



# แผนหลัก

## (พ.ศ. 2566–2570)

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ



วิสัยทัศน์

# ทุกคน บนแผ่นดินไทย

มีวิถีชีวิต สังคม และสิ่งแวดล้อม  
ที่สนับสนุนต่อ*การมีสุขภาวะที่ดี*



<b>บทที่ 1 ทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)</b>	<b>5</b>
1. วิสัยทัศน์และพันธกิจ	8
2. ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ	9
3. เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์	10
<b>บทที่ 2 ภาพรวมแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570)</b>	<b>21</b>
1. สรุปผลการประเมินการดำเนินงานของแผนหลัก 3 ปี (พ.ศ. 2561-2563)	22
2. วิเคราะห์สภาพแวดล้อมการดำเนินงาน	23
3. บริบทและแนวโน้มนโยบายในการจัดทำแผน	37
4. รูปแบบการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	40
5. งบประมาณ	42
6. การบริหารจัดการ การกำกับติดตาม และการประเมินผล	49
7. แนวทางการบูรณาการการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ	52
<b>บทที่ 3 รายละเอียดแผนหลัก</b>	<b>56</b>
1. แผนควบคุมยาสูบ	57
2. แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	70
3. แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม	85
4. แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	99
5. แผนสุขภาพประชาชนกลุ่มเฉพาะ	125
6. แผนสุขภาพชุมชน	144
7. แผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว	161
8. แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร	179
9. แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	197
10. แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาพทางปัญญา	212
11. แผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาพ	230
12. แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	246
13. แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	255
14. แผนอาหารเพื่อสุขภาพ	267



15. แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพ	283
16. งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน	295
17. งานพัฒนากลุ่มงานกลาง	300
<b>บรรณานุกรม</b>	<b>303</b>
<b>ภาคผนวก</b>	<b>303</b>
1. กระบวนการจัดทำแผนหลัก	304
2. ห้องโถงผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพ (CoO for Health Promotion)	307
3. ข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565	314
4. การดำเนินงานตามหลักธรรมาภิบาลในการจัดทำแผนหลัก 5 ปี (2566-2570)	316

แผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) ฉบับนี้เป็นแผนหลัก ภายใต้ทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่จัดทำขึ้นตามข้อบังคับว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. 2565 และเพื่อให้การดำเนินงานของกองทุนฯ ในทศวรรษที่สาม เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ตอบสนองตามแนวทางวิสัยทัศน์ของกองทุน ที่กำหนดไว้ว่า **“ทุกคนบนแผ่นดินไทยมีวิถีชีวิต สังคมและสิ่งแวดล้อม ที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาวะที่ดี”** สสส. ได้นำผลจากการประเมินการดำเนินงานตามแผนหลัก 3 ปี (2560-2563) ซึ่งดำเนินการจัดทำโดย คณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะ โดยมี คณะทำงานกำกับประเมินผลการดำเนินงานตามแผนหลักของกองทุน ทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการกลางในการสนับสนุน เชื่อมโยงและควบคุมมาตรฐานการประเมินของแต่ละแผนให้มีความสอดคล้องกัน และสามารถนำผลข้อมูลการประเมินมาใช้เป็นปัจจัยนำเข้า ประกอบกับข้อมูลการศึกษาสถานการณ์สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพของประชาชนในอนาคต ซึ่งดำเนินการโดยทีมวิชาการที่ปรึกษาภายนอก และข้อมูลจากภาควิชาการของแผนต่าง ๆ มาใช้ประกอบการจัดทำแนวนโยบายสำหรับการจัดทำแผนหลักฉบับนี้

แผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) ฉบับนี้ ประกอบด้วยแนวทางการดำเนินงานของ 15 แผน ที่ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพหลายมิติ และแนวทางการพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง ตลอดจนแนวทางการบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน ในระยะ 5 ปี โดยให้ความสำคัญกับความสอดคล้องของนโยบายและยุทธศาสตร์ของประเทศ นโยบายปฏิรูปและการพัฒนาประเทศในด้านที่เกี่ยวข้อง และแนวนโยบายการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุน รวมทั้งคำนึงถึงประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะที่ดีของประชาชน เช่น ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีดิจิทัล การเข้าสู่สังคมสูงวัย เป็นต้น ทั้งนี้ ในการจัดทำแผนหลักและแผนการดำเนินงานประจำปี สำนักงานได้ให้ความสำคัญกับดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาล เน้นความโปร่งใส ตรวจสอบได้ การมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้เสีย พร้อมทั้งมีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่ชัดเจนเพื่อสร้างประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงาน พร้อมทั้งรายละเอียดของค่าเฉลี่ยประกอบงบประมาณประจำปีที่สอดคล้องกับการดำเนินงานตามข้อบังคับกองทุนฯ

สำนักงานขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ภาควิชาเครือข่าย และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) เพื่อใช้เป็นแนวทางการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกันตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเพื่อประโยชน์แก่คนไทยทุกคนต่อไป

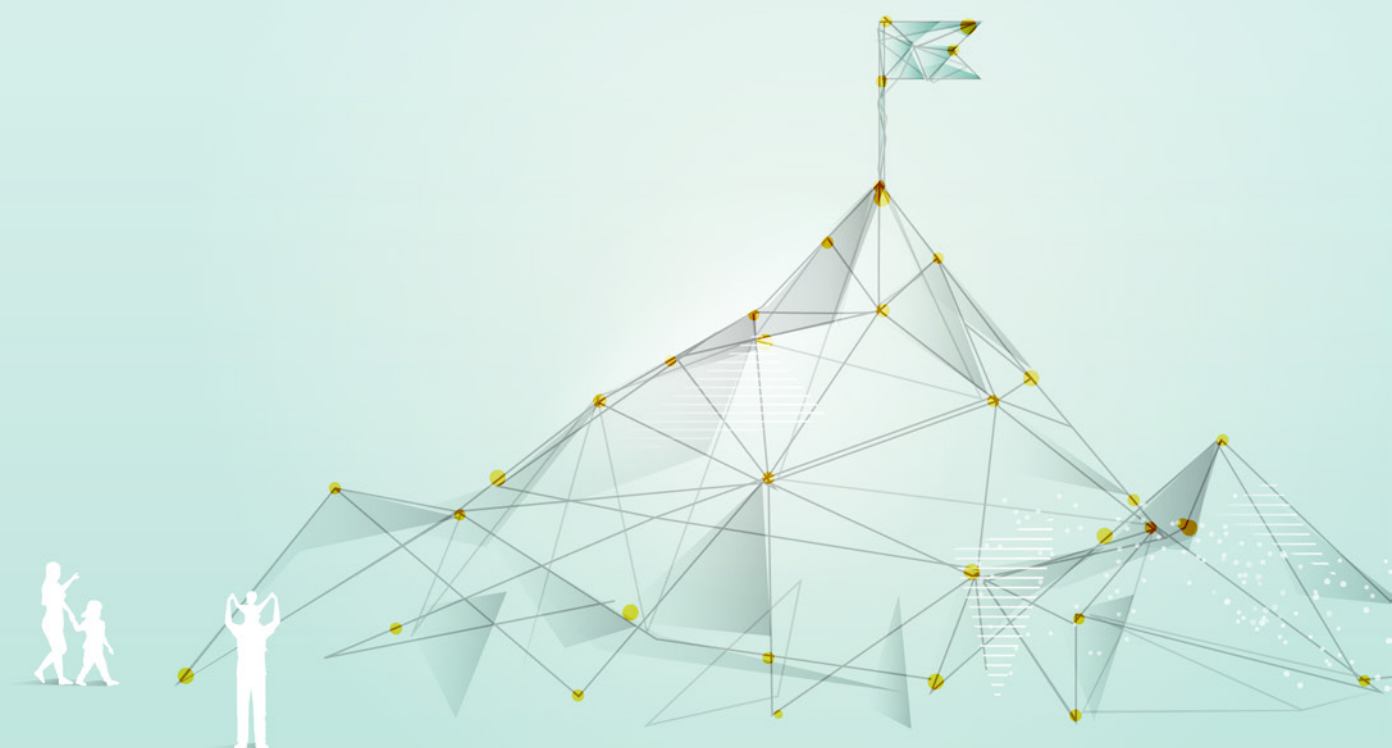
**สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)**

**สิงหาคม 2565**

บทที่ 1

# ทิศทาง และเป้าหมาย ระยะ 10 ปี

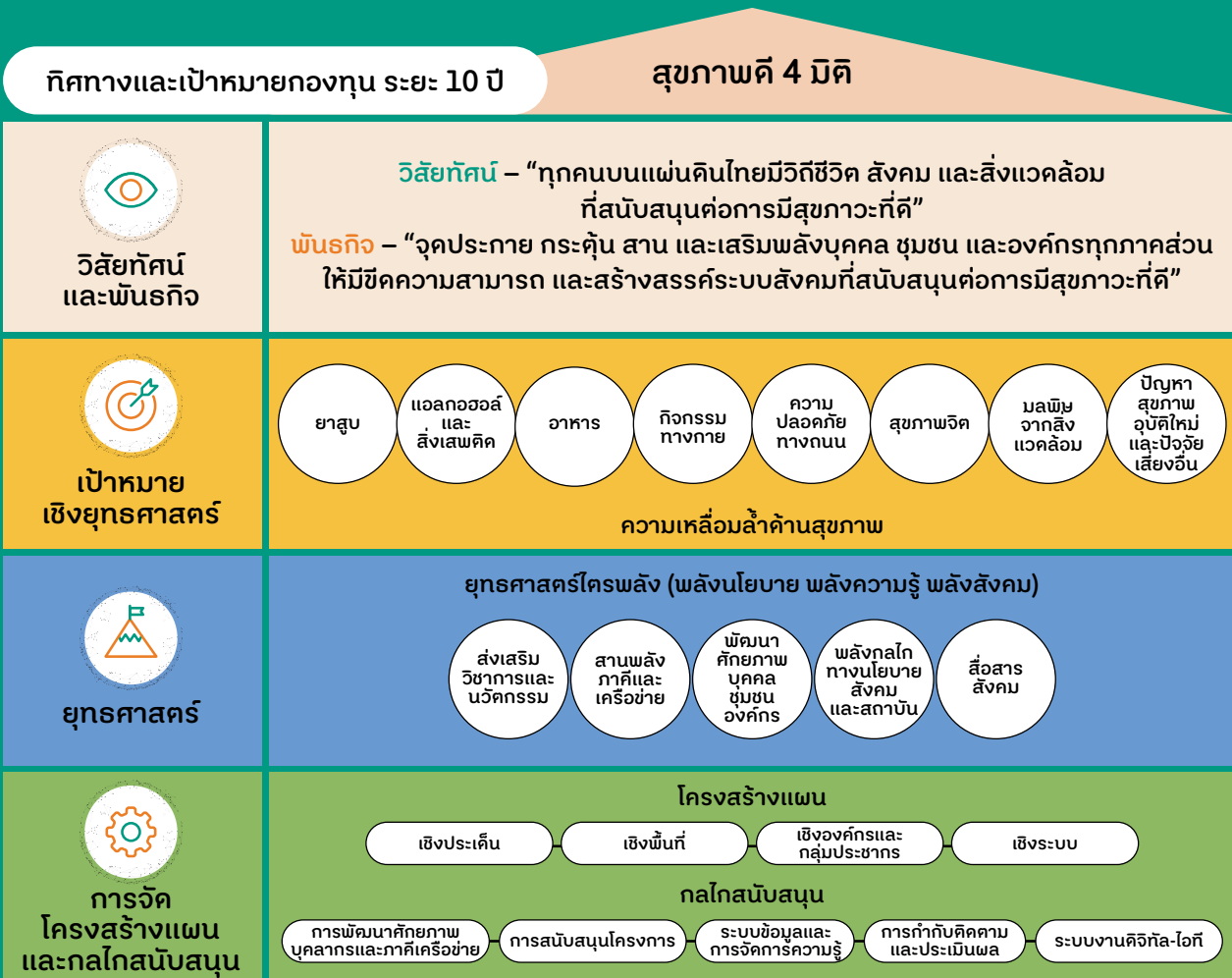
(พ.ศ. 2565-2574)



# ทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)

ทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) มีกระบวนการจัดทำโดยเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งจากภาควิชาการ ภาครัฐ ภาคประชาสังคม รวมทั้งบุคลากรและผู้ทรงคุณวุฒิของ สสส. ที่ได้ร่วมกันคัดเลือกประเด็นสำคัญในการกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการในอีก 10 ปีข้างหน้า ตลอดจนกระบวนการทางวิชาการที่มีการทบทวนสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การวิเคราะห์ปัจจัยภายในและภายนอก และการพิจารณาข้อเสนอแนะที่ได้จากการประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมา โดยสามารถสรุปเป็นการดำเนินงานภายใต้ทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในแบบจำลองบ้าน (housing model) ที่มีองค์ประกอบสำคัญ 4 ส่วน ได้แก่

## ภาพรวมทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)



## ส่วนที่ 1 เป้าหมายการมีสุขภาพดี 4 มิติ

แสดงเป้าหมายสูงสุดของการสร้างเสริมสุขภาพที่ต้องการให้บุคคลมีสุขภาพดี สมบูรณ์พร้อมทั้ง 4 มิติ คือการมีสุขภาพกายดี สุขภาพจิตดี สุขภาวะทางปัญญาดี และมีสังคมที่ดี ตามวิสัยทัศน์ขององค์กรที่ต้องการให้ “ทุกคนบนแผ่นดินไทยมีวิถีชีวิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาพะที่ดี” และพันธกิจ “จุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลังบุคคล ชุมชน และองค์กรทุกภาคส่วนให้มีขีดความสามารถและสร้างสรรค์ระบบสังคมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาพะที่ดี”

## ส่วนที่ 2 เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์

คือ จุดเน้นการทำงานที่เป็นเป้าหมายหลัก 7 เป้าหมาย และ 1 เป้าหมายพิเศษเพื่อใช้รองรับและสนับสนุนการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ โดยใช้เป็นเป้าหมายร่วมของ สสส. และภาคีเครือข่ายในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพ ได้แก่ (1) ลดอัตราการบริโภคยาสูบ (2) ลดอัตราการบริโภคสุราและสิ่งเสพติด (3) เพิ่มสัดส่วนการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพอย่างสมดุล (4) เพิ่มสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ (5) ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน (6) เพิ่มสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตดี (7) ลดผลกระทบสุขภาพจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อม และ (8) เตรียมพร้อมรับปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น โดยการดำเนินงานในทุกประเด็นจะต้องคำนึงถึงบริบทที่แตกต่างกันของพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย และเป็นการดำเนินการเพื่อลดช่องว่างและต้องไม่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพที่มากขึ้น

## ส่วนที่ 3 ยุทธศาสตร์การทำงาน

แสดงวิธีการทำงานของกองทุนภายใต้กรอบการทำงานการสร้างเสริมสุขภาพ (รูปภาพที่ 1.2) เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพใน 5 ยุทธศาสตร์ คือ (1) การสนับสนุนงานวิชาการและรณรงค์นวัตกรรม (2) พัฒนาศักยภาพบุคคล ชุมชน และองค์กร (3) สานเสริมพลังเครือข่าย (4) พัฒนากลไกทางนโยบาย สังคม และสถาบัน และ (5) สื่อสารจุดประกาย ชี้นำ สังคม การขับเคลื่อนงานตามยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ด้าน จะอยู่บนฐานของการบูรณาการสานพลัง 3 ด้าน คือ พลังนโยบาย พลังความรู้ และพลังสังคม (ไตรพลัง) เพื่อให้เกิดประโยชน์กับสังคมโดยรวมและมีความยั่งยืน

## ส่วนที่ 4 การจัดโครงสร้างแผนและกลไกสนับสนุน

เป็นการจัดโครงสร้างแผนและกลไกสนับสนุนการทำงานที่สำคัญตามบริบทของงานสร้างเสริมสุขภาพและการบูรณาการระหว่างแผน โดย สสส. ได้จัดโครงสร้างแผนเพื่อการบริหารจัดการออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มแผนเชิงประเด็น กลุ่มแผนเชิงพื้นที่ กลุ่มแผนเชิงองค์กรและกลุ่มประชากร และกลุ่มแผนเชิงระบบ ส่วนล่าสุดแสดงกลไกเพื่อสนับสนุนการทำงานตามยุทธศาสตร์และการจัดโครงสร้างแผนข้างต้น 5 กลไก คือ (1) การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร สสส. และภาคีเครือข่าย (2) ระบบงบประมาณและการสนับสนุนโครงการ (3) ระบบฐานข้อมูลและการจัดการความรู้ (4) การกำกับ ติดตาม และการประเมินผล และ (5) การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและดิจิทัล

## 1. วิสัยทัศน์และพันธกิจ

### วิสัยทัศน์

“ทุกคนบนแผ่นดินไทย  
มีวิถีชีวิต สังคม  
และสิ่งแวดล้อม  
ที่สนับสนุน  
ต่อการมีสุขภาวะที่ดี”

ทุกคนบนแผ่นดินไทย หมายถึง การไม่แบ่งแยกเชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา ความเชื่อและอุดมการณ์ทางการเมือง เพศ และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมอื่น

การมีวิถีชีวิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาวะที่ดี หมายถึง การที่บุคคลมีพฤติกรรมทางสุขภาพและวิถีชีวิตที่ส่งผลให้สุขภาวะที่ดี ภายใต้สังคมและสภาพแวดล้อม ทั้งทางกายภาพ ค่านิยม วัฒนธรรม จารีต ประเพณี กฎระเบียบ และระบบสุขภาพโดยรวมของไทย ที่สนับสนุนให้ทุกคนบนแผ่นดินไทยมีสุขภาวะดีถ้วนหน้า

จากกระบวนการทบทวนการดำเนินงานของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในทศวรรษที่ผ่านมา พบว่า วิสัยทัศน์การดำเนินงานของกองทุน ในระยะ 10 ปี ข้างหน้า (พ.ศ. 2565-2574) ยังคงมีความมุ่งหวังให้ “ทุกคนบนแผ่นดินไทยมีวิถีชีวิต สังคมและสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาวะที่ดี” ซึ่งสอดคล้องกับเจตนารมณ์และความมุ่งหมายของพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544

### พันธกิจ

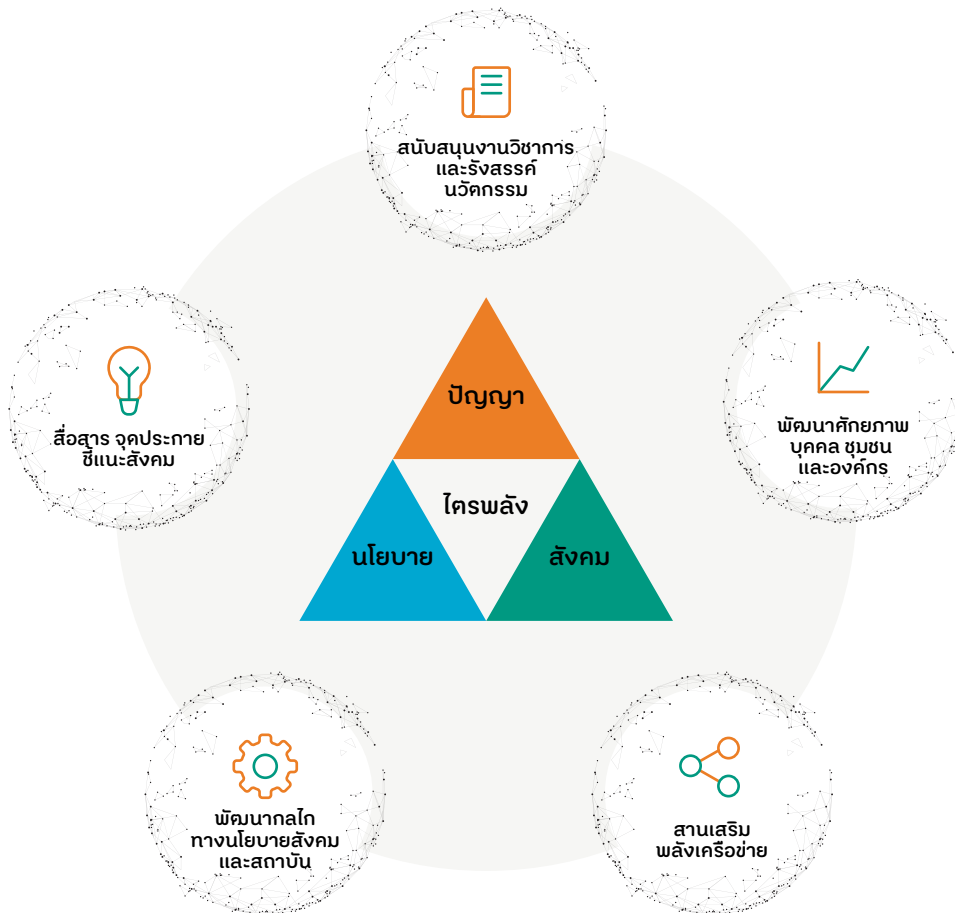
“จุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลังบุคคล ชุมชน และองค์กรทุกภาคส่วน  
ให้มีขีดความสามารถและสร้างสรรค์ระบบสังคมที่สนับสนุน  
ต่อการมีสุขภาวะที่ดี”

การกำหนดพันธกิจของกองทุนพิจารณาโดยใช้กรอบวัตถุประสงค์ตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 มาตรา 5<sup>1</sup> เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายของกองทุน และสอดคล้องกับวิสัยทัศน์

- 1 พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 มาตรา 5 ได้กำหนดวัตถุประสงค์ไว้ดังนี้
  1. ส่งเสริมสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในประชากรทุกวัยตามนโยบายสุขภาพแห่งชาติ
  2. สร้างความตระหนักเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงจากการบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสารอื่นที่ทำลายสุขภาพและสร้างความเชื่อในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนทุกระดับ
  3. สนับสนุนการรณรงค์ให้ลดบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสาร หรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ ตลอดจนให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
  4. ศึกษาวิจัยหรือสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย ฝึกอบรมหรือดำเนินการให้มีการประชุมเกี่ยวกับการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
  5. พัฒนาความสามารถของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชน หรือองค์กรเอกชน องค์กรสาธารณประโยชน์ ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ และ
  6. สนับสนุนการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ในลักษณะที่เป็นสื่อเพื่อให้ประชาชนสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์และลดบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสาร หรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ

## 2. ยุทธศาสตร์การสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

การกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อการสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพให้มีความสำคัญกับการบูรณาการงานในทุกด้าน โดยมียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ดังนี้



### ยุทธศาสตร์หลัก

ยุทธศาสตร์ “ไตรพลัง” ประกอบด้วย พลังนโยบาย พลังความรู้ และพลังสังคม เป็นยุทธศาสตร์หลักสำหรับขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญในสังคมไทยอย่างสร้างสรรค์และเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ ยุทธศาสตร์สามพลังประกอบด้วย

- **พลังปัญญา** คือ การขยายพื้นที่ทางปัญญา (wisdom space) อย่างกว้างขวางในการสร้างเสริมสุขภาพ ให้บรรลุผลสำเร็จ โดยอาศัยองค์ความรู้จากทุกภาคส่วน ร่วมกับการพัฒนาองค์ความรู้ต่อเนื่องที่เท่าทันต่อสถานการณ์อย่างเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและบริบทขององค์ความรู้ ก่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่ตรงเป้าหมาย ขยายผลได้อย่างรวดเร็ว และเสริมพลังปัญญาในทิศทางเดียวกัน
- **พลังนโยบาย** คือ การขยายพื้นที่การมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะ (space of participatory policy process) อย่างกว้างขวาง โดยนโยบายจะก่อให้เกิดระบบและโครงสร้างที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ และส่งผลกระทบต่อประชาชน
- **พลังทางสังคม** คือ การขยายพื้นที่ทางสังคม (social space) อย่างกว้างขวาง โดยการระดมพลังเครือข่ายทางสังคมที่มีบทบาทสำคัญในการทำงาน การรณรงค์ และการเฝ้าระวังในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้การขยายพื้นที่ทางสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพ



## ยุทธศาสตร์เฉพาะ

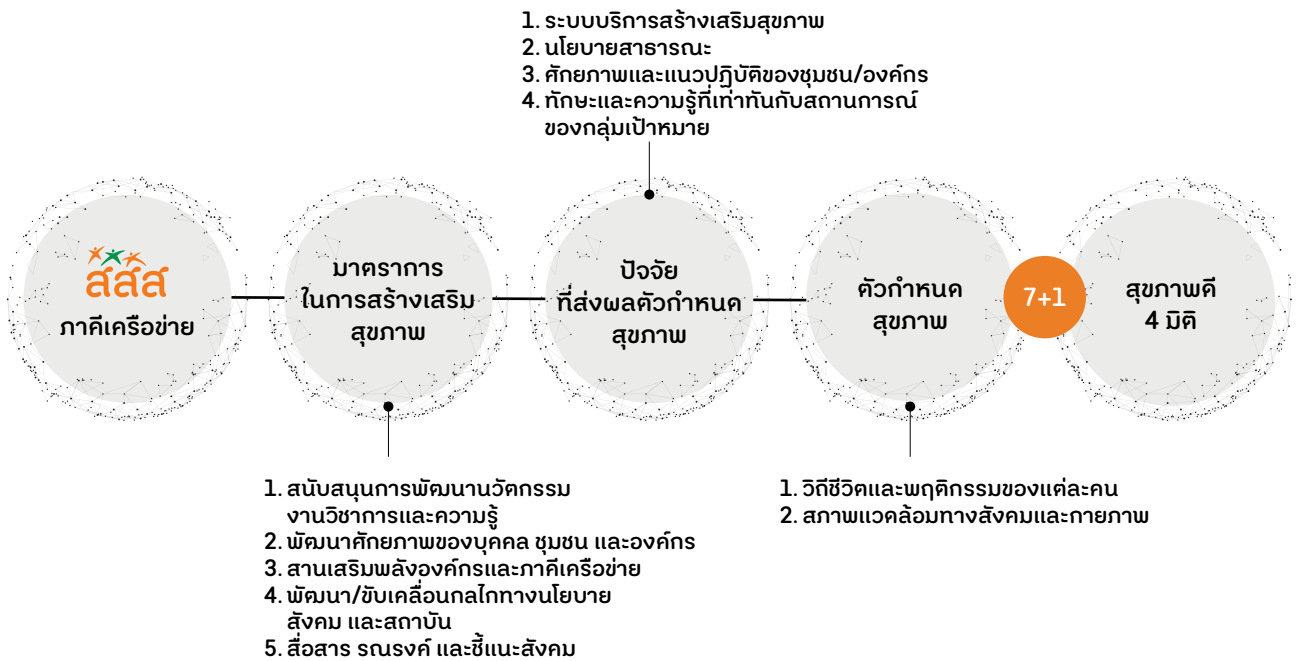
1. สนับสนุนงานวิชาการและรังสรรค์นวัตกรรม พัฒนางานวิชาการและรังสรรค์นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ให้มีความรู้ กลไกและวิธีการใหม่ ๆ ให้เหมาะสมกับการทำงานเพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและไม่หยุดนิ่ง
2. พัฒนาศักยภาพบุคคล ชุมชน และองค์กร พัฒนาศักยภาพบุคคลและองค์กร ให้เท่าทันพลวัตของปัจจัยต่าง ๆ ที่กระทบต่อสุขภาพ รวมทั้งให้มีขีดความสามารถในการทำงานทั้งที่เป็นงานเฉพาะด้านและการบูรณาการ ในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับภูมิภาคและระดับโลก
3. เสริมพลังเครือข่าย เสริมพลังเครือข่ายและชุมชนท้องถิ่น สนับสนุนกิจกรรมเพื่อการพัฒนาความเข้มแข็งเชิงระบบและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ชุมชนและท้องถิ่น อันรวมถึง ผู้นำ กลุ่ม องค์กร ชุมชนทั้งในเชิงพื้นที่ และในลักษณะอื่น ๆ
4. พัฒนาระบบกลไกทางนโยบาย สังคม และสถาบัน พัฒนาระบบและกลไกทางสังคมที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาวะ ซึ่งรวมถึง ระบบและกลไกนโยบาย กฎหมาย และกลไกทางสังคมอื่น ๆ ที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
5. สื่อสาร จุดประกาย ชี้นำ สังคม พัฒนาระบบการเรียนรู้และสื่อสารสาธารณะ โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพ ในด้านการจัดการความรู้ ข้อมูล การสื่อสาร และเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่เหมาะสมกับบริบทการสื่อสารใหม่ ทั้งในส่วนของ สสส. และภาคีเครือข่าย เพื่อกระตุ้น จุดประกาย และชี้นำสังคม ให้เกิดการปรับพฤติกรรม สังคมและสิ่งแวดล้อม ให้เหมาะสมกับการมีสุขภาวะ

## 3. เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์

การกำหนดเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ภายใต้ทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) เป็นการพัฒนาจากแนวโน้มสำคัญทั้งในระดับนานาชาติและระดับชาติ ที่ส่งผลต่อสุขภาวะและพฤติกรรมสุขภาพของคนไทย และคำนึงถึงความสอดคล้องของกฎหมาย ยุทธศาสตร์ และแผนระดับชาติ ตามทิศทางการขับเคลื่อนสุขภาพของประเทศไทย ตลอดจนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ และภาคีเครือข่าย จนสามารถสรุปเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ที่เน้นการทำงานในรูปแบบการกระตุ้น สาน และเสริมพลัง เพื่อสนับสนุนให้บรรลุภาพรวมผลลัพธ์ทางสุขภาพของประเทศ

โดยเป้าหมายที่เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพของประเทศเหล่านี้ มีองค์กรผู้รับผิดชอบด้านต่าง ๆ ที่ได้รับมอบหมาย อำนวยหน้าที่จากรัฐให้ดำเนินการให้บรรลุผล สสส. จะดำเนินการในบทบาทของการสนับสนุนภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ให้สามารถร่วมดำเนินการไปสู่การบรรลุผลลัพธ์ดังกล่าว การวางเป้าหมายยุทธศาสตร์นี้ เป็นไปเพื่อชี้ทิศทางเป้าหมายการสนับสนุนของ สสส. โดยมีได้หมายถึงว่า เป้าหมายเหล่านี้เป็นของ สสส. โดยตรงแต่อย่างไร

