโภชนาการชุมชนจัดทำแนวทางปฏิบัติและแนวทางการประเมินผู้รับการพัฒนาสำหรับนักโภชนาการและผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับต่าง ๆ ในการจัดการอาหารและโภชนาการในสถานศึกษาและชุมชนแบบครบวงจร เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้รับผิดชอบงานโภชนาการในสถานศึกษาและชุมชน

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

ดังนั้น เพื่อให้การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคอ้วนในเด็กเกิดการบูรณาการเชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง กระทรวงสาธารณสุข จึงจัดทำคำสั่ง ที่ 1159/2567 ลงวันที่ 12 กรกฎาคม 2567 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนนโยบายป้องกันและควบคุมปัญหาโรคอ้วนในเด็ก เพื่อให้การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคอ้วนในเด็กเกิดการขับเคลื่อนและมีการบูรณาการเชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ บรรลุวัตถุประสงค์ และเกิดประโยชน์สูงสุด โดยองค์ประกอบ มีดังนี้ 1. คณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายการป้องกันและควบคุมปัญหาโรคอ้วนในเด็ก 2. คณะอนุกรรมการจัดทำและขับเคลื่อนแผนบูรณาการป้องกันและควบคุมปัญหาโรคอ้วนในเด็ก 3. คณะอนุกรรมการวิชาการและวิจัย 4. คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ 5. คณะอนุกรรมการเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูล เพื่อร่วมกำหนดทิศทางและกรอบการดำเนินงานแบบบูรณาการร่วมกัน โดยได้จัดทำ (ร่าง) กรอบแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุมปัญหาโรคอ้วนในเด็ก และสื่อสารเพื่อให้เกิดความตระหนักโรคอ้วนในเด็ก และส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายในการลดความเสี่ยงโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ให้คนไทยมีสุขภาพที่แข็งแรง เนื่องในวันโรคอ้วนโลก โดยงานรณรงค์วันโรคอ้วนโลก (World Obesity Day, 2025) ภายใต้แนวคิด “เปลี่ยนระบบใหญ่ เพื่อชีวิตเล็กๆ ที่ดีขึ้น ลดเสี่ยงโรคอ้วน ห่างไกล NCDs”(Changing Systems, Healthier Lives) พร้อมประกาศความร่วมมือในการขับเคลื่อนร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนระบบ 4 ระบบ ได้แก่ 1) เปลี่ยนระบบอาหารในสถานศึกษาให้มีคุณภาพมากขึ้น 2) เปลี่ยนการตลาดอาหารให้ลดหวาน มัน เค็ม 3) เปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ มีการคัดกรองด้านภาวะโภชนาการ เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคอ้วนได้รับการส่งต่อและดูแลอย่างเหมาะสม และ 4) เปลี่ยนสภาพแวดล้อมเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย เพื่อลดความเสี่ยงโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในทุกกลุ่มวัย