ทั้งนี้ เพื่อให้การขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพเป็นไปอย่างมีระบบและสามารถติดตามและวัดผลการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม จึงได้นำกรอบการวิเคราะห์ห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome: CoO) มาใช้วิเคราะห์ขอบเขตการดำเนินงานที่เป็นจุดเน้นของแต่ละเป้าหมายยุทธศาสตร์ เพื่อให้แต่ละเป้าหมายส่งผลกระทบต่อสุขภาพตามได้ตามผลลัพธ์ที่ต้องการ



การวิเคราะห์ห่วงโซ่ผลลัพธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพจะเริ่มวิเคราะห์จากการมีสุขภาพดีของคน ซึ่งตัวกำหนดสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของคน คือ พฤติกรรมส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคม โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมและมาตรการในการสร้างเสริมสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อตัวกำหนดสุขภาพและการมีสุขภาพดีของบุคคลเกิดจากการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย

การสร้างเสริมสุขภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อให้คนไทยทุกคนมีสุขภาพดี แต่เนื่องจากปัจจุบันมีปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอยู่เป็นจำนวนมากที่ส่งผลทั้งต่อพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมทางสุขภาพ สสส. จึงได้กำหนดเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์เพื่อกำหนดจุดเน้นและขอบเขตการดำเนินงานที่ส่งผลสำคัญต่อตัวกำหนดสุขภาพ โดยแบ่งออกเป็น เป้าหมายหลัก 7 เป้าหมาย และเป้าหมายที่รองรับต่อปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในอีก 10 ปีข้างหน้า รวมเป็น 8 เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์เพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดผลลัพธ์คือประชาชนมีสุขภาพดี โดยมีรายละเอียดดังนี้



## เป้าหมายที่ 1 ลดอัตราการบริโภคยาสูบ

การบริโภคยาสูบเป็นพฤติกรรมเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่ ครอบครัว ชุมชน และสาธารณะ โดยโทษของควันบุหรี่มี 3 รูปแบบ ได้แก่ (1) ควันบุหรี่มือหนึ่งก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจและทำให้เนื้อปอดเสื่อมสมรรถภาพ เมื่อมีการสะสมของควันบุหรี่ในปอดอย่างต่อเนื่องซึ่งทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคถุงลมปอดโป่งพอง เป็นต้น และเป็นโรคติดต่อง่ายขึ้น (2) ควันบุหรี่มือสองที่ผู้สูบบุหรี่ฟุ้งกระจายในอากาศทำให้คนรอบข้างสูดดมและรับสารพิษเข้าไป และ (3) ควันบุหรี่มือสามเป็นควันที่ตกค้างตามสถานที่และสิ่งของที่อยู่ในสภาพแวดล้อมของการสูบบุหรี่ เช่น เฟอร์นิเจอร์ เสื้อผ้า เป็นต้น ดังนั้น การควบคุมการสูบบุหรี่โดยการลดอัตราการสูบบุหรี่และยาสูบไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อผู้สูบบุหรี่เองเท่านั้นแต่ยังส่งผลกระทบต่อตัวบุคคล เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลอีกด้วย

### ขอบเขตการดำเนินงาน

เป้าหมายการลดอัตราการบริโภคยาสูบมีจุดประสงค์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากการบริโภคยาสูบที่เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของคนไทย โดยได้กำหนดขอบเขตการดำเนินงานที่สำคัญไว้ดังนี้

#### 1. ป้องกันผู้บริโภคนายหน้าใหม่

การป้องกันผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่เป็นการลดผลกระทบต่อสุขภาพจากปัจเจกบุคคลโดยตรง ซึ่งจะส่งต่อเป้าหมายหลักเพื่อลดอัตราการสูบบุหรี่และยาสูบอย่างยั่งยืน เนื่องจากการจัดการกับกลุ่มคนที่มีอายุน้อยและไม่สูบบุหรี่หรือยังไม่เริ่มสูบบุหรี่จะสามารถลดผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นกับบุคคลรอบข้าง ครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อมได้ตั้งแต่ต้นทาง รวมทั้งลดผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศ

#### 2. ลดผลกระทบจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง

ความเจ็บป่วยจากควันบุหรี่มือสองเป็นปัจจัยสำคัญที่เกิดแก่บุคคลรอบข้างของผู้บริโภคยาสูบ ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียเช่นเดียวกับกลุ่มผู้บริโภคนายหน้า ดังนั้น การลดผลกระทบของบุคคลที่ไม่ได้มีพฤติกรรมเสี่ยงด้วยตนเองแต่ได้รับปัจจัยเสี่ยงจากบุคคลรอบข้าง จึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการบรรลุวัตถุประสงค์หลักในการลดการบริโภคยาสูบ โดยเน้นการลดในสถานที่เฉพาะ เช่น ตลาด สถานีขนส่งสาธารณะ ร้านอาหาร เป็นต้น

#### 3. ลดผู้บริโภคนายเดิม

อัตราผู้เสียชีวิตเพราะบุหรี่ยังมีสัดส่วนสูงเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรที่เสียชีวิตทั้งหมดต่อปี แม้ว่าการดำเนินงานในปัจจุบันจะไม่สามารถลดผู้บริโภคนายเดิมได้เท่าในอดีต แต่ยังคงจำเป็นต้องมีขอบเขตงานที่ควบคุมและลดอัตราการบริโภคยาสูบโดยเน้นการดำเนินงานเชิงพื้นที่และในปัจจุบันกำหนดสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

#### 4. พัฒนาศักยภาพกลไกการควบคุมยาสูบ

การดำเนินงานเพื่อควบคุมยาสูบของประเทศไทยมีกลไกทั้งในเชิงกฎหมายและนโยบายที่เกิดขึ้นแล้ว แต่ยังขาดประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนและดำเนินงานเพื่อให้กลไกดังกล่าวประสบความสำเร็จในการควบคุมยาสูบ ปัจจุบันมีการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องหลายกลไก แต่การดำเนินงานในแต่ละส่วนยังขาดความเชื่อมโยงในการทำงานระหว่างส่วนกลางและระดับจังหวัดที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้กลไกการควบคุมยาสูบยังขาดความเข้มแข็ง



## เป้าหมายที่ 2 ลดอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการตายก่อนวัยอันควร ทั้งจากอุบัติเหตุ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และยังสามารถก่อให้เกิดการบาดเจ็บ พิการ หรือปัญหาสุขภาพจิตตามมา ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพและการดำเนินชีวิต ซึ่งไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสิ่งเสพติดเท่านั้น แต่ยังสามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวในปัญหาความรุนแรง ผลกระทบต่อสาธารณสุขที่ทำให้ประเทศเกิดปัญหาการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ ประสิทธิภาพของแรงงาน และต้นทุนในการรักษาและบำบัดผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ซึ่งล้วนส่งผลต่อพัฒนาการเศรษฐกิจของประเทศทั้งสิ้น

### ขอบเขตการดำเนินงาน

เป้าหมายการลดอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดมีจุดประสงค์เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติดที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของคนไทย โดยได้กำหนดขอบเขตการดำเนินงานที่สำคัญไว้ดังนี้

#### 1. ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่

ปัจจุบันสัดส่วนนักดื่มในกลุ่มเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ และวัยผู้ใหญ่ตอนต้นยังมีความชุกในการดื่มสูง แต่นักดื่มไทยมีความหลากหลายและมีแนวโน้มในการเปลี่ยนแปลงโดยเปียร์กลายเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมมากที่สุดในกลุ่มนักดื่มวัยหนุ่มสาวและผู้หญิง ส่งผลให้สัดส่วนของนักดื่มหญิงที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และแนวโน้มของนักดื่มหน้าใหม่เพิ่มขึ้น

#### 2. สร้างวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมปลอดเหล้า

ธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักสร้างภาพลักษณ์ให้สินค้าและธุรกิจของตนเพื่อให้ประชาชนมีทัศนคติเชิงบวกต่อเหล้าเปียร์ว่าเป็นสินค้าปกติ เป็นเครื่องดื่มที่ทุกคนสามารถเข้าถึงและดื่มได้ ใช้เฉลิมฉลองในโอกาสพิเศษ สร้างมิตรภาพ สร้างความสนุกสนาน โดยธุรกิจแอลกอฮอล์ได้เข้ามามีอิทธิพลและทำการตลาดโดยใช้ช่องทางงานประเพณี วัฒนธรรม และเทศกาลสำคัญ โดยมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนการจัดงาน มีกิจกรรมโฆษณาและส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ใหม่ รวมถึงสนับสนุนการแสดงดนตรีเพื่อส่งเสริมให้มีการดื่มตลอดช่วงเวลาจัดงาน

#### 3. เสริมศักยภาพกลไกการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ภารกิจสำคัญของกลไกการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ การบังคับใช้กฎหมาย และสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นกลไกส่วนกลางในการดำเนินการในส่วนภูมิภาคและกรุงเทพมหานครมีคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด และคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กรุงเทพมหานคร เป็นกลไกดำเนินการ

#### 4. ป้องกันและควบคุมสิ่งเสพติดอื่น

ปัจจุบันมีสิ่งเสพติดที่ทำลายสุขภาพหลายรูปแบบ ทั้งสารเสพติดที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพและแพร่หลายในหมู่วัยรุ่น และสิ่งเสพติดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมทางสุขภาพ เช่น ปัญหาเด็กติดเกม ปัญหาการพนันออนไลน์ เป็นต้น ซึ่งล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนเนื่องจากการใช้เวลาและรายได้หมดไปกับกิจกรรมที่ไม่ดีกับสุขภาพ



### เป้าหมายที่ 3 เพิ่มสัดส่วนการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพอย่างสมดุล

การบริโภคอาหารที่ไม่ได้สัดส่วนก่อให้เกิดภาวะโภชนาการทั้งขาดและเกิน ซึ่งก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรโลกมากถึง 39.5 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 30 ของจำนวนประชากรที่เสียชีวิตทั้งหมด<sup>2</sup> เช่นเดียวกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่โรค NCDs เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยมีจำนวนประชากรไทยที่เสียชีวิตด้วยโรค NCDs เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66 เป็นร้อยละ 76 ในช่วงระยะเวลา 10 ปี (2547-2557) หรือมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 9,800 คนต่อปี สาเหตุหลักเกิดจากโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีปัจจัยเสี่ยงสำคัญจากภาวะความดันโลหิตสูง<sup>3</sup> ที่มีสาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งจากการบริโภคอาหารที่ไม่ได้สัดส่วน บริโภคอาหารมากเกินไป และการบริโภครสจัดและมีไขมันสูง

#### ขอบเขตการดำเนินงาน

เป้าหมายการเพิ่มสัดส่วนการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพมีจุดประสงค์เพื่อสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีให้แก่คนไทย โดยได้กำหนดขอบเขตการดำเนินงานที่สำคัญไว้ดังนี้

#### 1. การเพิ่มสัดส่วนประชากรที่มีภาวะสุขภาพและโภชนาการสมดุล

ปัจจุบันประชากรไทยยังมีภาวะขาดสารอาหารเป็นจำนวนมาก แต่อีกด้านหนึ่งกลับมีแนวโน้มภาวะโภชนาการเกินที่มากขึ้น รวมถึงการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นผลจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้องเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพในปัจจุบันที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้นในอนาคต เช่น ภาวะอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง แมทาบอลิซึมซินโดรม เป็นต้น

#### 2. การเสริมสร้างคุณภาพและความปลอดภัยทางอาหาร

สาเหตุส่วนใหญ่ของการเจ็บป่วยจากการบริโภคอาหารว่าเกิดจากอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์และสารเคมี ซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภคแล้วยังส่งผลกระทบต่อปริมาณและเศรษฐกิจของประเทศ พบการปนเปื้อนของอันตรายในผลิตภัณฑ์ทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ เช่น การตกค้างของสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชและยาในเนื้อสัตว์การปนเปื้อนของสารพิษจากเชื้อรา รวมถึงพบอาหารที่มีคุณภาพไม่ตรงตามมาตรฐาน เป็นต้น

#### 3. การเสริมสร้างความมั่นคงทางอาหาร

องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) ได้นิยามความมั่นคงทางอาหารว่าเป็นสถานการณ์ที่ทุกคนในทุกเวลาสามารถเข้าถึงอาหารได้ทั้งด้านกายภาพ สังคม เศรษฐกิจ อย่างเพียงพอ ปลอดภัย มีคุณค่าทางโภชนาการ และตรงกับความต้องการของตนเองเพื่อการมีสุขภาพที่ดี โดยความมั่นคงทางอาหารจะต้องมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ การมีอาหารเพียงพอ (food availability) การเข้าถึงอาหาร (food access) การใช้ประโยชน์จากอาหาร (food utilization) และการมีเสถียรภาพด้านอาหาร (food stability) ดังนั้น หากยังไม่มีการบริหารจัดการด้านการเกษตรและอาหารที่ดีและยั่งยืน จึงมีแนวโน้มว่าในอนาคตอาจเผชิญกับปัญหาความไม่มั่นคงทางอาหาร โดยเฉพาะความเหลื่อมล้ำทางอาหารในกลุ่มประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบท ห่างไกลความเจริญและประชาชนที่มีฐานะยากจน

<sup>2</sup> World Health Organization. (2018). "Noncommunicable diseases: Mortality".

เข้าถึงได้จาก <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

<sup>3</sup> มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2560). "รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557". (บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด)



## เป้าหมายที่ 4 เพิ่มกิจกรรมทางกาย

กิจกรรมทางกาย (physical activity) หมายถึง การเคลื่อนไหวของร่างกายโดยกล้ามเนื้อโครงร่าง (skeletal muscles) ที่ทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานที่ส่งผลต่อสุขภาพ (ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก) แบ่งได้เป็น 3 ระดับตามการใช้ร่างกาย ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับหนัก (mild-moderate-vigorous) ซึ่งรวมอยู่ในรูปแบบกิจกรรม 3 ประเภท ได้แก่ กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวข้องกับการเดินทาง และกิจกรรมทางกายที่เกี่ยวข้องกับการนันทนาการและกีฬา (work-transport-recreation) การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมีความสำคัญเนื่องจากสามารถลดปัจจัยเสี่ยงหลักด้านสุขภาพที่นำไปสู่การเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs)

### ขอบเขตการดำเนินงาน

เป้าหมายการเพิ่มกิจกรรมทางกายมีจุดประสงค์เพื่อสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีให้แก่คนไทย โดยได้กำหนดขอบเขตการดำเนินงานที่สำคัญไว้ดังนี้

#### 1. การสนับสนุนและกระตุ้นให้คนมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ (Active People)

การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอส่งผลต่อการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ จึงนับเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการยกระดับการมีสุขภาพของประชากรในสังคม โดยการมีกิจกรรมทางกายในระดับที่เพียงพอจะช่วยให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลายชนิด ทั้งโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ ทั้งช่วยให้จิตใจผ่อนคลาย ทำให้สามารถลดภาวะเครียดจากการทำงาน

#### 2. การสร้างเสริมสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย (Active Environment)

สภาพแวดล้อมในการมีกิจกรรมทางกายก็เป็นสิ่งสำคัญต่อการมีกิจกรรมทางกายของคน หากคนมีความตั้งใจต่อการมีกิจกรรมทางกายแต่สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม ย่อมส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายการเพิ่มกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ สถานการณ์ปัจจุบันที่ส่งผลต่อสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย เช่น มลพิษทางอากาศจากสถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM 2.5 ตั้งแต่ปี 2562 การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ส่งผลกระทบต่อการเดินทางชีวิตของประชากรตั้งแต่ช่วงต้นปี 2563 เป็นต้น นับเป็นอุปสรรคที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทยทั่วทั้งประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

#### 3. การพัฒนาระบบและนวัตกรรมเพื่อสนับสนุนให้คนมีกิจกรรมทางกาย (Active System)

การส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายที่บ้าน (fit from home) ด้วยวิธีการต่าง ๆ ด้วยการเผยแพร่และรณรงค์จนส่งผลให้เกิดการปรับตัวเพื่อมีกิจกรรมทางกายในภาวะที่สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญต่อการกระตุ้นให้คนมีกิจกรรมทางกาย หากในอนาคตมีการพัฒนาระบบเพื่อสนับสนุนและสามารถกระตุ้นให้คนออกกำลังกายได้อย่างเพียงพอโดยสามารถลดข้อจำกัดด้านสถานที่และสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมได้ ย่อมสนับสนุนให้คนสามารถมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอได้อีกทางหนึ่ง





## เป้าหมายที่ 5 ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน

การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเป็นปัญหาสำคัญของทุกประเทศ ซึ่งปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งในการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรคือ การเกิดอุบัติเหตุทางถนน เนื่องจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสัมพันธ์กับมิติหลายด้าน เช่น ด้านเศรษฐกิจผลผลิตมวลรวมของประเทศหากมีประชากรในวัยทำงานลดลง ด้านสังคมซึ่งหากผู้เสียชีวิตเป็นหัวหน้าครอบครัวจะส่งผลให้ครอบครัวขาดความอบอุ่นและประสบปัญหาสุขภาพอื่นตามมา เป็นต้น โดยมีรายงานการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่าอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยมักเกิดขึ้นกับประชากรในกลุ่มวัยที่มีผลผลิตทางเศรษฐกิจสูง คือ ช่วงอายุระหว่าง 15-49 ปี<sup>4</sup> ดังนั้น ทุกประเทศจึงให้ความสำคัญในการจัดการและแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรให้สำเร็จ ซึ่งหากสามารถทำได้จะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศและจะช่วยเพิ่ม GDP ของประเทศ และลดความสูญเสียในหลากหลายมิติ เพื่อนำไปสู่การสร้างความปลอดภัยทางถนนในประเทศไทย

### ขอบเขตการดำเนินงาน

เป้าหมายการลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนนมีจุดประสงค์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยได้กำหนดขอบเขตการดำเนินงานที่สำคัญไว้ดังนี้

#### 1. ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่ออุบัติเหตุทางถนน

อุบัติเหตุทางถนน (road traffic injuries) เป็นปัจจัยสำคัญที่นำมาสู่ผลกระทบและความสูญเสียเป็นวงกว้างทั่วโลก โดยในแต่ละปีมีประชากรทั่วโลกกว่า 1.35 ล้านคนที่ต้องเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุระหว่าง 5-29 ปี ทั้งนี้ อุบัติเหตุทางถนนเกินกว่าครึ่งหนึ่งเกิดในกลุ่มผู้เปราะบางบนถนน (Vulnerable Road Users: VRU) ได้แก่ คนเดินเท้า ผู้ใช้จักรยาน และจักรยานยนต์

#### 2. ลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์

ประเทศไทยมีกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์สูงและถือเป็นกลุ่มเปราะบางในการใช้รถใช้ถนน อุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ที่ไม่สวมหมวกนิรภัยซึ่งจะช่วยป้องกันการบาดเจ็บที่ศีรษะและป้องกันการเสียชีวิตเมื่อเกิดอุบัติเหตุ การแก้ไขปัญหาถือเป็นโจทย์ที่มีความท้าทายสูงเนื่องจากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการมากกว่าเพียงแค่การบังคับใช้กฎหมาย

#### 3. การจัดการพื้นที่เสี่ยงเพื่อลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน

พฤติกรรมเสี่ยงที่มักพบบ่อยและส่งผลกระทบต่อสูงเมื่อเกิดอุบัติเหตุทางถนน คือ ดื่มแล้วขับ และ ขับรถเร็ว ดังจะเห็นได้ตามข่าวในสื่อต่าง ๆ และเป็นพฤติกรรมเสี่ยงสูง 2 อันดับแรก ในปี 2561 พบว่า ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อแสนประชากรสูงสุด ได้แก่ ระยอง ชลบุรี จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสระแก้ว ตามลำดับ รองลงมาเป็นภาคกลาง ได้แก่ สระบุรี ประจวบคีรีขันธ์ พระนครศรีอยุธยา และนครนายก โดยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ยังคงเป็น กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ กลุ่มผู้ชาย และกลุ่มแรงงาน

4 ข้อมูลจาก Institute for Health Metrics and Evaluation, เข้าถึงได้จาก: <http://www.healthdata.org/thailand>





## เป้าหมายที่ 6 เพิ่มสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตสมบูรณ์

สุขภาพจิต (mental health) หมายถึง สภาพที่ดีของจิตใจที่สามารถควบคุมอารมณ์ไม่ให้เกิดความคับข้องใจหรือขัดแย้งภายในจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุขหรือสภาพชีวิตที่เป็นสุข<sup>5</sup> โดยปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่พบได้บ่อย โดยสุขภาพจิตและสุขภาพร่างกายมีความเชื่อมโยงกัน หากพื้นฐานสุขภาพจิตไม่ดีจะเป็นปัจจัยเสี่ยงของสภาพร่างกายป่วยเรื้อรัง ในทำนองเดียวกันหากสุขภาพร่างกายไม่ดีก็ส่งผลต่อสุขภาพจิตเช่นเดียวกัน และมีแนวโน้มต่อผลลัพธ์ต่อสุขภาพที่ไม่ดี นอกจากนี้ สุขภาพจิตยังเชื่อมโยงกับการบริโภคยาสูบ สารเสพติด และสุรา ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพได้ทั้งในระดับตัวบุคคลที่อาจก่อให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง ในระดับครอบครัวที่อาจก่อให้เกิดการใช้ความรุนแรง ดังนั้น หลายประเทศจึงให้ความสำคัญกับการดำเนินนโยบายสุขภาพจิตควบคู่กับการสร้างเสริมสุขภาพในด้านอื่น ๆ

### ขอบเขตการดำเนินงาน

เป้าหมายการเพิ่มสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตสมบูรณ์มีจุดประสงค์เพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตควบคู่ไปกับการสร้างเสริมสุขภาพทางกาย โดยได้กำหนดขอบเขตการดำเนินงานที่สำคัญไว้ดังนี้

#### 1. การเพิ่มสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตสมบูรณ์ในกลุ่มเสี่ยง

สถานการณ์สุขภาพจิตของวัยรุ่นไทยยังมีความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตาย โดยเพศหญิงจะมีความเสี่ยงเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย และยังพบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงจะฆ่าตัวตาย โดยวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงจะฆ่าตัวตายมีโอกาสจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีความเสี่ยงจะฆ่าตัวตายถึงเกือบสิบเท่า นอกจากนี้ กลุ่มวัยทำงานอายุตั้งแต่ 15-59 ปี มีแนวโน้มการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากภาวะสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ และมีอัตราการตายจากการทำร้ายตัวเองที่เกิดจากความเครียดสูงซึ่งเกิดจากมาจากการทำงานและความรับผิดชอบที่ต้องแบกรับ นอกจากนี้ ปัญหาความรุนแรงทางสังคมในปัจจุบันยังก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอีกด้วย

#### 2. การพัฒนาสุขภาพจิตในกลุ่มพื้นที่เสี่ยง

ปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นส่วนหนึ่งมาจากการพัฒนาเมือง เช่น การพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษประชาคมอาเซียน เป็นต้น ส่งผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายประชากรและแรงงานต่างด้าวเข้ามาในประเทศไทย ซึ่งมีความหลากหลายทางค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรม ตลอดจนการใช้ชีวิต ทำให้เกิดความเครียด ความขัดแย้ง และความกังวลจากปัญหาระหว่างคนที่อยู่ในพื้นที่กับประชากรที่เคลื่อนย้ายเข้ามา อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น

5 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. (2562). “แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580)”.



## เป้าหมายที่ 7 ลดผลกระทบสุขภาพจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อม

มลพิษเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะในปัจจุบันมลพิษทางอากาศเป็นปัจจัยเสี่ยง 1 ใน 5 ร่วมกับพฤติกรรมการกิน การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการไม่ออกกำลังกาย ที่อาจส่งผลให้เป็นโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ได้แก่ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคทางจิตและระบบประสาท และมีส่วนทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร 7 ล้านคนต่อปี โดยสาเหตุและแหล่งกำเนิดของมลพิษทางอากาศ ได้แก่ ภาควิชาการขนส่งและยานยนต์ ภาควิชาการเกษตร/การเผาในที่โล่ง ภาควิชาป่าไม้/ไฟในป่า

### จุดเน้นและขอบเขตการดำเนินงาน

เป้าหมายการลดมลพิษจากสิ่งแวดล้อมมีจุดประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงจากมลพิษที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพต่อคนไทย โดยได้กำหนดขอบเขตการดำเนินงานที่สำคัญไว้ ดังนี้

#### 1. การลดความเสี่ยงจากมลพิษจากสิ่งแวดล้อม

ผลกระทบของฝุ่นละออง PM 2.5 จึงเกิดขึ้นได้ ทั้งกับ “อวัยวะภายนอก” ได้แก่ ตาและผิวหนัง และ “อวัยวะภายใน” ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ ตั้งแต่เยื่อโพรงจมูก ลำคอ หลอดลม หลอดลมย่อยในปอด ถุงลมฝอย ระบบภูมิคุ้มกัน และระบบอื่น ๆ ในปอด รวมถึงระบบเส้นเลือด โดยเฉพาะเส้นเลือดในอวัยวะที่สำคัญอย่างหัวใจและสมอง และในปี 2556 องค์การอนามัยโลกจัดให้ฝุ่น PM 2.5 อยู่ในกลุ่มสารก่อมะเร็งที่ทำให้มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปอด นอกจากนี้ ยังมีความเสี่ยงจากมลพิษจากสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพที่ต้องมีการจัดการให้มีปริมาณลดลงเช่นกัน

#### 2. การลดปัญหาหมอกพิษจากสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง

สถานการณ์คุณภาพอากาศในปี 2562 พบว่า จังหวัดที่พบมลพิษทางอากาศเกินค่ามาตรฐาน คิดเป็นจำนวนวันมากกว่าร้อยละ 20 ของทั้งปี ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน สระบุรี (ตำบลหน้าพระลาน) และขอนแก่น รวมทั้งปัญหาหมอกควัน 9 จังหวัดภาคเหนือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีจำนวนวันที่ฝุ่นเกินค่ามาตรฐานที่ 112 วัน มากกว่าปี 2560-2562 นอกจากนี้ ช่วงฤดูการยังมีความสัมพันธ์กับปริมาณ PM 2.5 โดยภาคตะวันออกและภาคตะวันตกจะเกิดขึ้นทุกช่วงเดือนตุลาคมถึงมีนาคมของทุกปีจากกิจกรรมทางการเกษตร ภาคเหนือ และภาคกลางเกิดขึ้นทุกช่วงมกราคมถึงเมษายนของทุกปีจากการเผาในที่โล่งและมลพิษข้ามพรมแดน ภาคใต้เกิดขึ้นทุกสิงหาคมถึงตุลาคมของทุกปีจากป่าพรุและมลพิษข้ามพรมแดน และกรุงเทพมหานครเกิดขึ้นทุกพฤศจิกายนถึงกุมภาพันธ์ของทุกปี

#### 3. การสร้างพฤติกรรมเพื่อลดมลพิษจากสิ่งแวดล้อม

เนื่องจากปัจจุบันปัญหาหมอกพิษทางอากาศเกิดจากสาเหตุหลัก 2 ประการ ได้แก่ มนุษย์และธรรมชาติ โดยมนุษย์เป็นส่วนสำคัญในการก่อให้เกิดปัญหาหมอกพิษทางอากาศ ดังนั้น จึงให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนเชิงบูรณาการเพื่อสร้างความเข้มแข็งด้านวิชาการ สร้างจิตสำนึกการมีส่วนร่วมในการแก้ไขมลพิษ และเสริมขีดความสามารถภาครัฐในการพัฒนากฎหมายหรือนโยบายเพื่อลดการสร้างมลพิษกับสิ่งแวดล้อมและการแก้ไขปัญหาหมอกพิษจากสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ



## เป้าหมายที่ 8 ปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น

ปัจจุบันแนวโน้มของการเกิดปัญหาสุขภาพใหม่มีเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเป็นผลจากการเกิดขึ้นของโรคอุบัติใหม่ ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีความรุนแรง หรือการพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสารและดิจิทัล ที่ส่งผลกระทบต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพ เช่น รายได้ สิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคม บริการสุขภาพ เป็นต้น และส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมทางสุขภาพของประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม ในปัจจุบันการระบาดของโรคโควิด-19 นับเป็นกรณีตัวอย่างของปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่ที่ก่อให้เกิดผลกระทบอย่างรุนแรงทั้งในระดับปัจเจกบุคคลที่ประชาชนเจ็บป่วยและต้องใช้ทุนส่วนตัวในการตรวจรักษา ผลกระทบในระดับครอบครัวที่ผู้ป่วยแยกจากบุคคลในครอบครัวเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อหรือเฝ้าระวังอาการ ผลกระทบในระดับชุมชนที่ต้องเว้นระยะห่างในสถานที่ที่มีการกระจุกตัวของคน และผลกระทบในระดับสาธารณะที่ก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจที่ต้องมีการใช้งบประมาณในการบริหารจัดการสถานการณ์ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ชีวิตของประชาชน อย่างไรก็ตาม ปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่อาจเกิดได้จากปัจจัยเสี่ยงอื่นที่ยังไม่มีแนวโน้มที่อาจเกิดขึ้นในปัจจุบันก็ได้เช่นกัน

ดังนั้น จึงได้มีการกำหนดปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่เป็นเป้าหมายเพิ่มเติม (เป้าหมายบวก 1) เพื่อติดตามปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และเพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพใหม่ที่จะเกิดขึ้นจากพลวัตทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เทคโนโลยี ฯลฯ

### จุดเน้นและขอบเขตการดำเนินงาน

พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับปัจจัยกำหนดสุขภาพ (health determinant) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยหลากหลาย โดยในเป้าหมายปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่ สามารถกำหนดขอบเขตการดำเนินงานสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีได้ดังนี้

1. การติดตามและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม โลกในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมทางสุขภาพของมนุษย์ โดยมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ดังนี้
  - ด้านเศรษฐกิจ กรณีการเปลี่ยนแปลงอำนาจทางเศรษฐกิจอาจเกิดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในรูปแบบใหม่ อาทิ การนโยบายทางสาธารณสุขที่ดี สินค้าหรืออาหารที่ส่งออกจากประเทศมหาอำนาจทางการค้า หากมีการปนเปื้อนหรือไม่มีมาตรฐานที่ดีพออาจส่งผลให้ผู้บริโภคเกิดความเจ็บป่วย หรืออาจเกิดการระบาดของโรค
  - ด้านสังคม การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ที่ส่งผลให้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างเต็มรูปแบบทำให้การสร้างเสริมสุขภาพอาจไม่ได้ผลลัพธ์เช่นในอดีต การขาดแคลนแรงงานในระบบซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบงบประมาณทางสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ หรือความหลากหลายทางสังคมที่ส่งผลให้การสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรรวมแบบเดิมไม่ได้ผลอีกต่อไป

- ด้านทรัพยากร กรณีการขาดแคลนทรัพยากร เนื่องจากโลกมีทรัพยากรอยู่อย่างจำกัด แต่ความเจริญและความต้องการของคนที่ไม่มีการล้นสุดอาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและสุขภาพของมนุษย์
- ด้านสิ่งแวดล้อม กรณีความรุนแรงของภาวะโลกร้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อแหล่งอาหารทางธรรมชาติ เช่น สัตว์ทะเลลดจำนวนลง ไม่สามารถเลี้ยงสัตว์ในรูปแบบปศุสัตว์แบบเดิมได้ เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางอาหาร และอาจกระทบกับภาวะทุพโภชนาการหากต้นทุนการเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพสูงขึ้น หรือภาวะโลกร้อนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบาดและการเปลี่ยนแปลงระบบนิเวศ เช่น เชื้อโรคเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วเนื่องจากมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมแก่การฟักตัวของเชื้อโรค โรคในอดีตที่เคยควบคุมได้แล้ว อาจกลับมาระบาดใหม่อีกครั้ง เป็นต้น
- ด้านเทคโนโลยี อาทิ เทคโนโลยี 5G ที่จะเข้ามามีบทบาททำให้อุตสาหกรรมสุขภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่รูปแบบอัจฉริยะ (smart healthcare) ที่จะสามารถให้บริการได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และเข้มข้นมากขึ้น จนกระทั่งคนอาจละเลยการดูแลสุขภาพเพื่อลดจำนวนการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพแบบเดิม เทคโนโลยียานยนต์ไร้คนขับที่อาจส่งผลให้ปัจจัยเสี่ยงบางอย่างไม่มีผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น แม้ดื่มสุราจนมึนเมาก็ยังสามารถเดินทางกลับบ้านได้โดยสวัสดิภาพโดยไม่เกิดอุบัติเหตุและความสูญเสียเช่นเดิม เป็นต้น หรือปัญหาข่าวสารที่ไม่สมบูรณ์ (imperfect information) และข่าวปลอม (fake news) ที่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในการดูแลสุขภาพ

## 2. การตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น

ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพตามวัตถุประสงค์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างรวดเร็วและทันที่จึงมีความสำคัญต่อการบรรลุผลลัพธ์ทางสุขภาพ ดังเช่นสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่ที่ไม่มีการเตรียมการเพื่อรับมือและตอบสนองต่อปัญหานี้มาก่อน

จากการถอดบทเรียนปัญหาของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 พบว่าผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั้งทางตรงต่อผู้ติดเชื้อเอง และทางอ้อมต่อกลุ่มคนทุกช่วงวัยโดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง เช่น ผลกระทบเกิดกับเด็กทุกกลุ่ม สถานะการเงินของครอบครัว โอกาสในการเรียน ความกังวลเรื่องการติดเชื้อ ผลกระทบต่อสุขภาพจากการผัดนัดหมายแพทย์ เป็นต้น จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าการเกิดปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่ส่งผลกระทบต่อประชาชนในวงกว้าง และอาจใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสุขภาพให้กลับคืนสู่สุขภาพเดิม การตอบสนองเพื่อให้เกิดการจัดการต่อปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่อย่างเป็นระบบ จึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ต่อการสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชน

บทที่ 2

# ภาพรวม แผนหลัก

(พ.ศ. 2566-2570)



เพื่อให้การจัดทำแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) สามารถกำหนดเป้าหมายและผลลัพธ์ได้เหมาะสมกับบทบาทและภารกิจของ สสส. จึงได้มีการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมที่เป็นองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินงาน โดยมีประเด็นการวิเคราะห์ที่สำคัญ ดังนี้

## 1. สรุปผลการประเมินการดำเนินงานของแผนหลัก (พ.ศ. 2561-2563)

สสส. ให้ความสำคัญกับการติดตามและประเมินผล โดยจัดให้มีการประเมินผลในทุกระดับ ทั้งระดับแผนงาน/โครงการ ระดับแผน และระดับองค์กร โดยในรอบ 3 ปีของระยะการทำงานตามแผนหลัก กำหนดให้คณะกรรมการบริหารแผนต้องจัดให้มีการประเมินผลลัพธ์ของแผนอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อสามปี ซึ่งเป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. 2559

โดยการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนหลัก (พ.ศ. 2561-2563) คณะกรรมการประเมินผลได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการกำกับการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนหลัก สสส. (พ.ศ. 2561-2563) และการประเมินผลดำเนินงานตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2555-2564) รวมทั้งได้มีการทำงานร่วมกันระหว่างคณะกรรมการประเมินผลและคณะกรรมการบริหารแผนเพื่อกำกับติดตามการประเมินผลลัพธ์ตามแผนหลักที่ได้วางวัตถุประสงค์ของการประเมินผลโดยเน้นหลักความรับผิดชอบต่อการใช้ทรัพยากรสาธารณะ เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงาน และทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น โดยมีข้อสังเกตที่สำคัญ ดังนี้

1. ความสอดคล้องของการดำเนินงานตามแผนหลัก (พ.ศ. 2561-2563) ต่อความสำเร็จของทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2555-2564) ควรเพิ่มการทำงานในเชิงคุณภาพเพื่อผลลัพธ์ในการเปลี่ยนแปลงของประชากรกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากการทำงานส่วนใหญ่เป็นการทำงานในพื้นที่ต้นแบบโดยใช้กลไกนำร่อง รวมทั้งสร้างการบูรณาการระหว่างแผนเพิ่มขึ้นเพื่อขยายผลการดำเนินงาน
2. ความสอดคล้องของการดำเนินงานต่อคุณค่าหลักขององค์กร (core values) สสส. ควรสร้างคุณค่าหลักเป็นคุณลักษณะภายในและวัฒนธรรมการทำงานของบุคลากรให้ครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ Innovation Collective impact Sustainable change และ Proactive เพื่อให้เกิดการทำงานและส่งมอบผลลัพธ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพชัดเจน
3. ความสอดคล้องของการดำเนินงานตามแผนหลัก (พ.ศ. 2561-2563) และแผนหลักฉบับที่ผ่านมา ควรสร้างความต่อเนื่องในการทำงานเพื่อให้เกิดการส่งมอบผลลัพธ์ตามที่วางไว้

ในส่วน of ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานมีดังนี้

- กระบวนการจัดทำแผน ควรกำหนดเป้าหมายของการทำงานให้ชัดเจนว่าจะเกิดผลลัพธ์ในกลุ่มเป้าหมายใด โดยใช้การวิเคราะห์ห่วงโซ่ผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพ (Chain of Outcome for Health Promotion) เพื่อสร้างความชัดเจนในการทำงานและการจัดระดับผลลัพธ์ที่สะท้อนต่อเป้าหมายได้อย่างชัดเจน ทั้งในระดับองค์กรและในระดับแผน ตลอดจนควรวิเคราะห์งานเชิงระบบและเชิงสนับสนุนให้สอดคล้องและสนับสนุนให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายไปพร้อมกัน



- กระบวนการทำงานของ สสส. ควรกำหนดกรอบแนวคิด (conceptual framework) ไว้อย่างชัดเจน เพื่อพัฒนาให้เกิดการวางแผนที่สามารถบรรลุเป้าหมายได้จริง โดยการจัดลำดับความสำคัญของงานและจุดเน้น รวมทั้งการสร้างความร่วมมือร่วมกับภาคีเครือข่าย
- กระบวนการประเมินผล ควรสร้างวัฒนธรรมการประเมินผลที่มีกระบวนการพัฒนาการเรียนรู้ความรับผิดชอบต่อการใช้ทรัพยากรสาธารณะ ควรจัดระบบและกลไกกำกับติดตามและประเมินผลเพื่อสร้างความชัดเจนต่อหน้าที่ ความรับผิดชอบ และเชื่อมโยงกลไกการทำงานในทุกระดับ โดยผลการประเมินต้องทันต่อการนำมาใช้งาน รวมทั้งควรพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งในเครือข่ายนักประเมินผล ตลอดจนควรประเมินผลในประเด็นการทำงานร่วม (cross-cutting issue) เพิ่มขึ้น
- การจัดการข้อมูลที่ได้จากการทำงาน ควรจัดการระบบข้อมูลให้สอดคล้องกับแผนและกลั่นกรองข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงและติดตามผลลัพธ์ของการทำงานได้เป็นประจำ เพื่อแสดงให้เห็นภาพรวมการทำงาน และเพื่อบริหารจัดการ ติดตามสถานะ และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างทันทั่วถึง

## 2. วิเคราะห์สภาพแวดล้อมการดำเนินงาน

### 1. สภาพรวมสถานการณ์ทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม รวมถึงการขับเคลื่อนนโยบายภาครัฐ ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาวะของกองทุน

สำนักพัฒนาโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) ได้ดำเนินการศึกษา รวบรวม และทบทวนข้อมูลสถานการณ์ที่มีผลกระทบสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพในอนาคต โดยทบทวนข้อมูลจากการสังเคราะห์ข้อมูลของทีมนักวิชาการภายนอกในการจัดทำข้อมูลนำเข้าของการจัดทำทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี ของกองทุน และพิจารณาเพิ่มเติมข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน และการมองทิศทางข้างหน้าในระยะ 1-5 ปี ทั้งประเด็นสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาวะในประเทศ และระหว่างประเทศ ประกอบการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญทางสุขภาวะ โดยเฉพาะต่อสถานการณ์เร่งด่วนที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่แม้ยังมีการระบาดอย่างต่อเนื่องแต่มีแนวโน้มที่จะกลายเป็นโรคประจำถิ่น ความท้าทายและการเตรียมความพร้อมของประชาชนเพื่อเข้าสู่ภาวะปกติใหม่ ตลอดจนการพิจารณาถึงโอกาสและแนวโน้มการขับเคลื่อนนโยบายของภาครัฐที่มีผลกระทบต่อการทำงานสุขภาวะของกองทุน ซึ่งข้อมูลทั้งหมดสรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

**ทบทวนข้อมูลแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะใน 10 ปี ข้างหน้า** ที่ส่งผลต่อสถานะของประเทศไทยและผลจากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญต่อปัจจัยการกำหนดสุขภาพ ประกอบด้วย<sup>6</sup>

1. **การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและโครงสร้างประชากร** จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2564 พบว่า ประชากรไทยมีอัตราการเกิดที่ 544,570 คน น้อยกว่าอัตราการตายที่เกิดขึ้นจำนวน 563,650 ราย ในอนาคต โครงสร้างประชากรของโลกจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยก็เช่นกันซึ่งส่งผลให้ประชากรวัยแรงงานลดลง ขณะที่ผู้สูงอายุที่ยากจนเพิ่มมากขึ้น และมีผลกระทบต่อบริบททางสังคม อัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อวัยแรงงานและการพึ่งพาแรงงานข้ามชาติยิ่งเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่ออัตราการเคลื่อนย้ายแรงงานจาก

6 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2564). “ทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ.2565-2574)”. (กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ)



ชนบทสู่เมืองและจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามาในประเทศไทย ซึ่งจะเร่งให้ประเทศไทยปรับเปลี่ยนไปสู่การเป็นสังคม พหุวัฒนธรรมอย่างรวดเร็ว พฤติกรรมทางสุขภาพที่แตกต่างตามวัฒนธรรมและภาวะโรคที่จะเพิ่มมากขึ้นตาม อัตราเพิ่มของกลุ่มสูงอายุ จะเป็นความท้าทายสำคัญต่อการจัดระบบสุขภาพที่เหมาะสม ดังนั้น การเตรียมความพร้อม เพื่อรองรับต่อปัจจัยกระทบต่อสุขภาพใหม่ เช่น การสร้างความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพควบคู่กับการเสริมสร้าง วินัยทางการเงินและการออม การลดความวิตกกังวลจากการอยู่ในพื้นที่เดียวกับแรงงานข้ามชาติ เป็นต้น จึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพใน 10 ปีข้างหน้า

- 2. การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ** ข้อมูลจากกระทรวงพาณิชย์ รายงานว่า ในปี 2565 เดือนกุมภาพันธ์ อัตราเงินเฟ้อ อยู่ที่ร้อยละ 5.28 สูงสุดในรอบ 13 ปี ด้วยปัจจัยราคาน้ำมันที่สูงขึ้นส่งผลต่ออัตราเงินเฟ้อ ขณะที่ข้อมูลจาก ธนาคารแห่งประเทศไทย ระบุว่า การส่งออก และท่องเที่ยวค่อย ๆ ปรับตัวขึ้น คาดการณ์ว่าอัตราการเติบโตของ GDP จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.9 ในปี 2565 และถึงร้อยละ 4.3 ในปี 2566 โดยได้แรงขับเคลื่อนจากการฟื้นตัวของกิจกรรมภาคบริการ อย่างไรก็ตามจากวิกฤติและผลกระทบจากการสู้รบรัสเซีย-ยูเครน อาจส่งผลต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจทั้งในและระหว่างประเทศ และจากการวิเคราะห์ของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนา ประเทศไทย (TDRI) คาดการณ์ว่าอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจของไทยอาจจะมีอัตราการลดลง หรือไม่เป็นไปตาม คาดการณ์ เนื่องจากปัญหาสังคมสูงวัยที่ทำให้กำลังแรงงานลดลง แต่งบประมาณภาครัฐที่ใช้ในการดูแลสุขภาพ สังคมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จนกระทบกับงบประมาณในการนำมาสร้างฐานเศรษฐกิจใหม่ ประกอบกับประเทศไทย ยังมีความเหลื่อมล้ำทางรายได้สูงมาก ปัญหาด้านทักษะแรงงาน การทำงานต่ำศักยภาพ การขาดการพัฒนา เทคโนโลยีของตนเอง รายได้หลักของประเทศมาจากการส่งออกและการท่องเที่ยว ล้วนเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาเศรษฐกิจไทย สถานการณ์เช่นนี้ ทำให้คาดการณ์ได้ว่าอัตราส่วนคนยากจนจะเพิ่มมากขึ้น กลุ่มประชากร ที่มีรายได้น้อยซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสัดส่วนขึ้นจะเป็นกลุ่มเปราะบางต่อการสูญเสียสุขภาพ
- 3. การเปลี่ยนแปลงของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม** ด้วยสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ดังเห็นได้จากภาวะแห้งแล้ง ภาวะร้อนจัดหรือหนาวจัด รวมถึงภัยธรรมชาติ ที่รุนแรง ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจในหลายด้าน และยังกระทบต่อสุขภาพโดยตรง การเปลี่ยนแปลงสภาพ ภูมิอากาศจึงเป็นประเด็นสำคัญในเวทีระดับโลก และความพยายามระดับโลกในการลดปริมาณการปล่อยก๊าซ เรือนกระจกให้ลดลงระดับศูนย์ ผ่านความร่วมมือตามอนุสัญญากรอบการทำงานสหประชาชาติมิติข้อตกลง ปารีส ซึ่งประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศภาคี ที่จะต้องดำเนินการควบคุมปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ให้ลดลงตามเป้าหมายที่มีพันธสัญญาไว้ และหากสามารถดำเนินการลดการปล่อยคาร์บอนได้ตามเป้าหมาย จะมีส่วนช่วยลดผลกระทบต่อสุขภาพในหลายด้าน และมตอการสหประชาชาติต่อการผลักดันข้อตกลง สนธิสัญญา ลดขยะพลาสติก ซึ่งวางเป้าหมายให้เกิดความร่วมมือระหว่างประเทศ โดยพยายามเจรจาผลักดัน ให้เกิดการลงนามข้อตกลงระหว่างประเทศ ภายใน 2 ปี ข้างหน้า สำหรับประเทศไทยปัญหาด้านมลพิษ ทางอากาศยังคงเป็นประเด็นสำคัญ จากรายงานการศึกษาเรื่อง “มลพิษทางอากาศ: การประเมินการสัมผัส และภาระโรค” ประจำปี 2559 ขององค์การอนามัยโลก พบว่าประชากรไทย จำนวน 22,375 คน เสียชีวิต จากมลพิษทางอากาศ โดยมลพิษทางอากาศมีสาเหตุส่วนใหญ่จาก PM 2.5 ที่เกิดจากควันพิษจากการจราจร และการคมนาคม ฝุ่นจากการเผาในที่โล่ง ฝุ่นละอองจากภาคอุตสาหกรรมและการก่อสร้าง และหมอกควัน ข้ามแดน นอกจากนี้ มลพิษทางอากาศส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับฤดูกาล โดยจะสูงสุดในช่วงฤดูแล้งตั้งแต่เดือนธันวาคม ถึงเมษายน โดยประเทศไทยได้กำหนดการแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละอองเป็นวาระแห่งชาติ ได้จัดทำ แผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ “การแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละออง” เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติ ในการดำเนินการแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละอองในภาพรวมของประเทศและในพื้นที่วิกฤต

4. **การเปลี่ยนแปลงด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี** ปัจจุบันโลกอยู่ในยุคการเปลี่ยนผ่านทางเทคโนโลยี (disruptive technology) ซึ่งมีนวัตกรรมเทคโนโลยีใหม่ที่ส่งผลกระทบต่อระบบงานจนถึงขั้นล้มล้างผลิตภัณฑ์หรือบริการเดิม โดยเฉพาะเทคโนโลยีที่พัฒนาบรรจบของอุปกรณ์สื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีอย่างมากนี้ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมทางสุขภาพของประชาชนอย่างรวดเร็ว ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบต่อการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น Metaverse เทคโนโลยี จากรายงานของ Gartner คาดว่าอีก 4 ปีข้างหน้า ร้อยละ 25 ของประชากรจะใช้เวลาอย่างน้อยประมาณ 1 ชั่วโมงในโลกของ Metaverse เพื่อการทำงาน การศึกษา เพื่อเข้าสู่สังคมออนไลน์ บันเทิง ฯลฯ ผลกระทบจากเทคโนโลยีใหม่จะช่วยให้การสื่อสาร การเผยแพร่ การเข้าถึงข้อมูลเป็นไปได้โดยง่ายและกว้างขวางไม่จำกัดเพียงอุปกรณ์ประเภทเดียวหรือผู้ให้บริการรายเดียวเท่านั้น อย่างไรก็ตามความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงเทคโนโลยียังคงเป็นข้อท้าทาย รวมถึงภัยอันตรายจากโลกออนไลน์ และการศึกษาวิจัยด้านอวกาศ ในการแสวงหานวัตกรรมและแหล่งทรัพยากรใหม่จะเป็นแนวโน้มสำคัญที่จะเกิดขึ้นในอนาคต
5. **การเปลี่ยนแปลงทางการเมือง** สถานการณ์ภาพรวมการเมืองระหว่างประเทศมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่แต่ละประเทศให้ความสำคัญกับผลประโยชน์ของประเทศตนเองผ่านนโยบายชาตินิยมมากกว่าการให้ความสำคัญกับการเน้นการผ่อนคลายกฎระเบียบเพื่อให้เกิดความสะดวกในการค้าการลงทุนผ่านแนวคิดเสรีนิยม และสถานการณ์การสู้รบล่าสุดระหว่างรัสเซีย และยูเครน ในระยะสั้นจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจโลก และระยะยาวอาจส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางอาหาร เนื่องจากเป็นประเทศที่มีการส่งออกวัตถุดิบแปรรูปและสินค้าเกษตร ตลอดจนหากการสู้รบยกระดับโดยการใช้อาวุธนิวเคลียร์ ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น สำหรับประเทศไทยในปี 2566 สถานการณ์การเมืองจะถึงวาระการเลือกตั้งระดับประเทศซึ่งเป็นโอกาสสำคัญสำหรับการนำเสนอและผลักดันนโยบายสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อประชาชน
6. **การเปลี่ยนแปลงสู่การเป็นมหานครและการขยายตัวของพื้นที่เขตเมือง** ก่อให้เกิดประโยชน์ทางเศรษฐกิจและสังคมในหลายมิติ โดยเฉพาะการเป็นแหล่งจ้างงานและสร้างรายได้สำคัญ และก่อให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงาน เพื่อเข้าถึงโอกาสทางเศรษฐกิจ สำหรับประเทศไทยสัดส่วนความเป็นเมืองและจำนวนประชากรในเขตเมืองของประเทศไทยยังอยู่ในระดับไม่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับภาพรวมในระดับโลก (ในปี 2561 ประชากรในกรุงเทพมหานครและในเขตเทศบาลมีจำนวน 22.87 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 34.44) แต่การพัฒนาเชิงพื้นที่ของประเทศไทยกลับมีการกระจุกตัวสูงซึ่งส่งผลให้หลายพื้นที่ในเมืองหลักของไทยเผชิญความท้าทายด้านการจัดการขยะ น้ำเสีย ความแออัดและเสื่อมโทรมของที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรในพื้นที่
7. **ผลกระทบและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสำคัญจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19** สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ยังไม่สิ้นสุด แม้การเข้าถึงวัคซีนของประชาชนจะมีมากขึ้นอัตราการเสียชีวิตลดลง และมีการคาดการณ์ว่าจะกลายเป็นโรคประจำถิ่นในระยะใกล้นี้ ขณะที่สถานการณ์หลังการแพร่ระบาด และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น ภาวะอาการที่หลงเหลือจากการติดเชื้อโควิด (long COVID) ที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ที่เคยติดเชื้อ ผลกระทบต่อพัฒนาการสมวัยของเด็กจากการเรียนออนไลน์ โดยเฉพาะเด็กประถมวัย รวมถึงเด็กที่ผู้ปกครองเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19 รวมถึงการปรับการใช้ชีวิตของประชาชนในความปกติใหม่ ซึ่งผลกระทบเหล่านี้ไม่ได้จำกัดอยู่ทางด้านสาธารณสุขเท่านั้น แต่ได้ส่งผลกระทบต่อมิติด้านเศรษฐกิจ สังคม และวิถีชีวิตของประชากร นอกจากนี้กรมควบคุมโรคได้มีการพยากรณ์โรคและภัยคุกคามสุขภาพปี 2565 ระบุว่าโรคต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ ไข้หวัดใหญ่ ไข้เลือดออก (รอบการระบาด)

รวมถึงสถานการณ์ อุบัติเหตุทางถนน และเด็กจมน้ำ ที่หากไม่มีการเฝ้าระวังและป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพ อัตราการเสียชีวิตจะกลับมาสูงขึ้นเทียบเท่าช่วงก่อนสถานการณ์การแพร่ระบาด

นอกจากการทบทวนสรุปข้อมูลแนวโน้มสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชากรในอนาคต สนย. ได้พิจารณาศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่อง 1) ประเด็นความเสี่ยงของโลกที่สำคัญ – Global Risks Report และข้อเสนอแนะจาก 2022 Davos World Economic Forum (WEF) 2) รายงานดัชนีความก้าวหน้าของคน (Human Achievement Index: HAI) ปี 2563 และข้อเสนอแนะ และ 3) รายงาน ThaiHealth Watch 2022 –Adaptive Living ปรึบการใช้ชีวิต พร้อมก้าวไปในยุคโควิด ซึ่งสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

**รายงานความเสี่ยงโลก 2022 (2022 Global Risks Report)<sup>7</sup>** จากรายงานของ WEF ได้แบ่งความเสี่ยงของโลกออกเป็น 3 ระยะ ช่วง 0-2 ปี (ระยะสั้น) 2-5 ปี (ระยะกลาง) และ 5-10 ปี (ระยะยาว) ข้อสังเกตโดยภาพรวมพบว่า

- **ความเสี่ยงในระยะสั้น** – การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมจากโรคระบาดนี้ยังเป็นภัยคุกคามสำคัญระดับโลก โดยพบว่าความแตกต่างระหว่างการเข้าถึงวัคซีนของประเทศร่ำรวยและยากจน สะท้อนถึงการฟื้นตัวทางเศรษฐกิจที่ไม่เท่าเทียมกัน และได้สร้างความแบ่งแยกทางสังคมและความตึงเครียดทางภูมิรัฐศาสตร์ระหว่างกลุ่มประเทศเหล่านี้ จากรายงาน คาดว่า การระบาดใหญ่ของโรคโควิด-19 จะทำให้เศรษฐกิจโลกในปี 2567 เติบโตน้อยกว่าระดับที่ควรจะเป็นหากไม่มีโรคระบาดถึง ร้อยละ 2.3 และช่องว่างของการขยายตัวทางเศรษฐกิจจะเห็นได้ชัดขึ้นในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ที่เศรษฐกิจจะเติบโตน้อยกว่าที่ควรจะเป็นถึงร้อยละ 5.5
- **ความเสี่ยงในระยะสั้น-กลาง** – ภัยบนโลกไซเบอร์ เช่น การโจมตีทางไซเบอร์ เป็นต้น อาชญากรทางไซเบอร์จะสามารถเข้าถึงเป้าหมายกลุ่มเปราะบางได้มากขึ้น เพื่อล้วงข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมาย ประกอบกับการเติบโตของสกุลเงินดิจิทัล ส่งผลให้อาชญากรไซเบอร์หลบซ่อนจากการติดตามได้ง่ายขึ้น และในมุมมองของผู้เชี่ยวชาญในรายงานความเสี่ยงโลก มองว่า ภัยคุกคามความมั่นคงไซเบอร์ เป็นความเสี่ยงระยะสั้นและระยะกลางเท่านั้น และว่ายังคงเป็น ‘จุดบอด’ ขององค์กรและภาครัฐอยู่ในขณะนี้
- **ความเสี่ยงในระยะยาว** – ประเด็นภาวะโลกร้อน ปัญหาสภาพอากาศแปรปรวน และการสูญเสียความหลากหลายทางระบบนิเวศวิทยา เป็น 3 ความเสี่ยงสำคัญของโลกในระยะยาว รวมถึงประเด็นการแข่งขันด้านอวกาศ เทคโนโลยีอวกาศมีเพิ่มสูงขึ้นในระยะยาว จากต้นทุนที่ลดลงกว่าในอดีต มีการผลักดันโครงการด้านอวกาศของแต่ละประเทศที่มีความพร้อมมากขึ้น เพื่อหาประโยชน์ทางเทคโนโลยีอวกาศสำหรับการทหาร วิทยาศาสตร์ และการพาณิชย์ และอาจนำไปสู่ปัญหาความแออัด การใช้ทรัพยากรมากเกินไป และปัญหาขยะอวกาศที่ตามมามากมาย ซึ่งผู้เชี่ยวชาญในการสำรวจนี้ มองว่าทั่วโลกยังขาดความร่วมมือในการแก้ปัญหาดังกล่าว และประเด็นการอพยพย้ายถิ่นรวมถึงผู้ลี้ภัยเนื่องจากผลกระทบของการสู้รบ ภาวะสงคราม จะทำให้เกิดผู้ลี้ภัยเพิ่มขึ้น

นอกจากรายงานความเสี่ยงของโลกแล้ว ผลจากการประชุมด้านเศรษฐกิจระดับโลก (2022 Davos World Economic Forum) ที่จัดขึ้นระหว่างวันที่ 17-21 มกราคม 2565 เมืองดาวอส สวิตเซอร์แลนด์ ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะสำคัญ ที่สอดคล้องกับการรายงานความเสี่ยงของโลก 2022 ข้อเสนอแนะจากผู้นำจากประเทศต่าง ๆ ที่เข้าร่วมประชุม

<sup>7</sup> World Economic Forum. (2022). “Global Risks Report 2022”. (Geneva: World Economic Forum)

ครั้งนี้เป็นแนวทางการร่วมมือที่มุ่งหวังให้เกิดขึ้น ได้แก่ การเน้นความร่วมมือพหุภาคี ลดการเผชิญหน้า และการคุกคาม ลดช่องว่างการเข้าถึงวัคซีน เพื่อแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำ ลดการปล่อยก๊าซคาร์บอน เน้นการลงทุนด้านมนุษย์ และความสามารถด้านไซเบอร์ และการสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจและส่งเสริมตลาดกลุ่มประเทศที่เปราะบางทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

**รายงานดัชนีความก้าวหน้าของคน ประจำปี 2563 (Human Achievement Index: HAI)** เป็นการสำรวจล่าสุดจัดทำโดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ การจัดทำดัชนีความก้าวหน้าของคน เป็นเครื่องมือประเมินความก้าวหน้าของคนในระดับจังหวัด เพื่อให้จังหวัดต่าง ๆ ได้ทราบถึงลำดับตำแหน่งความก้าวหน้าของคนในจังหวัด ภูมิภาค และภาพรวมประเทศ รวมทั้งสนับสนุนและส่งเสริมให้จังหวัดต่าง ๆ ได้ทราบถึงระดับการพัฒนาของคนภายในจังหวัดทั้งในระดับภาพรวมการพัฒนาคน และการพัฒนาคนในแต่ละมิติ รวมทั้งให้สาธารณชนสามารถนำข้อมูลต่าง ๆ ไปสู่การต่อยอด ขยายองค์ความรู้ทางการพัฒนาคนให้กว้างยิ่งขึ้น และสร้างประโยชน์ได้อย่างสูงสุด โดยใช้กรอบในการกำหนดองค์ประกอบ 8 ดัชนีย่อย คือ 1) ด้านสุขภาพ 2) ด้านการศึกษา 3) ด้านชีวิตการทำงาน 4) ด้านรายได้ 5) ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม 6) ด้านชีวิตครอบครัวและชุมชน 7) ด้านการคมนาคมและการสื่อสาร 8) ด้านการมีส่วนร่วม การสำรวจล่าสุดดัชนีย่อยในแต่ละด้านมี 4 ตัวชี้วัด รวมทั้งหมด 32 ตัวชี้วัด และเพิ่มกรอบวิเคราะห์ประเมินผลกระทบของการเกิดวิกฤติการแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโควิด-19 จากรายงานการสำรวจสรุปได้ดังนี้<sup>8</sup> ผลการจัดทำดัชนีความก้าวหน้าของคนปี 2563 พบว่าภาพรวมการพัฒนาคนของประเทศไทย มีความก้าวหน้าที่ดีขึ้นโดยค่าดัชนีความก้าวหน้าของคน ในปี 2563 เท่ากับ 0.6501 ปรับตัวดีขึ้นจากปี 2562 ที่มีค่าเท่ากับ 0.6457

**ด้านสุขภาพ** ความก้าวหน้ามีค่าคะแนนเท่าเดิมกับปี 62 แต่มีแนวโน้มลดลงต่อเนื่อง พิจารณาจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง พิการ และการฆ่าตัวตายสำเร็จ พบปัญหาความแตกต่างระหว่างพื้นที่ค่อนข้างสูง รวมถึงเรื่องความเท่าเทียม ความครอบคลุมการพัฒนาด้านสุขภาพ สังคมสูงอายุ การติดเตียง และผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-19

**ด้านการศึกษา** การพัฒนาคนด้านนี้ปรับตัวดีขึ้นแต่ระดับความก้าวหน้าอยู่ในลำดับที่ 7 เมื่อเทียบกับมิตีย่อยจาก 8 มิติ ค่าดัชนีย่อยด้านการศึกษาเพิ่มขึ้น โดยพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ย O-NET ม.ปลายเพิ่มขึ้น พัฒนาการเด็ก 0-5 ปี สมวัยดีขึ้น แต่แนวโน้มคุณภาพระบบการศึกษาลดลง เนื่องจากผลกระทบจากโรคโควิด-19 การหลุดออกจากระบบการศึกษา และปัญหาการเรียนออนไลน์

**ด้านชีวิตการทำงาน** มีความก้าวหน้าลดลง โดยมีค่าดัชนีย่อยด้านชีวิตการทำงานลดลง จากในปี 2562 ตามอัตราการว่างงานที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.98 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 1.69 ในปี 2563 อัตราการว่างงานเพิ่มขึ้นเนื่องจากเศรษฐกิจที่หดตัวในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การจ้างงานลดลง และพบความแตกต่างระหว่างจังหวัด พื้นที่การพัฒนาระงุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่

8 กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม. (2564) . “รายงานดัชนีความก้าวหน้าของคนประจำปี 2563”. (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ)

**ด้านรายได้** การพัฒนาคนด้านรายได้ปรับตัวลงเล็กน้อย ผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การขยายตัวทางเศรษฐกิจลดลง โดยเฉพาะสาขาเกษตรกรรม แนวโน้มหนี้ครัวเรือนเพื่อการอุปโภคบริโภคสูงขึ้น และพบความไม่เสมอภาคของรายได้ มีการกระจุกตัวและความแตกต่างระหว่างพื้นที่

**ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม** ปรับตัวเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยพิจารณาจากมีการเพิ่มขึ้นครัวเรือนที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง และสัดส่วนกำลังผลิตไฟฟ้าจากพลังงานทดแทน

**ด้านชีวิตครอบครัวและชุมชน** ปรับตัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พิจารณาจากการลดลงของการแจ้งความดำเนินคดี ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว การกระทำผิดของเยาวชน ครัวเรือนที่มีหัวหน้าครอบครัวเดี่ยว ความก้าวหน้าด้านนี้มีมิติที่มีการกระจายตัวระดับการพัฒนาคนในทิศทางที่ดีที่สุดเทียบกับด้านอื่น ๆ แต่ละจังหวัดมีค่าใกล้เคียงกันทั่วประเทศ

**ด้านคมนาคมและการสื่อสาร** เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นมิติที่มีระดับการพัฒนาของคนสูงสุด ซึ่งปัจจัยหลักมาจากการปรับตัวลดลงของอัตราการตายจากอุบัติเหตุบนท้องถนนที่ลดลงจากร้อยละ 33.14 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 30.36 ในปี 2562 และร้อยละ 27.26 ในปี 2563 ตามลำดับ รวมถึงอัตราการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต และมีการกระจายตัวของการเข้าถึงการคมนาคม สื่อสาร ที่ดี แต่ยังมีกระจุกตัวในบางพื้นที่

**ด้านการมีส่วนร่วม** ปรับตัวดีขึ้นต่อเนื่อง พิจารณาจากการใช้สิทธิเลือกตั้ง ครัวเรือนที่มีส่วนร่วมในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการทำกิจกรรมสาธารณประโยชน์

การวิเคราะห์และการประเมินสถานการณ์การพัฒนาคนของประเทศไทยโดยอาศัยดัชนีความก้าวหน้าของคน ได้สะท้อนให้เห็นสถานการณ์การพัฒนาและยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในประเด็นต่าง ๆ อย่างชัดเจน รวมถึงมิติทางด้านความเหลื่อมล้ำเชิงพื้นที่หรือแตกต่างระหว่างจังหวัดที่ควรให้ความสำคัญ และเร่งดำเนินการ โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้

- การสร้างเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีทางด้านสุขภาพของคนทั้งในมิติด้านร่างกายและจิตใจ
- การยกระดับคุณภาพการศึกษาและลดช่องว่างการพัฒนาระหว่างพื้นที่
- การยกระดับรายได้ให้สอดคล้องการดำรงชีวิตของคนในแต่ละพื้นที่อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม เน้นการลดความเหลื่อมล้ำด้านรายได้
- การขยายประกันสังคมให้ครอบคลุมโดยเฉพาะแรงงานนอกระบบ รวมทั้งส่งเสริมการออมเพื่อการเกษียณอายุ เพื่อให้มีความมั่นคงและมีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต
- การสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะครอบครัวที่มีความเปราะบาง การสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชนโดยเฉพาะในกลุ่มครอบครัวที่มีความเปราะบางสูงและพื้นที่ในเขตเมือง
- การส่งเสริมรูปแบบการพัฒนาคนในด้านต่าง ๆ บนพื้นฐานการส่งเสริมความเท่าเทียมและการลดช่องว่างระหว่างพื้นที่
- การวางแนวทางการพัฒนาคนอย่างสมดุลโดยการให้ความสำคัญกับมิติต่าง ๆ อย่างรอบด้าน



รายงานสถานการณ์ด้านสุขภาพคนไทย (ThaiHealth Watch 2022) เป็นการรายงานสถานการณ์ข้อมูล สุขภาพประจำปีจัดทำขึ้นโดย สสส. ร่วมมือกับ สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ และ บริษัท ไวซีไฮท์ ประเทศไทย จำกัด ตลอดจนภาคีเครือข่ายภาคีวิชาการต่าง ๆ เพื่อนำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์สำหรับคนไทยสู่สาธารณะ ทิศทางแนวโน้มสถานการณ์ด้านสุขภาพจากรายงานมีสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสร้างเสริมสุขภาพของคนไทย ใน 10 ประเด็นที่สำคัญ ดังนี้<sup>9</sup>

ประเด็นที่เกี่ยวข้องทางกายและจิต ได้แก่ 1. **เฝ้าระวังโควิดกลายพันธุ์ การดูแลสุขภาพเมื่อต้องอยู่กับโควิด-19** การกระตุ้นเตือนให้ทุกคนดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง พร้อมเรียนรู้ ตลอดจนปรับตัวให้อยู่รอดต่อไปได้ดีในทุกมิติ 2. **การดูแลสุขภาพใกล้-ไกล ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร** เนื่องจากปัญหาสุขภาพในปัจจุบันมีหลากหลายมิติ ตั้งแต่ปัญหาโรคระบาดไปจนถึงปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ที่ต้องควรดูแลใส่ใจในทุกกลุ่มประชากรอย่างเท่าเทียม ตลอดจนประชากรกลุ่มเปราะบางอื่น ๆ ที่อาจตกหล่นจากการดูแลด้วย 3. **การสร้างความมั่นคงทางอาหาร การบริโภคอย่างสมดุล** วิถีชีวิตโควิดส่งผลให้ผลผลิตเพื่อการบริโภคลดลงและมีปัญหาในหลาย ๆ ด้าน ทำให้กลุ่มคนด้อยโอกาสคนไร้บ้านหลายคนประสบปัญหาในด้านอาหารการกิน แต่ในขณะที่เดียวกันกลุ่มเด็กที่เรียนออนไลน์ คนที่ต้องกักตัวอยู่กับบ้านรับประทานอาหารเดลิเวอรี่ก็ทำให้เกิดการบริโภคเกินความจำเป็น ตลอดจนการไม่มีกิจกรรมทางกายส่งผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพ 4. **เลี้ยงลูกให้เติบโตในยุคโควิด** การส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยจิตวิทยาเชิงบวกกับการใส่ใจ มุมมองของผู้ปกครองที่ต้องคอยดูแลช่วยเหลือเด็ก ๆ ตลอดจนแนะนำครอบครัว เป็นวิธีในการรับมือกับสถานการณ์นี้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น 5. **ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว** เป็นประเด็นปัญหาคลื่นใต้น้ำที่กำลังรุนแรงขึ้นในช่วงนี้ที่เกิดขึ้นจากภาวะความเครียด ตลอดจนผลกระทบต่าง ๆ เนื่องมาจากสถานการณ์โควิด โดยผู้ที่นำเป็นห่วงที่สุดจะอยู่ที่เด็กและเยาวชนที่ต้องเผชิญปัญหานี้อย่างเลี่ยงไม่ได้ ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสังคม ได้แก่ 6. **การรู้เท่าทันสื่อ** ข่าวลวง (fake news) ยังคงเป็นปัญหาสังคม โดยเฉพาะข่าวลวงในด้านโรคระบาดและสุขภาพช่วงนี้ยิ่งส่งผลเสียกับสังคมอย่างมาก การตรวจสอบตลอดจนการเสพข่าวอย่าง ‘รู้เท่าทันสื่อ’ มีสติ รวมถึงการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจึงเป็นสิ่งที่จะต้องทำเป็นอย่างยิ่ง 7. **ปัญหาการพนันออนไลน์** โควิดมีส่วนทำให้วัยรุ่นใช้เวลาอยู่กับโลกออนไลน์มากขึ้น และเริ่มมีการติดพนันออนไลน์อันนำมาซึ่งความเสียหายอีกหลายมิติ 8. **โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น** การรณรงค์ให้วัยรุ่นรู้จักป้องกันตัวเองเมื่อยามมีเพศสัมพันธ์นั้นประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี แต่กลับพบว่าแนวโน้มของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ซึ่งต้องเร่งรณรงค์ในเรื่องค่านิยม ตลอดจนความรู้ในเรื่องนี้ในสังคมไทยให้ดียิ่งขึ้น 9. **ปัญหาขยะติดเชื้อ** และขยะพลาสติก ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่กำลังอยู่ในภาวะวิกฤติ แต่ปัญหาขยะที่รุนแรงขึ้นมาจนกลายเป็นวิกฤติใหม่ในยุคนี้ก็คือขยะติดเชื้อโดยเฉพาะขยะหน้ากากอนามัยที่กำลังเพิ่มขึ้นและเป็นปัญหาส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างร้ายแรง และ 10. **อากาศสะอาด** ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน เรื่องอากาศกลายมาเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญของคนไทยทั่วทั้งประเทศ และเป็นประเด็นที่ต้องเร่งกันจัดการปัญหามลภาวะทางอากาศนี้

โดยแนวโน้มสุขภาพทั้ง 10 ประเด็นที่ สสส. นำเสนอเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ขึ้นจากหลักการ 3S ที่ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1. ข้อมูลสถานการณ์สุขภาพคนไทยระหว่างปี พ.ศ.2563-2564 (Situation) 2. กระแสสังคมบนโลกออนไลน์ (Social trend) และ 3. การรวบรวมข้อเสนอแนะต่าง ๆ ทั้งจากระดับปัจเจกบุคคลไปจนถึง

9 คณะทำงาน ThaiHealth Watch 2022. (2564). “ThaiHealth Watch 2022: จับตาทิศทางสุขภาพคนไทย 2565”. (กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ)

เชิงนโยบายสังคม (Solution) ซึ่งจากการรายงานนี้ สสส. ได้เสนอแนวคิด **adaptive living: ปรับการใช้ชีวิตพร้อมก้าวไปในยุคโควิด-19** เพื่อกระตุ้นให้คนไทยเกิดความตระหนัก และสามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงกับสถานการณ์ในอนาคต โดยทาง สสส. ร่วมมือกับเครือข่ายภาคี มุ่งพัฒนาองค์ความรู้เพื่อเป็นแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง รวมถึงพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อรองรับการแก้ปัญหาต่าง ๆ ไปพร้อมกันด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบูรณาการข้อมูลเชิง big data แล้วนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ร่วมกับการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI) ที่มีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบและรวดเร็ว ซึ่งในอนาคตจะต้องเน้นการพัฒนาการนำเทคโนโลยีมาจัดการข้อมูลทางสุขภาพใช้ให้เกิดประโยชน์กับประชาชนให้มากที่สุด

สรุปประเด็นท้าทายต่อการสร้างเสริมสุขภาพในอนาคต จากกระแสโลกาภิวัตน์ ที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและความเป็นอยู่ของคนในสังคม รวมทั้งความก้าวหน้าของเทคโนโลยีและดิจิทัลที่อำนวยความสะดวกให้กับประชาชนในการดำรงชีวิต ทำให้วิถีการดำรงชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพที่ส่งผลให้ป่วยเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ สามารถสรุปประเด็นท้าทายที่สำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ได้ดังนี้<sup>10</sup>

1. **การบริโภคยาสูบ** ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทยปี พ.ศ. 2560 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง ทั้งนี้จำนวนผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวกลับมีแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ นอกจากนี้ จากผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในประเทศไทย พ.ศ. 2562 โดยหน่วยงานปฏิบัติการวิจัยและวิชาการด้านการควบคุมยาสูบภาคเหนือ มหาวิทยาลัยนเรศวร สรุปได้ว่า เด็กและเยาวชนเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญที่ต้องเฝ้าระวังอย่างเข้มข้นรวมถึงความนิยมของบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ แม้ว่าสถานการณ์แนวโน้มการสูบบุหรี่ของคนไทยจะลดลงอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามประเทศไทยยังคงเผชิญกับความท้าทายทั้งจากผลกระทบจากควันบุหรี่มือสองและสาม การนำเข้าบุหรี่ผิดกฎหมาย ถึงแม้จะเสี่ยงต่อการเสียค่าปรับซึ่งในแต่ละปีมีมูลค่าหลายล้านบาท มาตรการการชะลอการขึ้นภาษียาสูบ และการแพร่กระจายผลิตภัณฑ์ยาสูบอิเล็กทรอนิกส์ในช่องทางการสื่อสารออนไลน์ที่ผิดกฎหมาย
2. **การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สิ่งเสพติด** ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยปี พ.ศ. 2560 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป ภาพรวมอัตราการดื่มมีแนวโน้มลดลง แต่ขณะที่ในกลุ่มวัยรุ่นไทยอายุ 15-19 ปี กลับพบว่าแนวโน้มความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์แทบจะไม่เปลี่ยนแปลง สะท้อนถึงมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านมาไม่สามารถลดจำนวนนักดื่มหน้าใหม่ได้เท่าที่ควร หรืออาจเป็นผลจากการรुकีบของอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครื่องดื่มประเภทเบียร์ที่เน้นการเชิญชวนกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเยาวชนมากขึ้น ดังนั้นการป้องกันการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุต่ำกว่า 20 ปี จึงมีความสำคัญมากเนื่องจากพบว่าผู้ที่เริ่มดื่มสุราตั้งแต่อายุน้อยมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบทางสุขภาพและความผิดปกติทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการดื่มแบบเสี่ยงเพิ่มโอกาสในการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ส่งผลต่อความสามารถในประสาทการรู้คิด และส่งผลต่อปัญหาสังคมและพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ตามมา รวมถึงพฤติกรรมของนักดื่มที่ดื่มแล้วขับซี้ก็เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน

10 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2564). “ทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ.2565-2574)”. (กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ)



ในส่วนของการจัดการสิ่งแวดล้อม จากรายงานของศูนย์การป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ใน พ.ศ. 2562 มีผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดเป็นกลุ่มช่วงอายุวัยรุ่นมากที่สุด และ ยาเสพติดยังคงเป็นสาเหตุ การกระทำผิดของเด็กและเยาวชนไทยในอัตราที่สูง นอกจากนี้สถานการณ์เรื่องการพนันออนไลน์ การเล่นเกม อินเทอร์เน็ต สัมพันธ์การเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ใช้ยาเสพติดเป็นครั้งคราวด้วย

3. **กิจกรรมทางกาย** สถานการณ์ภาพรวมด้านการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทยเป็นไปในเชิงบวก และพบว่า แนวโน้มการมีกิจกรรมทางกายจะลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้น ขณะที่ในกลุ่มวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนกิจกรรมทางกายเพียงพอสูงสุด ซึ่งแนวโน้มการมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นตามกระแสการรณรงค์ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ที่เป็นมหรรรระดับประเทศ การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยองค์การอนามัยโลก แนะนำว่า ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ควรจะมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางอย่างน้อย 150-300 นาที ต่อสัปดาห์ หรือระดับหนัก 75 นาทีต่อสัปดาห์ ขณะที่ประชากรวัยเด็ก (อายุ 5-17 ปี) ควรจะมีกิจกรรมทางกาย ระดับปานกลางขึ้นไปอย่างน้อย 60 นาทีทุกวัน การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (physical inactivity) เป็นหนึ่งใน 5 ปัจจัยเสี่ยงหลักด้านสุขภาพที่นำไปสู่การเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ของทั่วโลก ร่วมกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ และอาหารที่ไม่เหมาะสมตามหลักโภชนาการ และการสัมผัสกับมลพิษทางอากาศ อันจะนำไปสู่การเกิด 5 โรค ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และภาวะทางสุขภาพจิต
4. **พฤติกรรมการบริโภคอาหาร** ปัญหาทางโภชนาการในประเทศพบได้ในทุกกลุ่มวัย มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการบริโภค ความสะดวกในการเลือกซื้ออาหาร เทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทในการเชื่อมต่อระหว่างร้านอาหารและผู้บริโภค แอปพลิเคชันสั่งซื้ออาหาร ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการกินของวัยรุ่นและเยาวชนไทยต่อไปในอนาคต รวมทั้งความชอบส่วนบุคคล ที่มีรับประทานอาหารที่มีรสจัด เปรี้ยว เค็ม มัน หรือแม้กระทั่งขนมหวานของเด็กอย่างลูกอม ขนมกรุบกรอบที่ไม่ค่อยสารอาหารและมีโซเดียมสูง หากรับประทานเกินขนาด ส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด
5. **สุขภาพจิต** ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่พบบ่อย มีการคาดการณ์ว่าประชากรทั่วโลก ถึง 1 ใน 4 หรือจำนวน 450 ล้านคน มีปัญหาจิตเวชในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต ปัญหาสุขภาพจิตนั้นเกิดผลกระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิต การอยู่ร่วมในสังคมและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในส่วนของประเทศไทยกลุ่มอายุ ช่วงวัยรุ่น วัยทำงาน และผู้สูงอายุมีโอกาสเผชิญปัญหาทางสุขภาพจิตค่อนข้างสูง เช่น โรคซึมเศร้าซึ่งนำไปสู่สาเหตุของการฆ่าตัวตาย ขณะที่การเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิต เช่น การพบนักจิตวิทยา หรือจิตแพทย์ เพื่อปรึกษาปัญหาเข้าถึงได้เพียงเล็กน้อย
6. **ความปลอดภัยทางถนน** ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยและเป็นอันดับหนึ่งในสามอันดับแรกของปัญหา สาธารณสุขมาโดยตลอด จำนวนผู้บาดเจ็บ ผู้เสียชีวิต และผู้พิการมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี รวมทั้งเป็นสาเหตุ อันดับหนึ่งของประชากรชายไทยที่มีการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัย จากข้อมูลของ Global Status Report on Road Safety 2018 ขององค์การอนามัยโลก จัดให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิต จากอุบัติเหตุทางถนน เป็นอันดับที่ 9 ของโลก และเป็นอันดับที่ 1 ในเอเชีย อาเซียน และ องค์การอนามัยโลก ประจำภูมิภาคเอเชียใต้และตะวันออก (SEARO) แต่สัดส่วนการเสียชีวิตจากเหตุที่เกิดกับรถจักรยานยนต์ ของประเทศไทยนั้นยังสูงเป็นอันดับ 3 ของโลก คิดเป็นร้อยละ 74.4 ซึ่งประเทศไทยมียอดผู้เสียชีวิตสูงถึง 22,491 ราย เฉลี่ย 60 คนต่อวัน โดยในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นจะมีอัตราการสมหมวกนิรภัยที่ต่ำมาก อีกทั้งจากการคาดการณ์ในปี 2573 ภาพรวมสถานการณ์การบาดเจ็บเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน พบว่าส่งผลต่อ

การเสียชีวิตของผู้ใช้ถนนสูงเป็นอันดับ 5 และเป็นสาเหตุให้พิการหรือทุพพลภาพเป็นอันดับที่ 17 ของโลก ทั้งนี้มีความเป็นไปได้ที่สถานการณ์การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุดังกล่าวมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในภูมิภาคแปซิฟิก ตะวันตก แอฟริกา และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

7. **มลพิษทางอากาศ** จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี 2559 พบว่ามลพิษทางอากาศเป็นสาเหตุทำให้คนที่อาศัยในเขตเมืองและชนบทเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงถึง 4.2 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งนับว่าเป็นมลพิษที่สร้างความเสียหายสูงสุดเมื่อเทียบกับมลพิษประเภทอื่น ๆ โดยร้อยละ 92 ของผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั้งหมดนี้ อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง และภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รวมถึงแปซิฟิกตะวันตกมีจำนวนผู้เสียชีวิตมากที่สุด ทั้งนี้ในปี 2562 ประเทศไทยมีค่าเฉลี่ย PM 2.5 ในอันดับที่ 28 จาก 98 ประเทศ โดยมีค่า PM 2.5 ที่ 24.3 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ลดลง 5 อันดับ จากอันดับที่ 23 จาก 73 ประเทศ ในปี 2561 (26.4 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) หากเปรียบเทียบเป็นรายจังหวัด/เมือง ประเทศไทยอยู่อันดับที่ 33 โดยจังหวัดที่มีค่า PM 2.5 โดยเฉลี่ยสูงที่สุดคือ กรุงเทพฯ (22.8 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) ลดลงจากอันดับที่ 24 ในปี 2561 (25.2 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) และ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย PM 2.5 ในกลุ่มประเทศอาเซียน พบว่า ค่าเฉลี่ย PM 2.5 ของประเทศไทย อยู่ในลำดับที่ 4 รองจากอินโดนีเซีย เวียดนาม และเมียนมาร์ อย่างไรก็ตาม แม้ค่าเฉลี่ย PM 2.5 ต่อปีของเมืองจะดีขึ้นในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา แต่กรุงเทพมหานคร ยังคงมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกถึงสี่เท่า ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนในกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคผิวหนัง ระบบตา และมะเร็งโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สตรีมีครรภ์ เด็ก ผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งจากรายงานการศึกษาเรื่อง “มลพิษทางอากาศ: การประเมินการสัมผัสและภาระโรค” ประจำปี 2559 ขององค์การอนามัยโลก พบว่าประชากรไทย จำนวน 22,375 คน เสียชีวิตจากมลพิษทางอากาศ โดยมลพิษทางอากาศมีสาเหตุส่วนใหญ่จาก PM 2.5 ที่เกิดจากควันพิษจากการจราจรและการคมนาคม ฝุ่นจากการเผาในที่โล่ง ฝุ่นละอองจากภาคอุตสาหกรรมและการก่อสร้าง และหมอกควันข้ามแดน นอกจากนี้ มลพิษทางอากาศส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับฤดูกาล โดยจะสูงสุดในช่วงฤดูแล้ง ตั้งแต่เดือนธันวาคมถึงเมษายน โดยประเทศไทยได้กำหนดการแก้ไขปัญหาหมอกควันด้านฝุ่นละอองเป็นวาระแห่งชาติ ได้จัดทำแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ “การแก้ไขปัญหาหมอกควันด้านฝุ่นละออง” เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินการแก้ไขปัญหาฝุ่นละอองในภาพรวมของประเทศและในพื้นที่วิกฤต
8. **โรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ** การเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่และภาวะการระบาดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการระบาด มีความซับซ้อน และส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจอย่างรุนแรง พบว่าในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา มีโรคติดต่อเกิดขึ้นใหม่จำนวนมาก ปัจจุบันสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งจากการแพร่ระบาดของทำให้หลายประเทศต้องประกาศปิดพื้นที่เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรค ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ต่อเนื่องถึงผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ วิถีชีวิต ที่มีความท้าทายต่อการสร้างเสริมสุขภาพในทศวรรษหน้า

## 2. ความสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ของรัฐ

แนวทางการจัดทำแผนหลักและแผนการดำเนินงานประจำปีของกองทุนให้ความสำคัญกับการวางแผนและการทำงานที่ต้องสอดคล้องเชื่อมโยงกับนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนระดับต่าง ๆ ของรัฐ เนื่องจาก สสส. เป็นหน่วยงานของรัฐ และต้องดำเนินงานร่วมกับภาคีจากหน่วยงานภาครัฐ ดังนั้น การวางแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ จึงเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยให้เกิดการบูรณาการร่วมกันเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการดำเนินงานได้อย่างรวดเร็ว ลดการใช้ทรัพยากร และสามารถขยายผลการดำเนินงานได้ในวงกว้างมากยิ่งขึ้น

ทั้งนี้ ในการจัดทำทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ได้มีการวิเคราะห์ความสอดคล้องเชื่อมโยงในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ไว้ โดยแนวนโยบายสำคัญที่ทุกแผนจะต้องวางแนวทางการดำเนินงานให้สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี จึงกล่าวได้ว่าการจัดทำแผนการดำเนินงานของ สสส. คำนี้ถึงถึงความสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติ โดยยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของ สสส. มีดังนี้

1. **ยุทธศาสตร์ชาติและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ** ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติทั้ง 6 ยุทธศาสตร์ล้วนสอดคล้องกับการดำเนินงานของ สสส. ทั้งทางตรงและทางอ้อม หากวิเคราะห์รายละเอียดให้มีความจำเพาะมากขึ้น จำเป็นต้องวิเคราะห์ความสอดคล้องเชื่อมโยงจากแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ โดยประเด็นที่มีความเกี่ยวข้องกับ สสส. คือ ประเด็นที่ 13 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี เป็นแผนแม่บทที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสุขภาพะ จึงมุ่งเน้นเสริมสร้างการจัดการสุขภาพในทุกรูปแบบ ที่นำไปสู่การมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพที่ดีได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี และมีทักษะด้านสุขภาพที่เหมาะสม การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัย สนับสนุนการสร้างสุขภาพที่ดี การกระจายบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ รวมถึงการพัฒนาและสร้างระบบรับมือปรับตัวต่อโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ

นอกจากนี้ ยังมีประเด็นอื่น ๆ ในแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่สอดคล้องทางอ้อมกับภารกิจของ สสส. อีกด้วย เช่น ประเด็นการเกษตรในแผนย่อยเกษตรปลอดภัย ประเด็นอุตสาหกรรมและบริการแห่งอนาคต ในแผนย่อยอุตสาหกรรมและบริการทางการแพทย์ครบวงจร ประเด็นพื้นที่และเมืองน่าอยู่อัจฉริยะ ประเด็นการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิตในทุกแผนย่อย ประเด็นพลังทางสังคมที่มีเป้าหมายให้ประเทศไทยมีความเท่าเทียมและความเสมอภาคในสังคม เป็นต้น

2. **แผนการปฏิรูปประเทศ** เป็นแผนที่มีการกำหนดประเด็นการปฏิรูปประเทศ ใน 13 ด้าน<sup>11</sup> โดยมี 2 ด้านที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับภารกิจและการดำเนินงานของ สสส. ได้แก่

11 สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2564). “แผนการปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง)”.

- แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข มีเป้าประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้เสี่ยงโรคและผู้สูงอายุได้รับการที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และทันสมัย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น สามารถป้องกันและลดโรคที่สามารถป้องกันได้ พร้อมทั้งผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองและได้รับการบริหารและรักษาพยาบาลที่มี คุณภาพที่บ้านและในชุมชน โดยกำหนดกิจกรรมปฏิรูปประเทศที่เกี่ยวข้องกับ สสส. ไว้ เช่น กิจกรรมการปฏิรูปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชนและผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่บ้าน/ชุมชน และการดูแลสุขภาพตนเองในระบบสุขภาพปฐมภูมิเชิงนวัตกรรม เป็นต้น
- แผนการปฏิรูปประเทศด้านสังคม มีเป้าประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาความยากจนและความเหลื่อมล้ำในสังคม การคุ้มครองกลุ่มเปราะบางในสังคม ตลอดจนการสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงทรัพยากรและแหล่งทุนของประชาชน โดยมีกิจกรรมปฏิรูปประเทศที่เกี่ยวข้องกับ สสส. เช่น การมีระบบการออมเพื่อสร้างหลักประกันรายได้หลังวัยเกษียณที่เพียงพอและครอบคลุมในกลุ่มแรงงานทั้งในและนอกระบบ ผลักดันให้มีฐานข้อมูลทางสังคมและคลังความรู้ในระดับพื้นที่ การปฏิรูปการขึ้นทะเบียนคนพิการ การสร้างกลไกที่เอื้อให้เกิดชุมชนเมืองจัดการตนเอง เป็นต้น

3. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13** เป็นแผนเพื่อส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยแผนดังกล่าวให้ความสำคัญกับการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคมและด้านการสร้างการเติบโตคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ภายใต้แผนแม่บทการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับบริบทการดำเนินงานตามแผนของ สสส. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570)<sup>12</sup> ประกอบด้วย 13 หมายเหตุ โดยมีหมายเหตุที่เกี่ยวข้องกับภารกิจและการดำเนินงานของ สสส. ดังนี้



ไทยเป็นประเทศชั้นนำด้านสินค้าเกษตรและเกษตรแปรรูปมูลค่าสูง ส่งเสริมการทำเกษตรยั่งยืน ที่ตระหนักถึงผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม และส่งเสริมให้ชุมชนสามารถเข้าถึงความมั่นคงอาหาร



ไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาศักยภาพและกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ พัฒนาระบบเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนบริการทางการแพทย์ ปฏิรูประบบเฝ้าระวังและบริหารจัดการโรคระบาด และภัยคุกคามสุขภาพ

#### แผนการดำเนินงานของ สสส.

- แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ
- แผนสุขภาพะชุมชน
- แผนอาหารเพื่อสุขภาพ
- แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ

12 สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565). “แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570)”. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.



### ทฤษฎีที่ 8

ไทยมีพื้นที่และเมืองอัจฉริยะที่น่าอยู่ ปลอดภัย เต็มโตได้อย่างยั่งยืน การแก้ปัญหาของกลุ่มเปราะบางในเมือง ทั้งในภาวะปกติและเมื่อเกิดภัยพิบัติ และเสริมสร้างสมรรถนะการบริหารจัดการพื้นที่ของท้องถิ่นทุกระดับ

แผนการดำเนินงานของ สสส.

แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ

แผนสุขภาวะชุมชน

แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

แผนสร้างสรรคโอกาสสร้างเสริมสุขภาวะ



### ทฤษฎีที่ 9

ไทยมีความยากจนข้ามรุ่นลดลง การสนับสนุนครัวเรือนยากจนข้ามรุ่นให้สามารถเลี้ยงดูเด็กได้อย่างมีคุณภาพ และส่งเสริมการจัดตั้งศูนย์เลี้ยงเด็กที่มีคุณภาพใน Setting ต่าง ๆ รวมถึงการยกระดับความคุ้มครองทางสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

แผนการดำเนินงานของ สสส.

แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ

แผนสุขภาวะชุมชน

แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว

แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ



### ทฤษฎีที่ 11

ไทยสามารถลดความเสี่ยงและผลกระทบจากภัยธรรมชาติ และการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ เพิ่มศักยภาพในการรับมือภัยธรรมชาติ และการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ รวมถึงการเพิ่มบทบาทภาคประชาชน ชุมชน และภาคเอกชน ในการอนุรักษ์ฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติ

แผนการดำเนินงานของ สสส.

แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

แผนสุขภาวะชุมชน



### หมวดหมู่ที่ 12

ไทยมีกำลังคนสมรรถนะสูง มุ่งเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง คอบใจการพัฒนาแห่งอนาคต การพัฒนาเด็กช่วงตั้งครรภ์ถึงปฐมวัยให้มีพัฒนาการรอบด้าน ให้มีอุปนิสัยที่ดี การพัฒนาผู้สูงอายุให้เป็นพลเมืองมีคุณค่าของสังคม และการพัฒนาระบบนิเวศ เพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต และสร้างสื่อการเรียนรู้ที่ไม่ทิ้งใครไว้เบื้องหลัง

#### แผนการดำเนินงานของ สสส.

ภาพรวมสอดคล้องกับทุกแผนการดำเนินงานของ สสส.



### หมวดหมู่ที่ 13

ไทยมีภาคธุรกิจที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพ และตอบโจทย์ประชาชน และการปรับเปลี่ยน การให้บริการ และข้อมูลให้เป็นดิจิทัล

#### แผนการดำเนินงานของ สสส.

แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

แผนงานฝ่ายสนับสนุน สสส.

### 3. ความสอดคล้องกับแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพ:

1. เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals: SDGs) การพัฒนาความร่วมมือของนานาประเทศเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนนั้นมีความสำคัญต่อระบบสุขภาพ และการสร้างสุขภาพที่ดีให้แก่ประชากรโลก โดยมีองค์กรของแต่ละประเทศเป็นกลไกในการขับเคลื่อนเป้าหมาย ทั้งในด้านสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ จนกระทั่งกลายเป็นเครือข่ายความร่วมมือในระดับโลก ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ ตลอดจนชุมชนต่าง ๆ

การกำหนดยุทธศาสตร์และแผนของประเทศไทยได้นำแนวคิดการพัฒนาที่ยั่งยืนมาใช้ในการกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาประเทศเช่นกัน สสส. ซึ่งเป็นองค์กรที่ดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพจึงได้นำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนมาใช้เป็นแนวคิดสำคัญในการจัดทำทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี แผนหลัก และแผนการดำเนินงานประจำปี เพื่อให้มีความสอดคล้องกับแนวทางสากล และเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานไปพร้อมกับภาคีเครือข่ายในระดับโลก ดังนั้น ในการจัดทำแผนการทำงานของ สสส. จึงได้มีการนำเป้าหมายในภาพรวม และตัวชี้วัดเฉพาะในแต่ละด้านมาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดจุดเน้นและเป้าหมายในการทำงาน เช่น ขจัดความยากจน สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับคนทุกช่วงอายุ ความเท่าเทียมระหว่างเพศ สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี เป็นต้น



2. **แนวคิดในการพัฒนาเศรษฐกิจแบบองค์รวม (BCG Model)** ในการจัดทำแผนของกองทุนคำนึงถึงแนวคิดในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมไปควบคู่กัน เนื่องจากเป็นสภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อ การสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ทั้งเศรษฐกิจชีวภาพ (bio-economy) ที่มุ่งเน้นการใช้ทรัพยากรชีวภาพเพื่อสร้างมูลค่าเพิ่ม เศรษฐกิจหมุนเวียน (circular economy) ที่คำนึงถึงการนำวัสดุมาหมุนเวียนและกลับมาใช้ประโยชน์ให้ได้มากที่สุด โดยต้องอยู่ภายใต้เศรษฐกิจสีเขียว (green economy) ที่เน้นการพัฒนาเศรษฐกิจควบคู่ไปกับการคำนึงถึงสังคมและรักษาสภาพแวดล้อมอย่างสมดุล เพื่อให้เกิดความยั่งยืนทั้งในทางเศรษฐกิจและสังคม ควบคู่กัน ดังนั้น แนวคิดดังกล่าวจึงเป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับการจัดทำแผนและการดำเนินงานของ สสส. ที่มีวัตถุประสงค์สำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตของคนพร้อมกับการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี ทั้งในด้านร่างกาย และทางด้านจิตใจรวมทั้งการสร้างความคิดให้คนตระหนักถึงการบริโภคที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความยั่งยืนต่อไปในอนาคต
3. **แนวคิดเพื่อการพัฒนาองค์กรอย่างยั่งยืน (Environment, Social and Governance: ESG)** เป็นแนวคิดที่คำนึงถึงความรับผิดชอบต่อองค์กร 3 เรื่อง ได้แก่ สิ่งแวดล้อม สังคม และธรรมาภิบาลที่ต้องมีการกำกับดูแลอย่างเหมาะสม ในฐานะที่ สสส. เป็นองค์กรที่เน้นการทำงานแบบสานและเสริมพลังเครือข่ายให้ร่วมขับเคลื่อนงานไปด้วยกัน การทำงานจึงเน้นการสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วมกับภาคีและองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม ซึ่งแนวคิดในการพัฒนาองค์กรอย่างยั่งยืน ทั้งในส่วนของ สสส. เอง และองค์กรที่เป็นภาคีเครือข่ายจึงเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งในการทำงานของ สสส. ที่ต้องการจะยกระดับองค์กรและภาคีเครือข่ายให้มีศักยภาพในการขับเคลื่อนงานอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น แนวคิดการพัฒนาองค์กรอย่างยั่งยืนจึงเป็นแนวคิดสำคัญที่จะช่วยให้การทำงานของภาคีเครือข่ายแต่ละองค์กรออกแบบการทำงาน โดยคำนึงถึงความรับผิดชอบต่อสิ่งแวดล้อม สังคม และธรรมาภิบาล เพื่อสร้างประโยชน์ต่อสังคมโดยรวมและคนในทุกภาคส่วน

### 3. บริบทและแนวนโยบายการจัดทำแผน

การจัดทำแผนหลัก (พ.ศ.2566-2570) ของกองทุน ซึ่งเป็นแผนหลักที่อยู่ภายใต้ทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) และได้นำข้อเสนอแนะจากประเมินผลการดำเนินงานแผนหลัก 3 ปี (พ.ศ. 2560-2563) และผลการประเมินทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2555-2564) ที่ผ่านมา รวมถึงข้อมูลการรับฟังความเห็นจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับข้อมูลนำเข้าของทีมวิชาการในการจัดทำการวิเคราะห์สถานการณ์สำคัญที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาวะทั้งในด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะต่อสถานการณ์เร่งด่วนที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ยังไม่มีจุดสิ้นสุด แต่มีแนวโน้มที่จะปรับเป็นโรคประจำถิ่นในอนาคต ตลอดจนการพิจารณาแนวโน้มการขับเคลื่อนนโยบายของภาครัฐที่มีผลกระทบต่อการทำงานสุขภาพของกองทุน รวมถึงข้อมูลจากการจัดการประชุมผู้บริหารเพื่อระดมสมองเมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2565 มาใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดกรอบนโยบาย

ในการประชุมคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 4/2565 เมื่อวันที่ 21 เมษายน 2565 ที่ประชุมมีมติเห็นชอบกรอบนโยบายในการจัดทำแผนหลัก (พ.ศ.2566-2570) และแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 โดยมีสาระสำคัญต่อไปนี้

1. ใช้ทิศทางและเป้าหมายกองทุน ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)<sup>13</sup> เป็นกรอบในการจัดทำแผนหลัก 5 ปี และแผนการดำเนินงานประจำปี โดยสอดคล้องกับแนวนโยบายในการปฏิรูปสังคม เศรษฐกิจตามทิศทางของยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ และให้ความสำคัญกับการกำหนดห่วงโซ่ผลลัพธ์ของเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ รวมถึงการใช้กลไกการกำกับ ติดตาม และประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ควบคู่กันไป

แผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) และแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ต้องสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ทั้งเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์และห่วงโซ่ผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพ (Chain of Outcome for Health Promotion) การกำกับ ติดตาม และประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกัน เพื่อแผนการดำเนินงาน มาตรการ เป้าหมาย และตัวชี้วัด ได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพ

2. สร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดด ด้วยการขยายผลต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพ เร่งความสำเร็จของแผนเชิงพื้นที่ องค์กร และกลุ่มประชากร สามารถนำต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพมาขยายผลการดำเนินงานผ่านการผลักดันนโยบาย กระบวนการเรียนรู้ และการสื่อสารที่มีประสิทธิผลและยั่งยืน โดยให้คำนึงถึงพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร

การดำเนินงานที่ผ่านมาก่อให้เกิดนวัตกรรม ความรู้ และต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้านต่าง ๆ จำนวนมาก ข้อท้าทายที่สำคัญหนึ่งของการดำเนินงานช่วงต่อไป คือ การยกระดับและขยายผลงานที่มีอยู่ให้เกิดผลกระทบเชิงสุขภาพกับทุกกลุ่มเป้าหมายตามวิสัยทัศน์ขององค์กรให้เพิ่มทวีมากยิ่งขึ้น ดังนั้น แต่ละแผนจะต้องทำงานร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขยายผลงาน ผ่านกลไกทวิคูณที่สำคัญต่าง ๆ ได้แก่ การผลักดันเข้าสู่นโยบาย เกิดการกำหนดสั่งการตามนโยบายสู่การปฏิบัติ การสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับสังคมและเครือข่าย เช่น การสร้างศูนย์เรียนรู้จากต้นแบบต่อบุคคลและองค์กรอื่น ๆ และการสื่อสารเพื่อกระตุ้น ชี้นำ ส่งเสริมให้เกิดความสนใจ เรียนรู้ และนำไปปฏิบัติตาม หรือด้วยวิธีอื่นใดที่ทำให้เกิดการขยายผลงานนั้น ๆ สู่วงกว้าง ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน ได้มากและทั่วถึงยั่งยืนยิ่งขึ้น

ทั้งนี้ จากบทเรียนและการทำงานที่ผ่านมาของ สสส. สามารถให้นิยามการสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดดได้ 3 รูปแบบ ดังนี้

- แนวตั้ง การยกระดับเชิงนโยบาย โดยการนำองค์ความรู้ กลไก ที่ถูกนำไปใช้ประโยชน์และประเมินผลแล้ว มาสนับสนุนให้เกิดกฎหมาย นโยบาย หรือสื่อสารในวงกว้าง เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สภาพแวดล้อม หรือวัฒนธรรมทางสุขภาพ
- แนวราบ การขยายผล (critical mass) โดยการนำองค์ความรู้ กลไก ที่ถูกนำไปใช้ประโยชน์และประเมินผลแล้ว ไปขับเคลื่อนงานในมิติต่าง ๆ เช่น การขับเคลื่อนกลไกให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือสภาพแวดล้อมทางสุขภาพในพื้นที่เป้าหมาย หรือในกลุ่มประชากร หรือการร่วมทุน เป็นต้น โดยมียุทธศาสตร์กำกับการทำงาน

13 ตามข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินฯ บทเฉพาะกาลกำหนดให้ใช้ทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ 10 ปี ถึงปีงบประมาณ 2575



- เทคโนโลยีดิจิทัล การลดข้อจำกัดในการทำงาน เช่น ต้นทุน ระยะเวลา การเดินทาง เป็นต้น ในการเข้าถึงแหล่งทุน ข้อมูลสุขภาพ หรือกลไกต่าง ๆ ในการสร้างเสริมสุขภาพ

โดยทั้ง 3 รูปแบบต้องอยู่บนพื้นฐานของประสิทธิภาพและความยั่งยืน โดยเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่แม่ สสส. จะไม่ได้ร่วมดำเนินงานหรือให้ทุนแล้ว แต่ประชาชนหรือผู้รับประโยชน์ตามกลุ่มเป้าหมายก็ยังมีพฤติกรรมเช่นนี้ได้อยู่เพราะเห็นประโยชน์ที่เกิดขึ้นต่อตนเอง ชุมชน และสังคม

3. **สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ** โดยคำนึงถึงการใช้ประโยชน์ และไม่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำในกลุ่มประชากร เพื่อสร้างและรองรับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านการเรียนรู้ การสื่อสาร การจัดการ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อสร้างเสริมสุขภาพในยุคดิจิทัล

ปัจจุบันเทคโนโลยีและระบบดิจิทัล มีอิทธิพลต่อชีวิตประชาชนอย่างมากและจะยิ่งเพิ่มทวีขึ้นในอนาคต ทั้งจากที่เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมเข้าด้วยกัน ข้อมูลที่มีอยู่มหาศาลทั้งใน สสส. และในระบบสุขภาพสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านที่เป็นประโยชน์และด้านที่อาจก่อให้เกิดโทษทั้งทางตรงและทางอ้อมได้ จึงเน้นให้แผนให้ความสำคัญต่อการนำเทคโนโลยีและระบบดิจิทัลมาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพให้มาก ทั้งในการใช้เพื่อการเชื่อมต่อและส่งผ่านข้อมูลที่สำคัญสามารถสร้างความรู้ร่วม คุณค่าร่วม หรือใช้เพื่อกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการที่ตั้งอยู่บนข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ ตอบสนองกับสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสมทันเวลา ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงผู้เกี่ยวข้องและกลุ่มเป้าหมายที่มีความหลากหลาย มีระดับความรู้และความเข้าใจในเทคโนโลยีที่แตกต่างกัน ต้องดำเนินการให้ทุกภาคส่วนสามารถเข้าถึง แบ่งปัน และใช้ประโยชน์ร่วมกันจากเทคโนโลยีดิจิทัล

4. **ให้ความสำคัญกับผลกระทบต่อเนื่องจากการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา-2019 และปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอุบัติใหม่** ที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม วิถีชีวิตและสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบาง ให้มีความพร้อมสามารถรับมือกับวิกฤติการณ์ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม

จากการพิจารณาฉากทัศน์ของผลกระทบของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่คาดว่าผลกระทบด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประชาชนจะค่อย ๆ พื้นตัว และนำไปสู่ภาวะปกติใหม่ในระยะ 1-5 ปี ข้างหน้านี้ อย่างไรก็ตาม ยังคงต้องมีการเตรียมความพร้อมของประชาชนให้สามารถรับมือสถานการณ์ที่อาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สังคมและสิ่งแวดล้อมในการสร้างเสริมสุขภาพ หรือนำไปสู่ปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่ในอนาคต ดังนั้นในการจัดทำแผนการดำเนินงาน การกำหนดจุดเน้นของแผนและแนวทางการดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมาย ให้แผนวิเคราะห์ข้อมูลถึงผลกระทบของสถานการณ์หลังการแพร่ระบาด ที่จะส่งผลต่อโอกาสและข้อจำกัดในการดำเนินงาน และแนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีและกลุ่มเป้าหมายในการรับมือสถานการณ์หลังวิกฤติการณ์นี้ด้วย โดยเฉพาะในประชากรกลุ่มเปราะบางที่มีแนวโน้มจะได้รับผลกระทบหนักและถาวร และมีศักยภาพในการฟื้นฟูตนเองที่ต่ำกว่าประชาชนทั่วไป

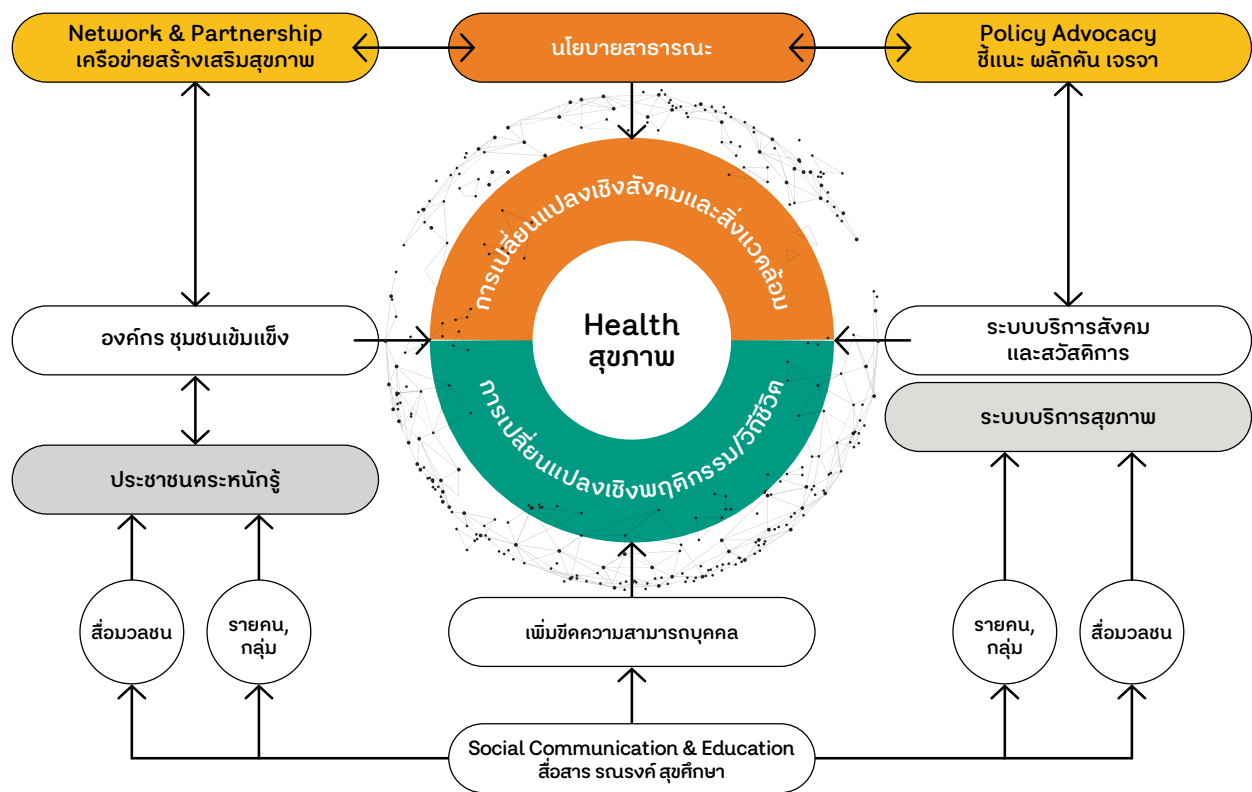
5. **ยกระดับการพัฒนาศักยภาพ และการเชื่อมโยงเครือข่ายการทำงาน เพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ ในระดับพื้นที่ ระดับชาติและสากล** ทั้งในเชิงผลักดันนโยบาย การประสานทรัพยากร และงานวิชาการ ส่งเสริมบทบาทนำ ภาวลักษณ์ และความรับผิดชอบงานด้านสร้างเสริมสุขภาพของไทยในประชาคมโลก เพื่อสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพโลกของประเทศไทย (พ.ศ. 2564-2570)

การดำเนินงานของกองทุน สองทศวรรษที่ผ่านมา นอกจากการทำงานขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพภายในประเทศแล้ว กระบวนการทำงานและผลงานของ สสส. ยังเป็นที่ยอมรับและเป็นบทเรียนการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในระดับนานาชาติ ทั้งยังมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับสากลในหลายเรื่อง รวมทั้งการช่วยขยายกลไกการเงินเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในหลายประเทศ การยอมรับในระดับนานาชาติแสดงออกมาทั้งการเสนอแนะโดยคณะทำงานของสหประชาชาติด้านโรคไม่ติดต่อให้เป็นต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลางของโลก และการได้รับการคัดเลือกจากที่ประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก ให้รับรางวัล Nelson Mandela Award for Health Promotion ปี 2564 ที่มอบเป็นครั้งที่ 2 ของโลก ในการเริ่มเข้าสู่ทศวรรษที่สามของกองทุน อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมโลกที่กำหนดสุขภาพประชาชนไทยเพิ่มสูงขึ้น ทั้งจากการเชื่อมโยงของโลกเข้าหากันในทุกมิติ โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจ การค้า ความมั่นคงและการพัฒนา ดังนั้น นอกจาก สสส. จะยังคงบทบาทนำในการขับเคลื่อนผลักดันนโยบาย และงานวิชาการและพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไปแล้ว ยังต้องพิจารณาถึงบทบาทของการเป็นผู้ประสานภาคีเครือข่ายและแหล่งทุนทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่ เพื่อนำมาสนับสนุนต่อยอดการทำงานสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างกว้างขวางเพิ่มขึ้นทั้งในประเทศและในสากล โดยพิจารณาให้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพโลกของประเทศไทย (พ.ศ. 2564-2570) ที่ สสส. และภาคีด้านสุขภาพโลกได้ร่วมกันพัฒนาขึ้น

#### 4. **รูปแบบการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ**

กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญในการสนับสนุนให้ประชาชนมีศักยภาพในการจัดการปัจจัยแวดล้อมเพื่อการมีสุขภาพดีได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนและของประเทศในระยะยาว และเนื่องจากการทำงานสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการทำงานที่มุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมที่ก่อผลเสียต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นความคุ้นชินของประชาชนหรือมีปัจจัยแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าว กระบวนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพที่ สสส. พัฒนาจาก 5 มาตรการ ตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) มาเป็นรูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. (Thai Health Working Model) สามารถแสดงองค์ประกอบและความสัมพันธ์ของการดำเนินมาตรการที่จำเป็น เพื่อบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพและสุขภาวะที่ดีของประชาชนได้ดังนี้

## กรอบงานการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Working Model)



สุขภาพที่ดีของบุคคลแต่ละคนต้องเกิดจากการปรับพฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิตของตนเองโดยมีสังคมและสภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยร่วมที่ก่อให้เกิดการมีพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องยั่งยืน หลักการสำคัญข้างต้นนำมาซึ่งรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพตามรูปภาพที่ 2.1 โดยที่มีสุขภาพของบุคคลเป็นแกนกลาง เป็นเป้าหมายหลักของการทำงานที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิถีชีวิตของบุคคลประกอบกับการได้อยู่ในสังคมหรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพ

พฤติกรรม สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยหลักในการกำหนดว่าบุคคลคนนั้นจะมีสุขภาพที่ดีหรือไม่ดี การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สังคม และสิ่งแวดล้อมต้องทำงานเชื่อมประสานกับกลไกการทำงานของหลายภาคส่วน คือ (1) การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ เพื่อให้เกิดนโยบาย กฎหมายหรือแนวปฏิบัติที่ทำให้เกิดสังคมและสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการมีสุขภาพ (2) การสานพลังองค์กร ชุมชน ให้เข้มแข็งมีศักยภาพในการพัฒนารูปแบบของการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กร หรือชุมชนของตนเองได้ (3) การปรับระบบบริการด้านสังคมและสุขภาพให้เกิดงานเชิงรุกด้านการสร้างเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับปรัชญาการทำงาน “สร้าง นำ ช่อม” (4) การพัฒนาขีดความสามารถของบุคคลให้เกิดทัศนคติ และมีทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืนผ่านการสื่อสารณรงค์ที่ใช้องค์ความรู้ด้านการตลาดเพื่อสังคมช่วยชี้นำ เพื่อสร้างความตระหนักรู้ ความเข้าใจ และสร้างแรงบันดาลใจ สนับสนุนต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้เกิดการยอมรับในการพัฒนานโยบายหรือกฎหมายที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะส่งผลต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนในท้ายที่สุด

## 5. งบประมาณ

ตามข้อบังคับกองทุนว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565 กำหนดว่า ข้อ 7 (1) การจัดทำแผนหลัก “ให้ผู้จัดการจัดทำแผนหลักที่ประกอบด้วยแผนต่าง ๆ ที่มีรายละเอียดสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายกองทุน และกรอบวงเงินงบประมาณประจำปีที่คณะกรรมการกำหนด เพื่อขอความเห็นชอบต่อคณะกรรมการภายในเดือนสิงหาคมของปีที่พิจารณา โดยอาจทบทวนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ได้ทุกปี และให้จัดทำฉบับใหม่ทุก 5 ปี...”

### กรอบนโยบายทางการเงิน

การจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณสำหรับการจัดทำแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) สำนักงานกองทุนได้จัดทำกรอบวงเงินภายใต้ “แนวนโยบายทางการเงิน” ปีงบประมาณ พ.ศ.2557 ที่คณะกรรมการกองทุนเห็นชอบ ดังนี้

1. รักษาปริมาณเงินทุนให้มีสภาพคล่องและเพียงพอต่อภาระผูกพัน
2. รักษาเงินทุนสำรองเพื่อรองรับความผันผวนที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต (1,000-1,500 ล้านบาท)<sup>14</sup>
3. รักษายอดเงินรวมผูกพันโครงการต่าง ๆ มิให้มีเงินคงเหลือสุทธิของกองทุนมากเกินไปโดยไร้เหตุผลอันสมควร
4. การบริหารจัดการเงินทุนที่ยังไม่ถึงกำหนดเบิกจ่ายให้เกิดผลตอบแทนที่เหมาะสม

### กระบวนการในการจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณ

คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินร่วมกับสำนักงานกองทุน และศูนย์ความเลิศทางเศรษฐมิติ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ทำการพยากรณ์ประมาณการรายได้ภาษีของกองทุน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2567 ตามกระบวนการโดยสรุป ดังนี้

1. สำนักงานกองทุน ได้แต่งตั้งคณะทำงานพิจารณาทบทวนกรอบวงเงินงบประมาณของกองทุน โดยมีองค์ประกอบคือ ตัวแทนคณะอนุกรรมการนโยบายการเงิน 2 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านเศรษฐศาสตร์ (บุคคลภายนอก) 1 ท่าน และบุคลากรสำนักงานกองทุน 3 ท่าน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินจากการพยากรณ์รายได้ภาษี จัดทำหรือทบทวนประมาณการรายได้และรายจ่ายของกองทุน และเสนอต่อผู้จัดการกองทุน คณะอนุกรรมการนโยบายการเงิน และคณะกรรมการกองทุน ตามลำดับ
2. การจัดทำพยากรณ์รายได้และรายจ่ายของกองทุนครั้งนี้ได้ทำการพยากรณ์ภายใต้สมมติฐานในหลายรูปแบบ เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ทางเศรษฐกิจและพฤติกรรมผู้บริโภคบุหรี สุรา และเบียร์ ในปัจจุบันของประเทศไทย ร่วมกับการใช้ข้อมูลจากกรมสรรพสามิตและข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และได้คำนึงถึงปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อประมาณการรายได้กองทุน ดังนี้
  - สถานการณ์ต่าง ๆ ที่น่าจะส่งผลกระทบต่อผู้บริโภคบุหรี สุรา และเบียร์ ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ท่องเที่ยวและเศรษฐกิจ เช่น สถานการณ์โควิด-19 และสถานะความตึงเครียดระหว่างรัสเซียและยูเครน
  - ข้อมูลรายเดือน รายไตรมาส และรายปีของมูลค่าภาษีที่จัดเก็บได้ รวมถึงปริมาณและอัตราภาษีของบุหรี สุรา และเบียร์

<sup>14</sup> สำนักงานกองทุนได้ทำการทบทวนระดับวงเงินสำรองที่เหมาะสม เพื่อรองรับความผันผวนที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต พบว่าระดับวงเงิน 1,000-1,500 ล้านบาท ยังคงมีความเหมาะสม และในการประชุมคณะกรรมการกองทุนครั้งที่ 8/2564 วันที่ 19 สิงหาคม 2564 ได้เห็นชอบให้คงระดับเงินสำรองไว้ที่ 1,000-1,500 ล้านบาท และให้ทบทวนระดับเงินสำรองเพื่อรองรับความผันผวนที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคตในเวลาใดเวลาหนึ่งที่เหมาะสมในทุก ๆ ช่วงเวลา 3 ปี

- ข้อมูลราคาน้ำมันดิบ การบริโภคของภาคเอกชนและประชาชน (consumption) การลงทุนของภาคเอกชน (investment) การใช้จ่ายของรัฐบาลหรือการลงทุนภาครัฐตามนโยบายต่าง ๆ (government spending) การส่งออก (export) และการนำเข้า (import)
  - การบังคับใช้มาตรการต่าง ๆ ตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน และมาตรการกระตุ้นทางเศรษฐกิจของภาครัฐ
  - การพึ่งพานักท่องเที่ยวจากต่างประเทศ และนโยบายการเปิดประเทศ
3. หลักการในการจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณของกองทุน ดังนี้
- เงินที่กองทุนจะสามารถเบิกจ่ายได้ในแต่ละปีจะพิจารณาจากประมาณการรายได้ภาษี ตาม “ผลการพยากรณ์ประมาณการรายได้” รวมกับประมาณการรายได้อื่น
  - รักษาระดับเงินทุนสำรองคงเหลือแต่ละปีภายในวงเงินที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด คือ 1,000–1,500 ล้านบาท
  - ประมาณการรายจ่าย มาจาก 2 ส่วนคือ งบเบิกจ่ายสำนักงาน และงบเบิกจ่ายอุดหนุนโครงการ โดยแบ่งเป็นกรอบเบิกจ่ายโครงการใหม่ และโครงการต่อเนื่อง
  - จัดทำกรอบวงเงินอนุมัติโครงการใหม่ โดยคำนึงถึงยอดเบิกจ่ายโครงการใหม่ในปีงบประมาณและภาระผูกพันที่จะเกิดขึ้นในปีงบประมาณถัดไป
  - งบประมาณรายจ่ายเพื่อบริหารจัดการสำนักงานจะต้องไม่เกินร้อยละ 15 ของงบประมาณรายจ่ายประจำปีของกองทุน
4. หากมีสถานการณ์อันอาจส่งผลกระทบต่อรายได้และค่าใช้จ่ายอย่างมีนัยสำคัญ ให้สำนักงานกองทุน เสนอคณะกรรมการกองทุนเพื่อพิจารณาทบทวนกรอบวงเงินงบประมาณให้สอดคล้องกับสถานการณ์ต่อไป

## สาระสำคัญของงบประมาณและความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับงบประมาณรายจ่าย สำหรับการจัดทำแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570)

### คำอธิบายเกี่ยวกับประมาณการรายได้

ในการจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณสำหรับการจัดทำแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงิน ได้ประมาณการรายได้ของกองทุน เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์ด้านรายจ่ายที่สามารถใช้จ่ายในปีงบประมาณนั้น ๆ ทั้งนี้การพยากรณ์ประมาณการรายได้-ต้นทุนการดำเนินการของกองทุน มีการใช้ข้อมูลตั้งต้น ดังนี้

1. ข้อมูลรายเดือน รายไตรมาสและรายปีของมูลค่าภาษีที่จัดเก็บได้ และปริมาณบุหรี่ (มวน) สุรา (ล้านลิตร) และเบียร์ (ล้านลิตร) และต้นทุนการดำเนินงาน (ล้านบาท) ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2550-กุมภาพันธ์ 2565
2. อัตราภาษีบุหรี่ สุรา และเบียร์ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2550-กุมภาพันธ์ 2565
3. ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานของสำนักงานกองทุน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2550-กุมภาพันธ์ 2565
4. ข้อมูลราคาน้ำมันดิบ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2553-กุมภาพันธ์ 2565
5. ข้อมูลการบริโภคของภาคเอกชนและประชาชน (consumption) ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2553-กุมภาพันธ์ 2565
6. ข้อมูลการลงทุนของภาคเอกชน (investment) ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2553-กุมภาพันธ์ 2565
7. ข้อมูลการใช้จ่ายของรัฐบาล หรือการลงทุนภาครัฐตามนโยบายต่าง ๆ (government spending) ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2553-กุมภาพันธ์ 2565
8. ข้อมูลการส่งออก (export) และการนำเข้า (import) ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2553-กุมภาพันธ์ 2565

## วิธีการในการพยากรณ์รายได้ของกองทุน มีกระบวนการดังนี้

1. พยากรณ์ปริมาณบุหรี สุรา และเบียร์ ด้วยวิธี recursive forecasting
2. ในกระบวนการพยากรณ์ทั้งหมดได้พิจารณาความถี่ของข้อมูลต่าง ๆ เพื่อเช็ค consistency ของผลการพยากรณ์ โดยทำการประเมินความถี่ตั้งแต่ รายเดือน รายไตรมาส และรายครึ่งปี
3. รวมมูลค่าของสินค้าทุกชนิด เพื่อประมาณการภาษีของรัฐทั้งหมด
4. ทำการประเมินรายได้ของกองทุน โดยคิดเป็นร้อยละ 2 ของรายได้จากภาษีบุหรี สุรา และเบียร์ ที่คาดว่าจะรัฐบาลจะเก็บได้
5. เนื่องจากมีสถานการณ์อาจจะส่งผลกระทบต่อการบินโคกบุหรี สุรา และเบียร์ ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ท่องเที่ยว สภาพเศรษฐกิจ นโยบายมาตรการช่วยเหลือเยียวยาภาครัฐ ราคาน้ำมัน และโควิด-19 ดังนั้นในการพยากรณ์จึงได้คำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้เข้ามาร่วมวิเคราะห์ในแบบจำลองด้วย
6. การพยากรณ์รายได้ภาษีของกองทุน ได้ทำการพยากรณ์ตามฉากทัศน์ต่าง ๆ ที่ได้ประเมินผลการพยากรณ์ที่น่าจะเป็นไปได้จากฉากทัศน์ผ่านมุมมองทั้งหมด 3 สถานการณ์ คือ
  - สถานการณ์ดีที่สุด (best case) คือ สถานการณ์โควิด-19 จะคลี่คลายและกลับสู่สถานการณ์ปกติทันที (ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2565 เป็นต้นไป) และสถานการณ์ราคาน้ำมันโลกโดยรวมอยู่ในสภาวะปกติ โดยเศรษฐกิจอยู่ในเกณฑ์ดีเหมือนก่อนหน้าปี 2562
  - สถานการณ์ปกติ (normal case) คือ สถานการณ์โควิด-19 มีโอกาสคลี่คลายในครึ่งปีหลังของปี 2565 (ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2565 เป็นต้นไป) โดยเศรษฐกิจมีแนวโน้มฟื้นตัวอย่างจำกัด จากการเปิดประเทศยังไม่เต็มที่ และจำนวนนักท่องเที่ยวยังไม่กลับมาเหมือนก่อนเกิดโควิด-19 จากการพึ่งพานักท่องเที่ยวจีนและญี่ปุ่นที่มีนโยบายการเปิดประเทศอย่างจำกัด รวมถึงสถานการณ์ราคาน้ำมันโลกโดยภาพรวมอยู่ในสภาวะปกติ
  - สถานการณ์แย่มากที่สุด (worst case) คือ สถานการณ์โควิด-19 หรือสถานการณ์วิกฤตอื่นส่งผลกระทบต่อรายได้ภาษีของกองทุนอย่างต่อเนื่อง และมีผลกระทบจากราคาน้ำมันเฉลี่ยในระดับ 100 เหรียญดอลลาร์สหรัฐ เฉพาะในปีงบประมาณ 2565 โดยสถานการณ์ราคาน้ำมันจะคลี่คลายในปี 2566 เป็นต้นไป

## ผลการพยากรณ์รายได้ภาษีของกองทุน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2567 ในแต่ละสถานการณ์

หน่วย: ล้านบาท

ปีงบประมาณ	สถานการณ์ดีที่สุด (best case)	สถานการณ์ปกติ (normal case)	สถานการณ์แย่มากที่สุด (worst case)
2566	4,370.99	4,067.53	3,947.23
2567	4,414.77	4,076.25	3,932.75
2568	4,587.76	4,130.72	4,006.62
2569	4,243.92	4,077.31	3,974.97
2570	4,267.80	4,151.85	3,981.13

หลังจากนั้นได้นำผลการพยากรณ์รายได้ภาษีของกองทุน ทั้ง 3 สถานการณ์มาวิเคราะห์กรอบวงเงินงบประมาณสำหรับการจัดทำแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) มีรายละเอียดดังนี้



	สถานการณ์ที่ดีที่สุด (best case)				
	2566	2567	2568	2569	2570
วงเงินอนุมัติโครงการใหม่	4,350.17	4,486.05	4,651.05	4,272.56	4,249.35
รายได้เงินบำรุงกองทุน	4,370.99	4,414.77	4,587.76	4,243.92	4,267.80
รายได้อื่น	208.81	201.18	213.68	207.89	207.58
รายได้จากการดำเนินงาน 2 BU	28.00	34.00	41.00	45.00	49.00
<b>รายได้รวม</b>	<b>4,607.80</b>	<b>4,649.95</b>	<b>4,842.44</b>	<b>4,496.81</b>	<b>4,524.38</b>
ค่าใช้จ่ายอุดหนุนโครงการ	4,130.96	4,163.55	4,343.58	3,982.46	3,992.32
เบิกจ่ายโครงการใหม่	1,805.32	1,861.71	1,930.19	1,773.11	1,763.48
เบิกจ่ายโครงการต่อเนื่อง	2,325.64	2,301.84	2,413.39	2,209.35	2,228.84
งบบุคลากร	201.20	215.20	229.50	249.50	261.50
งบบุคลากร 2 BU	20.70	23.50	25.90	28.30	30.50
งบดำเนินงาน	194.57	187.44	187.28	187.83	193.70
งบลงทุน	-	-	-	-	-
ค่าเสื่อมราคา	60.37	60.26	56.18	48.72	46.36
<b>ค่าใช้จ่ายรวม</b>	<b>4,607.80</b>	<b>4,649.95</b>	<b>4,842.44</b>	<b>4,496.81</b>	<b>4,524.38</b>
รายรับสูง (ค่า) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
เงินทุนสำรองเพื่อลงทุนปลายงวด	1,386.02	1,413.18	1,440.88	1,469.12	1,497.92
เงินทุนที่ยังไม่ถึงกำหนดเบิกจ่าย	470.01	530.27	586.45	635.17	681.53
เงินทุนหมุนเวียนปลายงวด	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00
สถานะเงินปลายงวด ณ สิ้นปี	2,056.03	2,143.45	2,227.33	2,304.29	2,379.45
ค่าใช้จ่ายบริหารสำนักงาน ข้อ 14 (2.1)	410.47	420.29	436.18	459.07	478.49
ค่าใช้จ่ายบริหารสำนักงานต่องบประมาณทั้งหมด (ร้อยละ)	8.91%	9.04%	9.01%	10.21%	10.58%

	สถานการณ์ปกติ (normal case)				
	2566	2567	2568	2569	2570
วงเงินอนุมัติโครงการใหม่	4,051.90	4,157.02	4,211.81	4,114.26	4,140.45
รายได้เงินบำรุงกองทุน	4,067.53	4,076.25	4,130.72	4,077.31	4,151.85
รายได้อื่น	208.81	201.18	213.68	207.89	207.58
รายได้จากการดำเนินงาน 2 BU	28.00	34.00	41.00	45.00	49.00
<b>รายได้รวม</b>	<b>4,304.34</b>	<b>4,311.43</b>	<b>4,385.40</b>	<b>4,330.20</b>	<b>4,408.43</b>
ค่าใช้จ่ายอุดหนุนโครงการ	3,827.50	3,825.03	3,886.54	3,815.85	3,876.37
เบิกจ่ายโครงการใหม่	1,681.53	1,725.16	1,747.90	1,707.42	1,718.28
เบิกจ่ายโครงการต่อเนื่อง	2,145.97	2,099.87	2,138.64	2,108.43	2,158.09
งบบุคลากร	201.20	215.20	229.50	249.50	261.50
งบบุคลากร 2 BU	20.70	23.50	25.90	28.30	30.50
งบดำเนินงาน	194.57	187.44	187.28	187.83	193.70
งบลงทุน	-	-	-	-	-
ค่าเสื่อมราคา	60.37	60.26	56.18	48.72	46.36
<b>ค่าใช้จ่ายรวม</b>	<b>4,304.34</b>	<b>4,311.43</b>	<b>4,385.40</b>	<b>4,330.20</b>	<b>4,408.43</b>
รายรับสูง (ค่า) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
เงินทุนสำรองเพื่อลงทุนปลายงวด	1,386.02	1,413.18	1,440.88	1,469.12	1,497.92
เงินทุนที่ยังไม่ถึงกำหนดเบิกจ่าย	257.88	318.14	374.32	423.04	469.40
เงินทุนหมุนเวียนปลายงวด	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00
สถานะเงินปลายงวด ณ สิ้นปี	1,843.90	1,931.32	2,015.20	2,092.16	2,167.32
ค่าใช้จ่ายบริหารสำนักงาน ข้อ 14 (2.1)	410.47	420.29	436.18	459.07	478.49
ค่าใช้จ่ายบริหารสำนักงานต่องบประมาณทั้งหมด (ร้อยละ)	9.54%	9.75%	9.95%	10.60%	10.85%

	สถานการณ์แย่มากที่สุด (worst case)				
	2566	2567	2568	2569	2570
วงเงินอนุมัติโครงการใหม่	3,933.66	4,017.54	4,092.54	4,017.02	3,980.10
รายได้เงินบำรุงกองทุน	3,947.23	3,932.75	4,006.62	3,974.97	3,981.13
รายได้อื่น	208.81	201.18	213.68	207.89	207.58
รายได้จากการดำเนินงาน 2 BU	28.00	34.00	41.00	45.00	49.00
<b>รายได้รวม</b>	<b>4,184.04</b>	<b>4,167.93</b>	<b>4,261.30</b>	<b>4,227.86</b>	<b>4,237.71</b>
ค่าใช้จ่ายอุดหนุนโครงการ	3,707.20	3,681.53	3,762.44	3,713.51	3,705.65
เบิกจ่ายโครงการใหม่	1,632.46	1,667.28	1,698.41	1,667.06	1,651.74
เบิกจ่ายโครงการต่อเนื่อง	2,074.74	2,014.25	2,064.03	2,046.45	2,053.91
งบบุคลากร	201.20	215.20	229.50	249.50	261.50
งบบุคลากร 2 BU	20.70	23.50	25.90	28.30	30.50
งบดำเนินงาน	194.57	187.44	187.28	187.83	193.70
งบลงทุน	-	-	-	-	-
ค่าเสื่อมราคา	60.37	60.26	56.18	48.72	46.36
<b>ค่าใช้จ่ายรวม</b>	<b>4,184.04</b>	<b>4,167.93</b>	<b>4,261.30</b>	<b>4,227.86</b>	<b>4,237.71</b>
รายรับสูง (ค่า) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
เงินทุนสำรองเพื่อลงทุนปลายงวด	1,386.02	1,413.18	1,440.88	1,469.12	1,497.92
เงินทุนที่ยังไม่ถึงกำหนดเบิกจ่าย	66.65	126.91	183.09	231.81	278.17
เงินทุนหมุนเวียนปลายงวด	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00
สถานะเงินปลายงวด ณ สิ้นปี	1,652.67	1,740.09	1,823.97	1,900.93	1,976.09
ค่าใช้จ่ายบริหารสำนักงาน ข้อ 14 (2.1)	410.47	420.29	436.18	459.07	478.49
ค่าใช้จ่ายบริหารสำนักงานต่องบประมาณทั้งหมด (ร้อยละ)	9.81%	10.08%	10.24%	10.86%	11.29%

ในการประชุมครั้งที่ 5/2565 คณะอนุกรรมการนโยบายการเงินมีข้อเสนอแนะให้จัดทำกรอบวงเงินงบประมาณสำหรับแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) เสนอต่อคณะกรรมการกองทุนพิจารณาทั้ง 3 สถานการณ์ โดยคณะอนุกรรมการนโยบายการเงินเห็นควรให้สำนักงานกองทุน เสนอตามสถานการณ์ปกติ (normal case)

และต่อมาในการประชุมครั้งที่ 5/2565 คณะกรรมการกองทุนได้เห็นชอบกรอบวงเงินงบประมาณ 5 ปี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2570 ตามมุมมองสถานการณ์ปกติ (normal case) ที่คณะอนุกรรมการนโยบายการเงินเสนอ ดังนี้

1. กรอบวงเงินงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
  - วงเงินอนุมัติโครงการใหม่ จำนวน 4,051.90 ล้านบาท
  - วงเงินเบิกจ่ายอุดหนุนโครงการ จำนวน 3,827.50 ล้านบาท
  - วงเงินค่าใช้จ่ายบุคลากรและบริหารจัดการสำนักงาน จำนวน 416.47 ล้านบาท
2. กรอบวงเงินงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567
  - วงเงินอนุมัติโครงการใหม่ จำนวน 4,157.02 ล้านบาท
  - วงเงินเบิกจ่ายอุดหนุนโครงการ จำนวน 3,825.03 ล้านบาท
  - วงเงินค่าใช้จ่ายบุคลากรและบริหารจัดการสำนักงาน จำนวน 426.14 ล้านบาท
3. กรอบวงเงินงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
  - วงเงินอนุมัติโครงการใหม่ จำนวน 4,211.81 ล้านบาท
  - วงเงินเบิกจ่ายอุดหนุนโครงการ จำนวน 3,886.54 ล้านบาท
  - วงเงินค่าใช้จ่ายบุคลากรและบริหารจัดการสำนักงาน จำนวน 442.68 ล้านบาท

4. กรอบวงเงินงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569
  - วงเงินอนุมัติโครงการใหม่ จำนวน 4,114.26 ล้านบาท
  - วงเงินเบิกจ่ายอุดหนุนโครงการ จำนวน 3,815.85 ล้านบาท
  - วงเงินค่าใช้จ่ายบุคลากรและบริหารจัดการสำนักงาน จำนวน 465.63 ล้านบาท
5. กรอบวงเงินงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2570
  - วงเงินอนุมัติโครงการใหม่ จำนวน 4,140.45 ล้านบาท
  - วงเงินเบิกจ่ายอุดหนุนโครงการ จำนวน 3,876.37 ล้านบาท
  - วงเงินค่าใช้จ่ายบุคลากรและบริหารจัดการสำนักงาน จำนวน 485.70 ล้านบาท

ซึ่งจากกรอบวงเงินงบประมาณดังกล่าวจะทำให้กองทุนสามารถรักษาวินัยทางการเงินไว้ได้ในอนาคต รวมถึงได้คำนึงถึงข้อสังเกตของหน่วยตรวจสอบและการรองรับความเสี่ยงด้านรายได้ไว้ด้วยแล้ว

กรอบวงเงินงบประมาณประจำปี พ.ศ.2566-2570 ของกองทุน โดยจัดทำเป็นระยะเวลา 5 ปี ที่คณะกรรมการกองทุนพิจารณาเห็นชอบ มีรายละเอียดดังนี้

หน่วย: ล้านบาท	2564(A)	2565(P)	2566	2567	2568	2569	2570
วงเงินอนุมัติโครงการใหม่	2,938.24	3,844.70	4,051.90	4,157.02	4,211.81	4,114.26	4,140.45
รายได้เงินบำรุงกองทุน	4,096.06	4,038.26	4,067.53	4,076.25	4,130.72	4,077.31	4,151.85
รายได้อื่น	163.68	231.05	208.81	201.18	213.68	207.89	207.58
รายได้จากการดำเนินงาน 2 BU	3.08	13.45	28.00	34.00	41.00	45.00	49.00
<b>รายได้รวม</b>	<b>4,262.82</b>	<b>4,282.76</b>	<b>4,304.34</b>	<b>4,311.43</b>	<b>4,385.40</b>	<b>4,330.20</b>	<b>4,408.43</b>
ค่าใช้จ่ายอุดหนุนโครงการ	3,432.06	4,088.35	3,827.50	3,825.03	3,886.54	3,815.85	3,876.37
เบิกจ่ายโครงการใหม่	1,022.22	1,596.23	1,681.53	1,725.16	1,747.90	1,707.42	1,718.28
เบิกจ่ายโครงการต่อเนื่อง	2,409.84	2,492.12	2,145.97	2,099.87	2,138.64	2,108.43	2,158.09
งบบุคลากร	171.54	193.85	201.20	215.20	229.50	249.50	261.50
งบบุคลากร 2 BU	1.82	-	20.70	23.50	25.90	28.30	30.50
งบดำเนินงาน	115.12	186.09	194.57	187.44	187.28	187.83	193.70
งบลงทุน	7.00	34.00	-	-	-	-	-
ค่าเสื่อมราคา	60.96	52.08	60.37	60.26	56.18	48.72	46.36
<b>ค่าใช้จ่ายรวม</b>	<b>3,788.50</b>	<b>4,554.37</b>	<b>4,304.34</b>	<b>4,311.43</b>	<b>4,385.40</b>	<b>4,330.20</b>	<b>4,408.43</b>
รายรับสูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ	474.32	-271.61	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
เงินทุนสำรองเพื่อลงทุนปลายงวด	1,333.24	1,359.37	1,386.02	1,413.18	1,440.88	1,469.12	1,497.92
เงินทุนที่ยังไม่ถึงกำหนดเบิกจ่าย	535.28	115.75	257.88	318.14	374.32	423.04	469.40
เงินทุนหมุนเวียนปลายงวด	-	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00
สถานะเงินปลายงวด ณ สิ้นปี	1,868.52	1,652.67	1,843.90	1,931.32	2,015.20	2,092.16	2,167.32
ค่าใช้จ่ายบริหารสำนักงาน ข้อ 14 (2.1)	288.48	379.94	410.47	420.29	436.18	459.07	478.49
ค่าใช้จ่ายบริหารสำนักงาน	7.61%	8.34%	9.54%	9.75%	9.95%	10.60%	10.85%
ต้องงบประมาณทั้งหมด (ร้อยละ)							

**แนวทางการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2570** จำแนกรายแผน  
การจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในการดำเนินงานตามแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) ได้คำนึงถึงความสอดคล้องกับ  
ทิศทางและเป้าหมายกองทุน ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) กรอบนโยบายการจัดทำแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570)  
ทั้ง 5 ข้อจากคณะกรรมการกองทุน สอดคล้องกับห่วงโซ่ผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพ (CoO 1-7) รวมถึง  
การตอบสนองยุทธศาสตร์ชาติ นโยบายรัฐบาล และความจำเป็นเร่งด่วนของประเด็นปัญหาสุขภาพตามลำดับ  
ของภาระโรค ตลอดจนประสิทธิภาพการอนุมัติและการเบิกจ่ายรายแผน และปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย

**การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2570**

จำแนกรายแผน รวม 15 แผน 1 งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง และ 1 งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน

หน่วย: ล้านบาท	2566	2567	2568	2569	2570
1. แผนควบคุมยาสูบ	310.00	320.00	330.00	320.00	320.00
2. แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	320.00	330.00	350.00	330.00	330.00
3. แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม	270.00	250.00	240.00	250.00	240.00
4. แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	220.00	230.00	240.00	240.00	240.00
5. แผนสุขภาพะประชากรกลุ่มเฉพาะ	310.00	320.00	340.00	300.00	310.00
6. แผนสุขภาพะชุมชน	340.00	350.00	320.00	330.00	320.00
7. แผนสุขภาพะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	225.00	220.00	225.00	220.00	220.00
8. แผนสร้างเสริมสุขภาพะในองค์กร	130.00	140.00	140.00	150.00	160.00
9. แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	220.00	230.00	250.00	250.00	250.00
10. แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาพะทางปัญญา	200.00	205.00	210.00	210.00	210.00
11. แผนสร้างสรรคโอกาสสร้างเสริมสุขภาพะ	340.00	350.00	350.00	340.00	340.00
12. แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพะผ่านระบบบริการสุขภาพ	180.00	185.00	185.00	190.00	180.00
13. แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	165.00	145.00	140.00	155.00	120.00
14. แผนอาหารเพื่อสุขภาพะ	150.00	150.00	150.00	150.00	160.00
15. แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพะ	470.00	480.00	480.00	480.00	480.00
<b>รวม 15 แผน</b>	<b>3,850.00</b>	<b>3,905.00</b>	<b>3,950.00</b>	<b>3,915.00</b>	<b>3,880.00</b>
16. งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง	201.90	252.02	261.81	199.26	260.45
<b>รวมงบประมาณสนับสนุนโครงการ</b>	<b>4,051.90</b>	<b>4,157.02</b>	<b>4,211.81</b>	<b>4,114.26</b>	<b>4,140.45</b>
17. งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน	416.47	426.14	442.68	465.63	485.70
<b>รวมงบประมาณทั้งหมด</b>	<b>4,468.37</b>	<b>4,583.16</b>	<b>4,654.49</b>	<b>4,579.89</b>	<b>4,626.15</b>



## 6. การบริหารจัดการและการกำกับติดตามและประเมินผล

แผนหลัก (พ.ศ. 2566 – 2570) และแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ของ สสส. ได้ดำเนินการตามกฎหมาย กฎ และระเบียบที่เกี่ยวข้อง เช่น พ.ร.บ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 ข้อบังคับกองทุนว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. 2562 โดยมีโครงการสร้างการดำเนินงาน ประกอบด้วย (1) ด้านนโยบายและการกำกับดูแลกองทุน (2) ด้านการบริหารจัดการกองทุนและการนำนโยบายไปปฏิบัติ และ (3) ด้านการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน

### 1. ด้านนโยบายและการกำกับดูแลกองทุน

สสส. มีกลไกการกำกับนโยบายและกำกับดูแลกองทุนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีคณะกรรมการกองทุนทำหน้าที่ควบคุมดูแลการดำเนินกิจกรรมกองทุนในระดับนโยบาย และกำหนดงบประมาณในภาพรวม การออกหลักเกณฑ์ กฎ ระเบียบ ข้อบังคับที่สำคัญในการดำเนินงาน ให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงาน กำกับดูแลฝ่ายบริหาร รวมทั้งควบคุมผลการปฏิบัติงานของผู้จัดการซึ่งเป็นหัวหน้าฝ่ายบริหารให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ตาม พ.ร.บ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 นอกจากนี้คณะกรรมการกองทุนยังได้แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารแผน และคณะอนุกรรมการเฉพาะด้าน เช่น คณะอนุกรรมการที่ปรึกษาสำนักงานกองทุน คณะอนุกรรมการพัฒนากฎระเบียบของ สสส. คณะอนุกรรมการกำกับดูแลการตรวจสอบภายใน คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงิน คณะอนุกรรมการเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อทำหน้าที่ในการกำกับดูแลและให้คำปรึกษาสำนักงานในด้านต่าง ๆ

ด้านการกำกับติดตาม สสส. มีแนวทางในการกำกับดูแลแผนงาน/โครงการต่าง ๆ ซึ่งแบ่งตามขนาดของวงเงินงบประมาณ โดยเฉพาะกรณีแผนงาน/โครงการที่มีวงเงินงบประมาณสูงหรือมีความสำคัญ คณะกรรมการบริหารแผนจะแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศ เพื่อกำกับดูแล ชี้แนะ กำกับทิศทาง และกำหนดกรอบในการประเมินผลแผนงาน/โครงการ นอกจากนี้ สสส. ยังมีการพัฒนาระบบและกลไกเพื่อช่วยสนับสนุนการกำกับติดตามแผนงาน/โครงการ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การกำหนดเงื่อนไขกำกับกับการเบิกจ่ายเงินงวด การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อติดตามผลการดำเนินงาน การมีกระบวนการติดตามงานระดับแผนและแผนงานโดยคณะกรรมการบริหารแผน การตรวจเยี่ยมแผนงาน/โครงการ และการตรวจสอบและพัฒนา

### 2. ด้านการบริหารจัดการกองทุน และการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ในการบริหารจัดการกองทุนนั้น การบริหารจัดการภายในสำนักงานมีผู้จัดการกองทุนเป็นผู้บริหารสูงสุด โดยมีผู้อำนวยการสำนัก/ฝ่ายต่าง ๆ และเจ้าหน้าที่มีบทบาทและหน้าที่ในการดำเนินงาน “อย่างมืออาชีพ” ตามนโยบายของผู้จัดการกองทุน และภายใต้การกำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผนและคณะอนุกรรมการด้านต่าง ๆ โดยโครงสร้างสำนัก/ฝ่ายต่าง ๆ ในสำนักงานกองทุนจะแบ่งตามลักษณะการดำเนินงาน โดยมีการปรับปรุงตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ประกอบด้วย 16 สำนัก 6 ฝ่าย ดังนี้

1. สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก
2. สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ
3. สำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชน
4. สำนักสนับสนุนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว
5. สำนักสร้างเสริมวิถีสุขภาพ
6. สำนักสร้างเสริมโอกาส
7. สำนักสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ
8. สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร
9. สำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ
10. สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสังคม
11. สำนักสร้างเสริมระบบสื่อและสุขภาวะทางปัญญา
12. สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์
13. สำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์
14. สำนักสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม
15. สำนักวิชาการและนวัตกรรม
16. ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ
17. ฝ่ายอำนวยการ
18. ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ
19. ฝ่ายสื่อสารองค์กร
20. ฝ่ายบริหารงานบุคคล
21. ฝ่ายบัญชีและการเงิน
22. ฝ่ายติดตามและประเมินผล
23. สถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ
24. ศูนย์กิจการสร้างสุข

โดยแต่ละส่วนงานได้ดำเนินการศึกษา วิเคราะห์สถานการณ์และช่องว่างจากผลการดำเนินงาน เพื่อการพัฒนาระบบ และวิธีการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ สนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะและขีดความสามารถของบุคลากรและภาคี เครือข่าย รวมทั้งส่งเสริมให้มีการจัดการความรู้ รวบรวมและจัดเก็บผลงานทางวิชาการและบทเรียน เพื่อเผยแพร่ และส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากความรู้ดังกล่าว ทั้งนี้ การบริหารจัดการแผนงาน/โครงการของ สสส. เปรียบเสมือน น้ำมันหล่อลื่น ที่ช่วยให้ระบบและกลไกของสังคมมีการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีภาคีเครือข่ายซึ่ง ไม่ได้ได้อยู่ภายใต้โครงสร้างของสำนักงาน เป็นผู้ขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้งในส่วนของโครงการและกิจกรรมต่าง ๆ อย่างเป็นกัลยาณมิตรที่มีบทบาทในการร่วมคิด ร่วมเรียนรู้ ร่วมพัฒนา และร่วมลงทุนในบางกรณี นอกจากนี้ สำนักงาน ได้จัดตั้งหน่วยงานลักษณะพิเศษ 2 หน่วยงาน ได้แก่ สถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ และศูนย์กิจการสร้างสุข ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างคล่องตัว มีประสิทธิภาพ เพื่อให้บรรลุภารกิจในการขยายผล การสร้างเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวาง ล้วนเป็นกลไกที่ทำให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายอันมีประชาชนเป็น ผู้รับประโยชน์สูงสุด

นอกเหนือจากกลไกในส่วนของโครงสร้างองค์กรแล้ว กองทุนยังจัดให้มี กลไกและแนวทางการนำแผนหลักไปสู่การปฏิบัติ กำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผน หรือคณะอนุกรรมการด้านต่างๆ การปฏิบัติตามแผนหลักจะดำเนินงาน โดยอาศัยความร่วมมือจากภาคีหลักและภาคียุทธศาสตร์ ผ่านกระบวนการพัฒนาชุดโครงการหรือโครงการร่วมกัน กับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนของ สสส. ซึ่งเป็นการจุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลัง ให้แก่ภาคีหลัก และภาคียุทธศาสตร์ ในการดำเนินงานตามแนวปฏิบัตินั้นจะมีกระบวนการพิจารณาทบทวนความเหมาะสม และความสอดคล้องของข้อเสนอชุดโครงการ หรือโครงการกับวัตถุประสงค์ตามมาตรา 5 แห่ง พ.ร.บ. กองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 รวมทั้งความสอดคล้องกับ ทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปี แผนหลัก ระยะ 5 ปี และแผนการดำเนินงานประจำปี ต่อจากนั้นสำนักงานจึงจะทำการเสนอเพื่อพิจารณาขอรับการอนุมัติ สนับสนุนชุดโครงการหรือโครงการในแต่ละระดับต่อไป ขั้นตอนการดำเนินงานเหล่านี้เป็นไปตามระเบียบ ข้อบังคับ ของกองทุน สสส. ซึ่งกำหนดให้เป็นความรับผิดชอบร่วม (shared accountability) ระหว่างสำนักงาน คณะกรรมการ บริหารแผน ผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งภาคีหลักกับภาคียุทธศาสตร์ ที่จะกลั่นกรองโครงการให้มีความสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ของกองทุนและแผนหลัก รวมทั้งยังสามารถปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดประสิทธิผลต่อไป



### 3. ด้านการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นองค์การของรัฐที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติเฉพาะ และกำหนดให้กองทุนมีอำนาจในการจัดเก็บเงินบำรุงกองทุนในอัตราร้อยละ 2 โดยตรงจากผู้เสียภาษีสุราและยาสูบ โดยไม่ต้องผ่านกลไกการจัดทำงบประมาณแผ่นดิน ส่งผลให้กองทุนต้องมีกลไกการกำกับ ติดตามตรวจสอบ และประเมินผลมากกว่าส่วนราชการหรือหน่วยงานของรัฐอื่น ๆ ได้แก่ การตรวจสอบจากสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน และต้องมีการรายงานผลการดำเนินงานประจำปีต่อคณะรัฐมนตรี สมาชิกผู้แทนราษฎรและวุฒิสภา รวมทั้งมีการกำกับดูแล โดยคณะกรรมการพัฒนาและส่งเสริมองค์การมหาชน (กพม.) ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) และการกำกับดูแลโดยคณะกรรมการนโยบายการบริหารทุนหมุนเวียน กระทรวงการคลัง นอกจากนี้ พระราชบัญญัติกองทุนได้กำหนดให้มีคณะกรรมการประเมินผล ที่เป็นอิสระจากคณะกรรมการกองทุน โดยได้รับการแต่งตั้งจากคณะรัฐมนตรี ทำหน้าที่กำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนในภาพรวม ตามอำนาจหน้าที่ที่ระบุไว้ใน พ.ร.บ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 มาตรา 38 ด้วย

การกำกับติดตามและประเมินผลกองทุน ในส่วนภายในของกองทุน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1. ระดับองค์กร โดยคณะกรรมการประเมินผล และคณะกรรมการกองทุน
2. ระดับแผนหลัก โดยคณะกรรมการกองทุน และคณะกรรมการบริหารแผน และ
3. ระดับแผนงาน ชุดโครงการ และโครงการ โดยสำนักงาน

โดยมีกลไกการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานที่สำคัญ 2 กลไก คือ (1) การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ และตามขนาดของวงเงินงบประมาณโดยคณะกรรมการกองทุน ผ่านระบบและกลไกของคณะกรรมการบริหารแผน หรือสำนักงาน และ (2) การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน โดยคณะกรรมการประเมินผล ทั้งนี้ กลไกและระบบติดตามและประเมินผลเป็นเครื่องมือสำคัญต่อการสนับสนุนให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนาองค์การอย่างต่อเนื่อง อีกทั้ง เป็นเครื่องมือที่ช่วยสื่อสาร สร้างการรับรู้บทบาทการทำงานของ สสส. ต่อสาธารณชน ดังนั้น สสส. จึงให้ความสำคัญและสนับสนุนงานติดตามและประเมินผล เพื่อให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีมาตรฐาน และน่าเชื่อถือ เพื่อสะท้อนให้สังคมเห็นถึงคุณค่าและการดำรงอยู่ของ สสส.

### 4. ด้านการบริหารความเสี่ยง

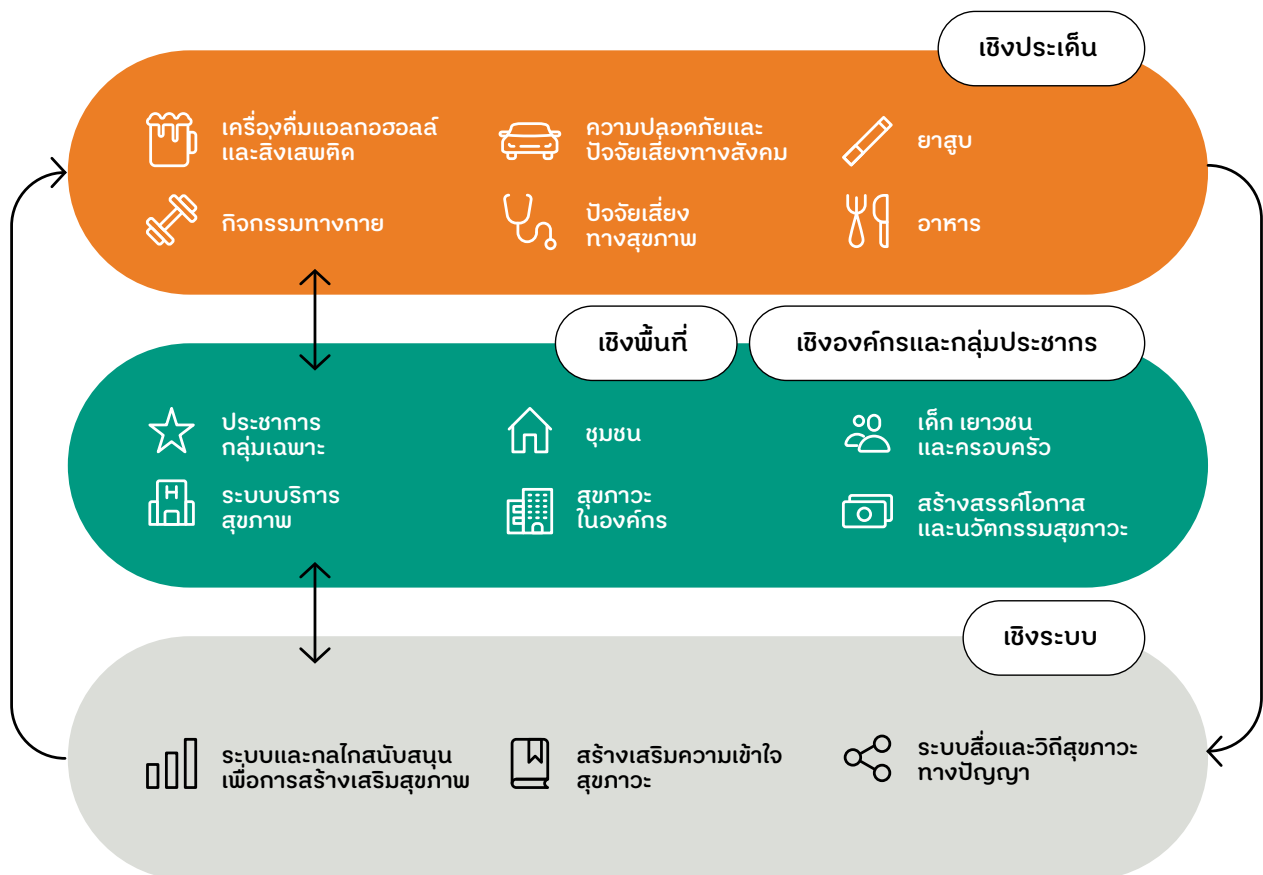
สสส. ดำเนินการบริหารความเสี่ยงระดับองค์กรในเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อจัดการความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อ การบรรลุวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานของ สสส. ให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ทั้งนี้ สสส. ได้วิเคราะห์ความเสี่ยงจากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อ สสส. รวมถึงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 โดยดำเนินการทั่วทั้งองค์กร ทั้งแบบภาพรวมองค์กร (top-down) และระดับแผน (bottom-up) ในการจัดการความเสี่ยง สสส. ดำเนินการในรูปแบบแผนบริหารความเสี่ยงระดับองค์กร แผนควบคุมภายใน และแผนบริหารความต่อเนื่องทางธุรกิจ (Business Continuity Plan: BCP) ตามความเหมาะสมกับความเสี่ยงแต่ละประเภท เพื่อให้บริหารจัดการความเสี่ยงดังกล่าวอย่างทันท่วงที มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ โดยกระบวนการบริหารความเสี่ยงของ สสส. เป็นไปตามมาตรฐานการบริหารความเสี่ยงระดับสากล ได้แก่ COSO ERM และ ISO31000

ทั้งนี้ สสส. จะดำเนินการติดตามและรายงานสถานการณ์ความเสี่ยงต่อผู้บริหารระดับสูงอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อการตอบสนองต่อเหตุการณ์ความเสี่ยงอย่างทันท่วงที โดยดำเนินการภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงที่มีองค์ประกอบของผู้แทนคณะกรรมการกองทุนและผู้บริหารระดับสูง และรายงานต่อคณะกรรมการกองทุนทุกไตรมาส

## 7. แนวทางการบูรณาการการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ จำเป็นต้องมีวิธีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ การจัดโครงสร้างแผนเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการและเน้นให้เกิดการทำงานแนวราบที่เป็นวิธีการทำงานที่สำคัญของ สสส. ที่สามารถจำแนกวิธีการทำงานออกเป็น 4 กลุ่ม เพื่อให้เหมาะสมต่อบริบทของงานและเสริมการบูรณาการระหว่างแผน ดังนี้

### การจัดโครงสร้างแผนและวิธีการทำงาน



1. แผนเชิงประเด็นเน้นการทำงานยุทธศาสตร์เชิงลึก พัฒนางานวิชาการและนวัตกรรมให้ทันกับปัจจัยเสี่ยงที่มีพลวัต มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมปัจจัยเสี่ยงอันจะส่งผลกระทบต่อประชากรในวงกว้าง

2. แผนเชิงกลุ่มประชากรและองค์กร เน้นการพัฒนาศักยภาพพัฒนาเครือข่าย สร้างความเข้มแข็งให้กับประชากรกลุ่มเป้าหมายและเครือข่ายองค์กรสุขภาวะ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย
3. แผนเชิงพื้นที่ เน้นการสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายชุมชน พื้นที่เข้มแข็ง มีขีดความสามารถในการแก้ปัญหาสุขภาพ เพื่อให้เกิดกลไกการสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงที่ชุมชนเป็นเจ้าของ เป็นผู้ดำเนินการให้สอดคล้องเหมาะสมกับกับบริบทของพื้นที่และชุมชน
4. แผนเชิงระบบและกลไก เป็นกลุ่มแผนที่ทำหน้าที่สนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนากระบวนการทางสังคมและสุขภาพร่วมกับเจ้าภาพหลัก เพื่อให้เกิดการทำงานเชิงระบบอันจะทำให้มีการทำงานที่ต่อเนื่อง

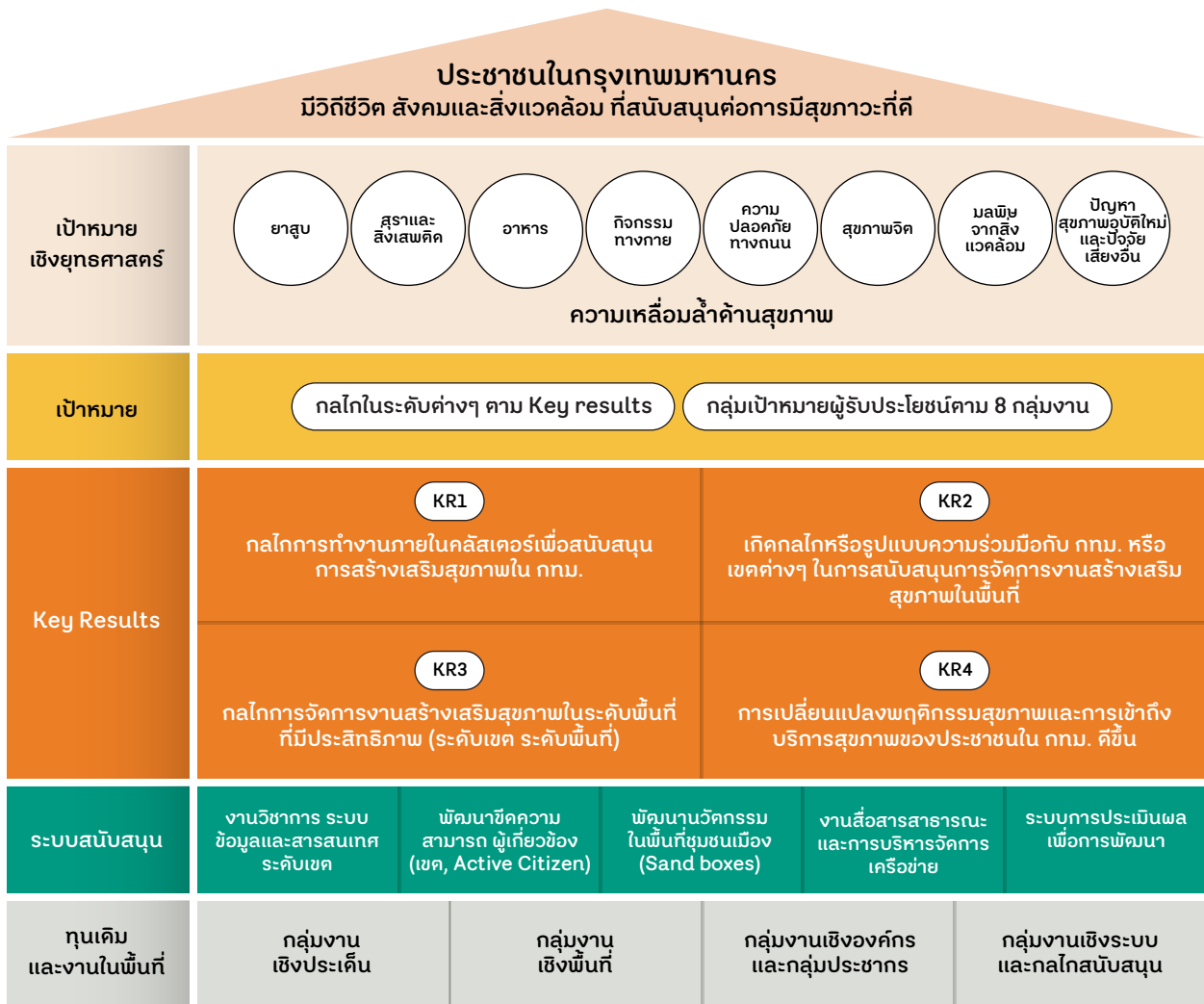
จากการจัดโครงสร้างแผนและวิธีการทำงานข้างต้นเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนแนวทางการทำงานเพื่อสร้างผลลัพธ์และขยายผลการดำเนินงานได้อย่างก้าวกระโดดของทั้ง 4 กลุ่ม ทั้งนี้เนื่องจากแผนหลักฉบับนี้เป็นการตั้งต้นการทำงานในทศวรรษใหม่ของ สสส. ตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ที่ได้มีการกำหนดกรอบแนวคิดในการทำงานอย่างชัดเจนเพื่อกำหนดผลลัพธ์จากการทำงานให้เป็นไปตามเป้าหมายหลักที่สำคัญ คือ การทำให้คนไทยทุกคนมีสุขภาพดี

เนื่องจากสุขภาพเป็นองค์รวมที่เกิดจากพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งสภาพแวดล้อมรอบตัวก็ยิ่งส่งผลต่อสุขภาพเช่นกัน ดังนั้น การทำงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจึงต้องอาศัยการทำงานร่วมกันทั้งในเชิงประเด็นทางสุขภาพร่วมกับการทำงานในเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากรเป้าหมาย โดยมีการนำระบบงานต่าง ๆ เช่น การสื่อสาร นวัตกรรมทางสุขภาพ เป็นต้น มาใช้เป็นเครื่องมือสนับสนุนการทำงานให้เกิดการขยายผล และสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ในวงกว้าง

ดังนั้น เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะ 5 ปี แผนหลักฉบับนี้จึงได้กำหนดทิศทางการทำงานร่วมกันไว้ใน 2 ประเด็น ดังนี้

1. สร้างกระบวนการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาพะทั้ง 4 มิติ ที่ครอบคลุมการจัดการความรู้ การบริหารภาคีเครือข่าย เพื่อสนับสนุนกลไกการทำงานเชิงพื้นที่ องค์กร กลุ่มประชากร และระบบบริการสุขภาพ ให้เป็นฐานการขยายผลและขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการที่ตอบสนองต่อเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของ สสส. ที่ได้กำหนดไว้ในทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)
2. สร้างกลไกกลางในการทำงานและบริหารจัดการภาคีเครือข่าย ทั้งเชิงพื้นที่ องค์กร กลุ่มประชากร และระบบบริการสุขภาพร่วมกัน เพื่อใช้เป็นฐานในการขยายผลและขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการในพื้นที่ชุมชนเมือง โดยมีผลลัพธ์สำคัญเป็นฐานข้อมูลเพื่อแสดงศักยภาพและความพร้อมของเครือข่าย รวมทั้งกลไกในการสื่อสาร การบริหารจัดการ และการพัฒนาเครือข่าย

ในระยะ 5 ปีข้างหน้า กลุ่มแผนเชิงพื้นที่ องค์กร กลุ่มประชากรได้ร่วมกันกำหนดแผนขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานครให้เป็นเมืองที่น่าอยู่ โดยได้วางกรอบการดำเนินงานสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี ของ สสส. (พ.ศ. 2565-2574) ที่มีรายละเอียดโดยสรุป ดังนี้



1. เป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพของการทำงานในพื้นที่กรุงเทพมหานคร คือ ต้องการให้ประชาชนในกรุงเทพมหานคร มีวิถีชีวิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาวะที่ดี
2. เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ที่ได้กำหนดจุดเน้นการทำงานสอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ทั้ง 7 เป้าหมายหลัก และอีก 1 เป้าหมายพิเศษเพื่อเตรียมความพร้อมต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเป้าหมายดังกล่าวเป็นเป้าหมายร่วมในการทำงานระหว่าง สสส. และภาคีเครือข่าย เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลกับสุขภาวะของคนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ได้แก่ (1) ลดอัตราการบริโภคยาสูบ (2) ลดอัตราการบริโภคสุราและสารเสพติด (3) เพิ่มสัดส่วนการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพอย่างสมดุล (4) เพิ่มสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกาย (5) ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน (6) เพิ่มสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตดี (7) ลดผลกระทบสุขภาพจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อม และ (8) เตรียมพร้อมรับมือปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น โดยการดำเนินงานในทุกประเด็นจะต้องคำนึงถึงปัญหาเฉพาะที่แตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนคำนึงถึงการลดช่องว่างทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และในการดำเนินงานต้องไม่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพเพิ่มขึ้น

### 3. จุดเน้นของแผนระยะ 5 ปี

- การพัฒนาระบบ/ฐานข้อมูลที่จะใช้ประโยชน์ในการทำงานร่วมกันในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ฐานข้อมูลประชากร กลุ่มเป้าหมาย (ระดับเขต) รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและทุนทางสังคมในพื้นที่ ฐานข้อมูล/แผนที่ศักยภาพของภาคีเครือข่าย เป็นต้น
- การสร้างกลไกความร่วมมือทั้งในระดับเขตและระดับกทม. ที่ครอบคลุมทั้งเรื่องข้อมูล ภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ เอกชนและชุมชน ชุมความรู้/สื่อการเรียนรู้ และเครื่องมือ/คู่มือประกอบการปฏิบัติงานต่าง ๆ
- การสร้างพื้นที่ต้นแบบในการทำงานร่วมกัน (sandbox) ด้วยการบูรณาการประเด็นงานสำคัญเข้าด้วยกัน และทดลองนำร่องในบางพื้นที่ เพื่อสรุปถอดบทเรียนและพัฒนาเป็นต้นแบบสำหรับขยายผลในประเด็นงานอื่น ๆ และพื้นที่เขตอื่น ๆ ต่อไป

### 4. ผลลัพธ์หลัก (key results) ของการขับเคลื่อนงานในระยะ 5 ปี ได้แก่

- เกิดกลไกการทำงานภายในคลัสเตอร์ที่มีบทบาทสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในกรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นกลไกในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน มีการทำงานบูรณาการที่ลดความซ้ำซ้อน (ทั้งเรื่องประเด็นงาน กลุ่มเป้าหมาย งบประมาณ) และเสริมพลังการดำเนินงาน
- เกิดกลไกหรือรูปแบบความร่วมมือกับกรุงเทพมหานครและเขตต่าง ๆ ที่มีบทบาทสนับสนุนการจัดการงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ มีการสร้างความเข้าใจเป้าหมายการทำงานร่วมกัน และสร้างความร่วมมือเพื่อร่วมกันขับเคลื่อนงาน
- เกิดกลไกการจัดการงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ที่มีประสิทธิภาพ (ระดับเขต ระดับพื้นที่) มีการกำหนดประเด็นปัญหาสุขภาพและกลุ่มเป้าหมายที่บนพื้นฐานข้อมูลและสถานการณ์ปัญหา รวมถึงเป็นกลไกที่มีขีดความสามารถในการสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และสามารถหนุนเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพในพื้นที่
- เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในกรุงเทพมหานครดีขึ้น โดยเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพตามประเด็นสุขภาพในแต่ละบริบทของพื้นที่

### 5. ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

**ยุทธศาสตร์ที่ 1: การพัฒนาระบบข้อมูล ทั้งระดับเขตและภาพรวมของ กทม. ที่ทำให้เห็นสถานการณ์ปัญหา และกลุ่มเป้าหมายสำคัญในการดำเนินงาน รวมถึงเพื่อใช้ในการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่**

**ยุทธศาสตร์ที่ 2: การพัฒนาสมรรถนะและขีดความสามารถของผู้ที่เกี่ยวข้อง (active citizen) โดยมุ่งพัฒนาทักษะที่จำเป็นสำหรับการดำเนินงานเพื่อให้สามารถทำหน้าที่ในการเป็นผู้สนับสนุน ผู้ริเริ่มและผู้ร่วมขับเคลื่อนงาน เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพให้เกิดขึ้นในพื้นที่**

**ยุทธศาสตร์ที่ 3: การพัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาพในพื้นที่ชุมชนเมือง โดยการริเริ่มนำร่องปฏิบัติการ ให้เห็นรูปธรรมการดำเนินงานในการดำเนินงานจัดการปัญหาสุขภาพในพื้นที่ที่มีความหลากหลายและความซับซ้อนของปัญหาและกลุ่มเป้าหมายเพื่อเป็นบทเรียนสำหรับการขยายผลดำเนินงานในพื้นที่อื่นให้กว้างขึ้น**

**ยุทธศาสตร์ที่ 4: การสื่อสาร พัฒนาและเชื่อมประสานเครือข่าย โดยการเชื่อมประสานและพัฒนาเครือข่ายภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยกันเสริมหนุนและร่วมกันขับเคลื่อนให้บรรลุตามเป้าหมาย โดยมีการสื่อสารเป็นส่วนสนับสนุน เพื่อสร้างการรับรู้และช่วยสนับสนุนการดำเนินงาน**

**ยุทธศาสตร์ที่ 5: การประเมินผล มุ่งเน้นการติดตามประเมินผลเชิงพัฒนา (development evaluation) ที่มีการนำผลประเมินมาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงการดำเนินงานระหว่างทาง เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้**

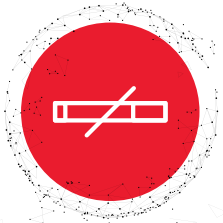
บทที่ 3

# รายละเอียด

แผนหลัก







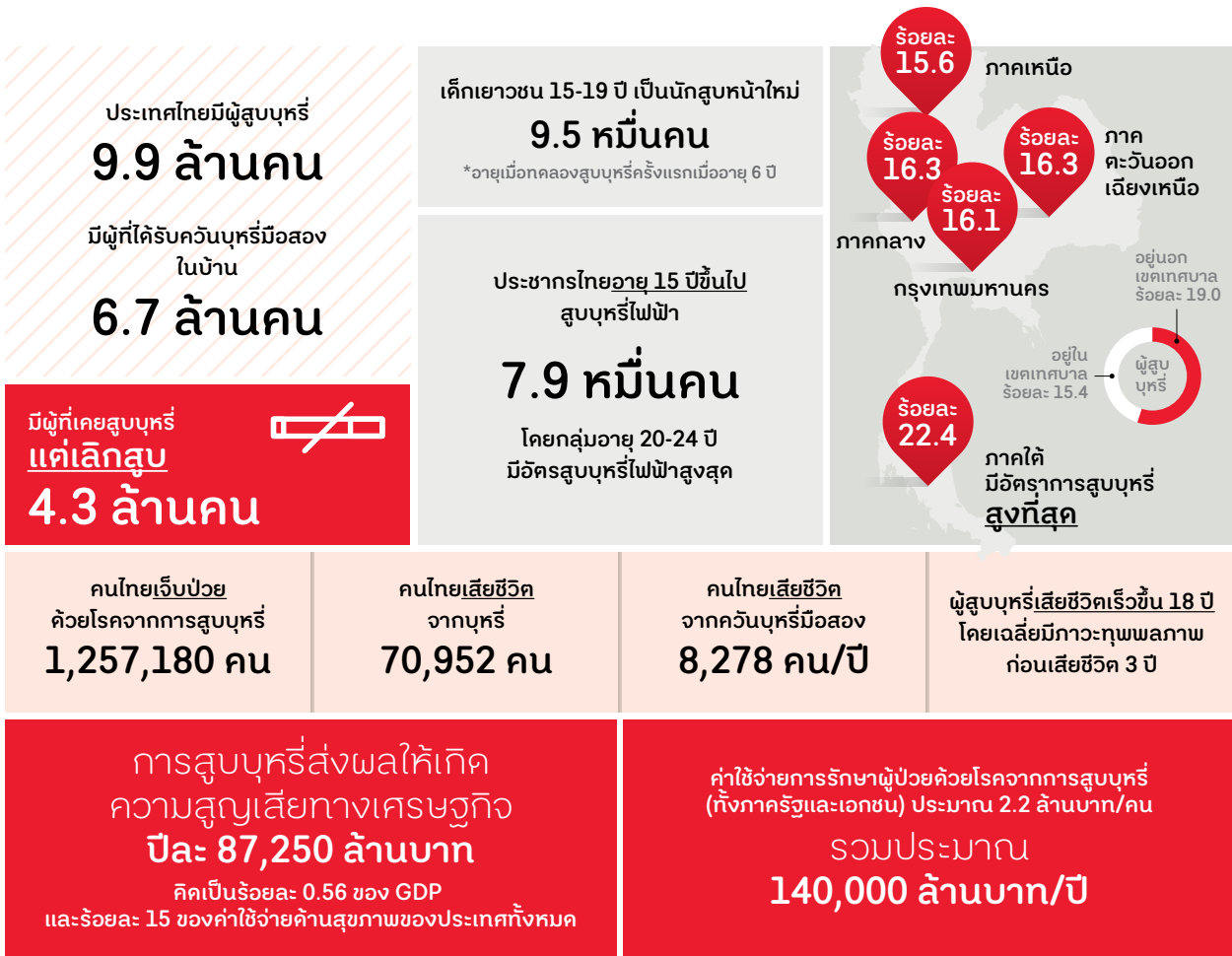
## แผน 1 แผนควบคุมยาสูบ

### สรุปภาพรวมระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570)

#### 1. ที่มาและความสำคัญ ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ แผนเฉพาะในแต่ละด้าน และทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี

แผนควบคุมยาสูบ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) มุ่งตอบสนองเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (the Sustainable Development Goals: SDGs) ไม่น้อยกว่า 3 เป้าประสงค์ ได้แก่ 1) ขจัดความยากจน 3) สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงอายุ และ 5) ความเท่าเทียมระหว่างเพศและส่งเสริมความเข้มแข็งให้แก่สตรีและเด็กผู้หญิง ตลอดจนสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีที่มุ่งสร้างสมดุลระหว่างการพัฒนาความมั่นคง เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวม 5 ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านความมั่นคง ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ในประเด็นปรับเปลี่ยนค่านิยมและวัฒนธรรม และประเด็นเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ในประเด็นการเสริมสร้างพลังทางสังคม ยุทธศาสตร์ที่ 5 ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และยุทธศาสตร์ที่ 6 ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐในประเด็นกฎหมาย มีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทต่าง ๆ และมีเท่าที่จำเป็น รวมถึงแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2565-2570) และสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ที่กำหนดขอบเขตและจุดเน้นการดำเนินงานไว้ 4 ด้าน ดังนี้ (1) ป้องกันผู้บริโภคนายาสูบรายใหม่ (2) ลด ละ เลิกการบริโภคยาสูบของผู้สูบเดิม (3) สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ และ (4) พัฒนาศักยภาพกลไกการควบคุมยาสูบ

สำหรับภาพรวมสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทยพบว่า อัตราการบริโภคยาสูบลดลงตามลำดับ แต่ลดลงอย่างชะลอตัว โดยในรอบ 10 ปี นับตั้งแต่ปี 2550-2560 พบอัตราการสูบบุหรี่ลดลง ร้อยละ 0.9 ต่อปี อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในรอบ 5 ปีสุดท้าย พบอัตราการสูบบุหรี่ลดลงร้อยละ 1.8 ต่อปี โดยเปลี่ยนแปลงจากร้อยละ 19.1 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 17.4 ในปี 2564 พร้อมกับบริบทอื่น ๆ ของสถานการณ์การบริโภคยาสูบ ที่แม้มีแนวโน้มดีขึ้น แต่ก็ยังมีรูปแบบเดิม นั่นคือ เพศชายสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง กลุ่มอายุที่สูบบุหรี่มากที่สุดคือ 25-40 ปี ผู้ที่อยู่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนของผู้สูบบุหรี่สูงกว่าในเขตเทศบาล ภาคใต้มีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่ที่สูงที่สุด และมีผู้ได้รับควันบุหรี่มือสองทั้งในบ้าน และสถานที่สาธารณะที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ตามที่กฎหมายกำหนด โดยเฉพาะตลาด ร้านอาหาร และสถานี่ขนส่งสาธารณะ สูงสุดเช่นกัน ดังสถานการณ์การบริโภคยาสูบโดยสังเขปในแผนภาพที่ 1

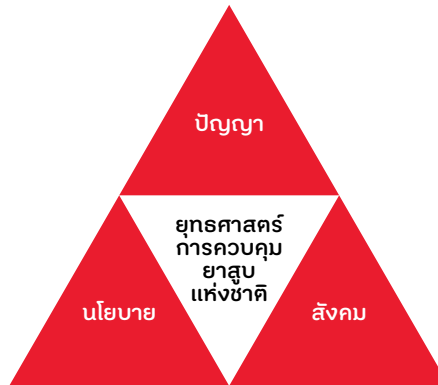


การดำเนินงานของแผนควบคุมยาสูบใช้ยุทธศาสตร์หลัก “สามสามพลัง” เป็นกลไกในการขับเคลื่อน ซึ่งประกอบด้วยพลังนโยบาย พลังปัญญา และพลังสังคม เพื่อบรรลุเป้าหมายทั้งของแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565-2570 และทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) แผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) ได้กำหนดกรอบการดำเนินงานให้ครอบคลุมใน 6 ประเด็น ได้แก่ (1) การป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคยาสูบรายใหม่ และเฝ้าระวัง รู้เท่าทันธุรกิจยาสูบทั้งทางตรงและทางอ้อม (2) ความรอบรู้ทางสุขภาพที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย (3) การสร้างพื้นที่ปลอดควันทูบหูหรือพื้นที่ที่เอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ ทั้งในส่วนที่กฎหมายกำหนดและตามบริบทของชุมชน องค์กร และครอบครัว (4) การพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายทั้งในระดับส่วนกลาง ภูมิภาค ท้องถิ่น และชุมชน ในการดำเนินงานควบคุมยาสูบ โดยเฉพาะด้านการเฝ้าระวังให้มีการปฏิบัติตามกฎหมาย (5) การพัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และระบบบริการสุขภาพเพื่อสนับสนุนการลด ละ เลิกยาสูบ และ (6) การปรับโครงสร้างด้านภาษีและราคายาสูบ

## 2. การดำเนินงานที่ผ่านมา

แผนงานควบคุมยาสูบได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง มีหน่วยงานและภาคีร่วมขับเคลื่อนงานครอบคลุมตามยุทธศาสตร์หลัก “สามสามพลัง” ประกอบด้วย พลังสังคม พลังปัญญา และพลังนโยบาย โดย สสส. สำนัก 1 เป็นกลไกที่ช่วยสร้างความเข้มแข็ง และสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมโยงของ “พลัง” ทั้งสาม ตามแผนภาพที่ 2 ยุทธศาสตร์ “ไตรพลัง” เพื่อการควบคุมยาสูบ”

### ยุทธศาสตร์ “ไตรพลัง” เพื่อการควบคุมยาสูบ



พลังสังคม	พลังวิชาการ	พลังนโยบาย
<p><b>บทบาท</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>สร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านการควบคุมยาสูบ โดยจัดกิจกรรม พิเศษและสร้างกระแสสังคมเพื่อ รณรงค์ กระตุ้น ปลุกฝังค่านิยม การไม่สูบบุหรี่</li> <li>พัฒนาและขยายรูปแบบการทำงาน เพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่และ กลุ่มเสี่ยง</li> <li>พัฒนานวัตกรรม ขับเคลื่อนงาน เสริมกลไกการจัดการส่วนกลางและ พื้นที่</li> <li>ขยายภาคีเครือข่ายใหม่เพื่อร่วม ขับเคลื่อนงานควบคุมยาสูบ</li> <li>สนับสนุนการดำเนินงานควบคุมยาสูบ ในระดับจังหวัดให้มีประสิทธิภาพ</li> <li>บูรณาการการทำงานทั้งเชิงประเด็น เชิงพื้นที่ เชิงกลุ่มเป้าหมาย และเชื่อม ประสานหนุนเสริมการทำงานของ หน่วยงานรัฐ</li> </ul> <p><b>ภาคีหลัก</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่</li> <li>สมาพันธ์เครือข่ายแห่งชาติเพื่อ สังคมไทยปลอดบุหรี่</li> <li>กลุ่มวิชาชีพสุขภาพต่าง ๆ</li> <li>เครือข่ายภาคีรณรงค์อื่น ๆ เช่น เครือข่ายครอบครัว เครือข่ายเยาวชน เครือข่ายพระสงฆ์ เครือข่ายสถานประกอบการ เป็นต้น</li> </ul>	<p><b>บทบาท</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ศึกษาวิจัย พัฒนางานวิชาการเพื่อ หนุนนโยบาย กฎหมาย มาตรการ คลอดจอนศึกษาผลลัพธ์ ผลกระทบ จากการบริโภคยาสูบในมิติสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ</li> <li>พัฒนาระบบฐานข้อมูล องค์ความรู้ และข้อมูล รวมถึงสื่อสารข้อมูล งานวิจัยต่อผู้กำหนดนโยบาย</li> <li>พัฒนาเครือข่ายนักวิชาการ ด้านการควบคุมยาสูบ และพัฒนา ระบบการประเมินผล</li> </ul> <p><b>ภาคีหลัก</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อ การควบคุมยาสูบ (ศจย.)</li> <li>สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย</li> </ul>	<p><b>บทบาท</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาองค์กรหลักของรัฐ ด้านการควบคุมยาสูบ สนับสนุน เสริมสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืน ให้แก่นักหน่วยงานหลักในภาครัฐ เช่น คพยช. คพยว. กองงานฯ ยาสูบ กองกฎหมาย</li> <li>พัฒนานโยบายและมาตรการใหม่ และบังคับใช้กฎหมาย</li> <li>เชื่อมประสานหน่วยงานต่าง ๆ ในการ ดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ การควบคุมยาสูบแห่งชาติ</li> <li>กำกับติดตาม ประเมินประสิทธิภาพ นโยบาย มาตรการ และการกฎหมาย</li> </ul> <p><b>ภาคีหลัก</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>กองงานคณะกรรมการควบคุม ผลิตภัณฑืยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>กองกฎหมาย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง</li> </ul>

**พลังสังคม** ประกอบด้วย ภาคีหลักคือภาครณรงค์สร้างภาพลักษณ์ และการสร้างค่านิยมไม่สูบบุหรี่ รวมทั้ง การรู้เท่าทันและตอบโต้กลอุบายอุตสาหกรรมยาสูบ ภาคีสำคัญ ได้แก่ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ที่ทำหน้าที่หลัก ในการรณรงค์สร้างค่านิยมสังคมไทยปลอดบุหรี่ ผลักดันนโยบายและกฎหมายควบคุมยาสูบตลอดสามทศวรรษ ที่ผ่านมา และเครือข่ายสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ทำหน้าที่หลักในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพโดยเน้นงาน บริการช่วยเหลือบุหรี่ และต่อมามีการขยายงานเป็นสมพันธ์เครือข่ายแห่งชาติเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ที่ทำหน้าที่ เป็นพันธมิตรเครือข่าย ร่วมสร้างความเข้มแข็งในการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยเน้นบูรณาการความร่วมมือ จากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนรวมทั้งประชาชนคนไทย นอกจากนี้ ยังมีศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ แห่งชาติ (Quitline 1600) เพื่อให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ โดยประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการ ได้อย่างสะดวก ประหยัด และต่อเนื่อง

ในส่วนของโรงเรียน ก็มีเครือข่ายครูเพื่อโรงเรียนปลอดบุหรี่ ทำหน้าที่รับผิดชอบการสร้างนโยบายและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนหลักสูตรและพัฒนาเครือข่ายครูเพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่ในโรงเรียน

ในส่วนของสถานประกอบการ มีสมาคมพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อม (ส.พ.ส.) ดำเนินแผนงานพัฒนาสถานประกอบการ ปลอดบุหรี่เพื่อพัฒนาและส่งเสริมการควบคุมการสูบบุหรี่ในสถานประกอบการอย่างเป็นรูปธรรม และยั่งยืน

**พลังปัญญา** ทำหน้าที่สร้างความรู้ จัดการความรู้ และพัฒนาข้อมูลเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมยาสูบ และ ผลักดันนโยบาย ให้กับภาคีภาคสังคม และภาคีขับเคลื่อนนโยบาย ได้แก่ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุม ยาสูบ รวมทั้งอาจารย์/นักวิชาการจากสถาบันการศึกษาต่าง ๆ

**พลังนโยบาย** ในระดับประเทศมีคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ (คผยช.) เป็นกลไกนโยบายที่สำคัญ ระดับประเทศในการกำหนดนโยบายควบคุมยาสูบที่ต้องการการบูรณาการจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะกระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งกระทรวงการคลัง กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงคมนาคม กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ทั้งนี้ มี กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ (กคส.) กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานหลักในการผลักดันนโยบายการควบคุมยาสูบผ่านคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ ยาสูบแห่งชาติ (คผยช.) ดำเนินการควบคุมยาสูบให้ครอบคลุมทั้งประเทศ ผ่านแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบ แห่งชาติ และมีกลไกสำคัญในส่วนภูมิภาค คือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด รับผิดชอบการดำเนินโครงการ จังหวัดปลอดบุหรี่ และมีสำนักป้องกันควบคุมโรคทั้ง 12 เขต และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สปกม.) เป็นกลไกการหนุนเสริมด้านวิชาการและกำกับติดตามงานในแต่ละเขต ทั้งนี้ สสส. ได้ให้การสนับสนุนโครงการ ดังกล่าวมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554

สำหรับผลลัพธ์จากการดำเนินงานควบคุมยาสูบที่เป็นรูปธรรมที่สามารถจำแนกได้ตามยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบ แห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559-2564 ที่เพิ่งสิ้นสุดลง ได้แก่ **ยุทธศาสตร์ที่ 1** สร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนา ชีตความสามารถในการควบคุมยาสูบของประเทศ เช่น การออกประกาศ/กฎ/ระเบียบ/อนุบัญญัติต่าง ๆ ตาม พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 และกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก เป็นต้น **ยุทธศาสตร์ที่ 2** ป้องกันมิให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบที่มุ่งเป้าไปยังเด็ก เยาวชน และนักสูบ



หน้าใหม่ เช่น การมีนโยบายในการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่ในสถานศึกษาทุกระดับ การมีคู่มือการดำเนินงานโรงเรียนปลอดบุหรี่ การมีเครือข่ายโรงเรียนปลอดบุหรี่ เป็นต้น **ยุทธศาสตร์ที่ 3** ช่วยผู้เสพให้เลิกใช้ยาสูบ ได้แก่ การมีสายเลิกบุหรี่ Quitline 1600 คลินิกฟ้าใสเพื่อบำบัดรักษาการติดยาสูบ การมียาบำบัดรักษาการติดยาสูบ ในบัญชียาหลักแห่งชาติ 1 ชนิด (Nortriptyline) คู่มือ/แนวทางการให้บริการระบบบำบัดโรคเสพติดยาสูบ การมีระบบการส่งต่อผู้เลิกบุหรี่ในชุมชน โดย อสม. ผ่านแอปพลิเคชัน SMART อสม. เป็นต้น **ยุทธศาสตร์ที่ 4** ควบคุมและเปิดเผยส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ เช่น การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสารอันตรายในผลิตภัณฑ์ยาสูบผ่านทางฉลากข้อความเกี่ยวกับพิษภัยและอันตรายจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ เป็นต้น **ยุทธศาสตร์ที่ 5** ทำสิ่งแวดลอมให้ปลอดควันบุหรี่ เช่น การมีอนุบัญญัติ หรือคำสั่งออกตาม พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 หมวด 5 การคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ได้แก่ การจัดทำคู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติงานตาม พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 การจัดอบรมพนักงานเจ้าหน้าที่ และการสนับสนุนให้เกิดสิ่งแวดลอมปลอดบุหรี่ในสถานที่ต่าง ๆ ทั้งสถานประกอบการ ศาสนสถาน แหล่งท่องเที่ยว สถานีขนส่ง และตลาดสด การพัฒนาแอปพลิเคชันบนมือถือคือ “TCEP” (Tobacco Control Enforcement Program) เพื่อสนับสนุนการลงพื้นที่บังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบ ตลอดจนการรณรงค์ให้บ้านปลอดบุหรี่ เป็นต้น และ**ยุทธศาสตร์ที่ 6** ใช้มาตรการทางภาษีและการปราบปรามเพื่อควบคุมยาสูบ เช่น การปรับปรุงโครงสร้างภาษีและการจัดเก็บใน พ.ร.บ. ภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 โดยกำหนดให้บุหรี่ซิการ์เรต จัดเก็บภาษีตามมูลค่าร้อยละ 25 ของราคาขายปลีกแนะนำของละไม่เกิน 72 บาท และร้อยละ 42 ของราคาขายปลีกแนะนำที่เกินของละ 72 บาท และจัดเก็บภาษีตามปริมาณ 1.25 บาทต่อมวน ส่วนยาเส้นที่มีปริมาณการผลิตไม่เกิน 12,000 กิโลกรัมต่อปี จัดเก็บอัตราภาษีตามปริมาณที่ 0.025 บาทต่อกรัม และยาเส้นที่มีปริมาณการผลิตเกิน 12,000 กิโลกรัม จัดเก็บภาษีตามปริมาณที่ 0.10 บาทต่อกรัม โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 เป็นต้น

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ และปัจจัยที่จะส่งผล/ชะลอการบรรลุเป้าหมายของแผนควบคุมยาสูบในระยะ 5 ปีข้างหน้า มีรายละเอียด ดังนี้

ปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายของการดำเนินงานควบคุมยาสูบ ประกอบด้วย 1) มีกลไกเชิงโครงสร้างของการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับชาติ (คผยช.) และระดับจังหวัด (คผยจ.) 2) มีกลุ่มเป้าหมายการทำงานที่ชัดเจนและครอบคลุมประชากรในทุกกลุ่มวัย 3) มีเครื่องมือสนับสนุนและเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมยาสูบ เช่น มีหลักสูตรพัฒนาสมรรถนะการควบคุมยาสูบของกลุ่มเป้าหมาย และมีต้นแบบการเชื่อมโยงฐานข้อมูลการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ระหว่างเครือข่ายให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ เป็นต้น 4) มีการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ฉบับที่ 5 กำหนดให้ผู้สูบบุหรี่ทุกคนต้องได้รับการรักษา แต่ทั้งนี้ ก่อนมีประเด็นรับรองนี้ มีใช้ทุกโรงพยาบาลในประเทศไทย เสนอตัวเข้ารับการรักษาและผ่านการรับรอง ดังนั้น หากมุ่งให้ประเด็นนี้เป็นปัจจัยเอื้อต่อความสำเร็จของการควบคุมยาสูบ โดยเฉพาะการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่สำเร็จ จำเป็นต้องขับเคลื่อนเชิงนโยบายเพื่อให้ทุกโรงพยาบาลตั้งเป้าหมายเข้าสู่การรับรองมาตรฐานนี้ 5) มีอนุบัญญัติที่ออกตาม พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 อย่างต่อเนื่อง และอนุวัติอย่างสอดคล้องกับกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) 6) มีงานวิจัยจากหลักฐานเชิงประจักษ์ คู่มือวิชาการ และแนวปฏิบัติเพื่อการควบคุมยาสูบเชิงประเด็นและสถานที่ต่าง ๆ เผยแพร่อย่างต่อเนื่อง และ 7) โรคระบาดโควิด-19 ทั้งในช่วงการระบาดและในระยะเปลี่ยนผ่านสู่โรคประจำถิ่น ช่วยให้เกิดการสื่อสารข้อมูลโทษพิษภัยยาสูบ และการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ ผ่านช่องทางต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง

สำหรับปัจจัยที่มีส่วนในการชะลอการบรรลุเป้าหมายการดำเนินงานควบคุมยาสูบ ประกอบด้วย 1) การแทรกแซงนโยบายของอุตสาหกรรมยาสูบ ที่มีเป้าหมายทั้งการสร้างวาทกรรมเพื่อบิดเบือนหรือสร้างให้เกิดความเข้าใจผิดต่อตัวผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ (บุหรี่ปัฟฟ้า) ต่อสังคมโดยรวมและทุกกลุ่มวัย รวมถึงแทรกแซงเพื่อให้นโยบาย/มาตรการ/กฎหมายที่มีผลบังคับใช้ มีเนื้อหาที่คลาดเคลื่อนไปจากหลักการและเจตนารมณ์ของการควบคุมยาสูบ เช่น กรณีระบบโครงสร้างภาษียาสูบที่ไม่เอื้อต่อการปรับพฤติกรรมการบริโภคยาสูบ หรือความพยายามยกเลิกการห้ามนำเข้าบุหรี่ปัฟฟ้า เป็นต้น 2) การแพร่ระบาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ (บุหรี่ปัฟฟ้า) ที่มีรูปลักษณ์ที่สอดคล้องหรือตรงกับความสนใจของคนรุ่นใหม่ (Gen Z) 3) สถานการณ์วิกฤตเศรษฐกิจหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีโอกาสส่งต่อความเครียดและการพึ่งพิงนิโคตินเพื่อบรรเทาความเครียด 4) ระบบและกลไกการช่วยเหลือบุหรี่ปัฟฟ้าทั้งเชิงรับและเชิงรุกที่ยังไม่เข้มแข็ง ทั้งเชิงรับในสถานพยาบาล และเชิงรุกในชุมชนหรือองค์กร 5) ความไม่ชัดเจนของการขยายต้นแบบการควบคุมยาสูบในรูปแบบต่าง ๆ ที่ค้นพบจากบุคคลหรือพื้นที่ต้นแบบให้เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด 6) ความไม่เข้มงวดของการบังคับใช้กฎหมาย โดยเฉพาะในสถานที่สาธารณะตามที่กฎหมายกำหนด 7) การเปลี่ยนผ่านอย่างรวดเร็วของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารออนไลน์ ที่ส่งผลง่ายต่อการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ใช้ช่องทางออนไลน์ในการสื่อสารการตลาดไปยังกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชน 8) ร้านค้าปลีกที่จำหน่ายยาสูรมีจำนวนมาก ด้วยเหตุที่ใบอนุญาตขายยาสูบ 9) มาตรการช่วยเหลือชาวไร่ยาสูบอาจยังไม่เพียงพอ 10) ยังขาดทรัพยากรด้านกำลังคนและต้องหนุนเสริมให้กลไกภาครัฐมีความเข้มแข็งด้านการควบคุมยาสูบในระดับจังหวัด และ 11) นโยบายกัญชาเสรี ที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ปัฟฟ้าและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงสารเสพติดอื่น<sup>15</sup> ตลอดจนการมีผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ ที่ยังไม่มีกฎหมายควบคุมที่ชัดเจน เช่น บุหรี่ปัฟฟ้าผสมน้ำมันกัญชา เป็นต้น

จากการพัฒนาเครื่องมือการพยากรณ์อัตราการสูบบุหรี่ปัฟฟ้า โดยอนุกรมเวลาด้วยแบบจำลอง ARIMA<sup>16</sup> แสดงให้เห็นว่าในปี 2570 อัตราการสูบบุหรี่ปัฟฟ้ามีค่าเท่ากับร้อยละ 15.93 ของจำนวนประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป คิดเป็นจำนวนผู้สูบบุหรี่ปัฟฟ้า 9.05 ล้านคน ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์ปัจจุบัน กล่าวได้ว่าแผนงานควบคุมยาสูบ โดยเฉพาะในระยะ 5 ปีนี้ (พ.ศ. 2566–2570) ยังจำเป็นต้องเร่งกระบวนการทำงานควบคุมยาสูบ โดยหนุนเสริมให้เกิดการขับเคลื่อนและการมีส่วนร่วมของหน่วยงานและภาคีทั้งภาคปัญญา สังคม และนโยบาย เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งและยั่งยืนของประเด็นที่เอื้อต่อความสำเร็จของการบรรลุเป้าหมายการดำเนินงานควบคุมยาสูบ พร้อมทั้งการจัดหรือบรรเทาประเด็นที่เป็นอุปสรรคในการชะลอการบรรลุเป้าหมายการดำเนินงานควบคุมยาสูบ

### 3. กรอบแนวคิดการดำเนินงานของแผนควบคุมยาสูบ

#### 1. โครงสร้างและกลไกการทำงานของแผน

แผนควบคุมยาสูบใช้กระบวนการทำงานแบบเชื่อมประสานภาคีเพื่อร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และทิศทางการดำเนินงานเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยแผนควบคุมยาสูบบมีบทบาทในการจุดประกาย กระตุ้น สาน เสริมพลัง และสนับสนุนกิจกรรมเพื่อให้เกิดการพัฒนาวัตรกรรม พื้นที่ต้นแบบ รวมถึงการแสวงหาช่องทางในการเชื่อมประสานกับหน่วยงานระดับนโยบายต่าง ๆ เพื่อขยายผลการดำเนินงานสู่สังคมในวงกว้าง ทั้งนี้ แผนควบคุมยาสูบ ใช้ยุทธศาสตร์การทำงาน

15 Tullis, L. M., Dupont, R., Frost-Pineda, K., & Gold, M. S. (2003). "Marijuana and tobacco: a major connection?".

Journal of Addictive Diseases, 22(3), หน้า 51–62. เข้าถึงได้จาก [https://doi.org/10.1300/J069v22n03\\_05](https://doi.org/10.1300/J069v22n03_05)

16 ศรีณญา เบญจกุล. (2564). "แนวโน้มการสูบบุหรี่ของประเทศไทย". (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และศูนย์พัฒนาศักยภาพกำลังคนด้านการควบคุมยาสูบ (พศย.)).



แบบไตรพลัง ซึ่งประกอบด้วยพลังปัญญา พลังสังคม และพลังนโยบายผ่านกระบวนการสำคัญดังนี้ (1) การเชื่อมโยงภาคีหลักที่เกี่ยวข้องกับประเด็นยาสูบเพื่อสร้างเป้าหมายในการดำเนินงานร่วมกัน (2) การพัฒนาและผลักดันนโยบายสาธารณะและสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายโดยสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน สังคม ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (3) การพัฒนาฐานข้อมูลทางวิชาการและการจัดการความรู้เพื่อใช้ประโยชน์ในการสนับสนุนและผลักดันเชิงนโยบายสาธารณะ รวมถึงการติดตามประเมินผล (4) การรณรงค์สร้างกระแสสังคมเพื่อสร้างความตระหนักต่อปัญหาและสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหายาสูบ และ (5) สนับสนุนให้เกิดบริการเลิกบุหรี่



## 2. กรอบการดำเนินงานของแผนควบคุมยาสูบระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570)

การดำเนินงานควบคุมยาสูบของ แผนควบคุมยาสูบระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) ได้กำหนดทิศทางและเป้าหมายตาม แผนภาพที่ 2 ทิศทางและเป้าหมายแผนควบคุมยาสูบ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) โดยกำหนดเป้าหมายคือ การลดอัตราการบริโภคยาสูบ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ 3 ประการคือการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ ลด ละ เลิกผู้สูบบุหรี่ และจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการสูบบุหรี่ โดยกำหนดยุทธศาสตร์ 6 ประเด็น คือ (1) เสริมความเข้มแข็งของกลไกและพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่าย (2) สร้างพื้นที่ปลอดควันบุหรี่หรือพื้นที่เอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ (3) พัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาการติดยาสูบสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (4) ป้องกันมิให้เกิดนักสูบหน้าใหม่และเฝ้าระวัง/รู้เท่าทันธุรกิจยาสูบทั้งทางตรงและทางอ้อม (5) สร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมยาสูบ และ

(6) สนับสนุนการพัฒนา/ปรับปรุงกลไกด้านภาษีและราคายาสูบ ทั้งนี้โดยใช้มาตรการ MPOWER คือ M: Monitoring tobacco consumption and effective of preventive measures (ติดตาม กำกับการบริโภคยาสูบและนโยบายควบคุมยาสูบ) P: Protect people from tobacco smoke (ปกป้องประชาชนจากควันบุหรี่) O: Offer help to quit tobacco use (ให้ความช่วยเหลือในการเลิกใช้ยาสูบ) W: Warn about the dangers of tobacco (เตือนให้ตระหนักถึงพิษภัยของยาสูบ) E: Enforce bans on TAPS (บังคับใช้กฎหมายห้ามโฆษณา ส่งเสริมการขาย และอุปถัมภ์โดยอุตสาหกรรมยาสูบ R: Raise taxes on tobacco (ขึ้นภาษียาสูบ)

**ทิศทางและเป้าหมายแผนควบคุมยาสูบ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - พ.ศ. 2570)**

เป้าหมาย: ลดอัตราการบริโภคยาสูบ						
ผลลัพธ์	ป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ในกลุ่มเด็กและเยาวชน		ลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่เดิมในกลุ่มผู้สูบบุหรี่สูง (เพศชาย กลุ่มแรงงาน ผู้ที่อยู่ในภาคใต้ และผู้ที่อยู่ในชนบท)	จัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ และลดการได้รับควันบุหรี่มือสอง มือสาม		
ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน	เสริมความเข้มแข็งของกลไกควบคุมยาสูบระดับชาติและจังหวัด และพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย	สร้างพื้นที่ปลอดควันบุหรี่ หรือพื้นที่ที่เอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ ทั้งในส่วนของกฎหมายกำหนดและตามบริบทของชุมชน องค์กร และครอบครัว	พัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง และระบบบริการสุขภาพเพื่อสนับสนุนการลด ละ เลิกยาสูบ	การป้องกันมิให้เกิดนักสูบบุหรี่ใหม่ และเฟ้อระวัง รู้เท่าทันธุรกิจยาสูบทั้งทางตรงและทางอ้อม	สร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมยาสูบ (Tobacco Control Literacy) ที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย	กลไกด้านภาษีและราคายาสูบ
มาตรการ/กิจกรรม	ติดตาม กำกับการบริโภคยาสูบและนโยบายควบคุมยาสูบ (Monitoring tobacco consumption and effective of preventive measures)	ปกป้องประชาชนจากควันบุหรี่ (Protect people from tobacco smoke)	ให้ความช่วยเหลือในการเลิกใช้ยาสูบ (Offer help to quit tobacco use)	เตือนให้ตระหนักถึงพิษภัยของยาสูบ (Warn about the dangers of tobacco)	บังคับใช้กฎหมายห้ามโฆษณาส่งเสริมการขาย และอุปถัมภ์โดยอุตสาหกรรมยาสูบ (Enforce bans on TAPS)	ขึ้นภาษียาสูบ (Raise taxes on tobacco)
โครงสร้างแผนและกลไกสนับสนุน	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; text-align: center;">การพัฒนานโยบายและการบังคับใช้กฎหมาย</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; text-align: center;">วิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; text-align: center;">เครือข่ายการรณรงค์ประชาสัมพันธ์และการขยายสถานที่ปลอดบุหรี่</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; text-align: center;">บริการนำบัตรรักษาการติดคนโคติน</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; text-align: center;">การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และภาคีเครือข่าย</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; text-align: center;">การสนับสนุนโครงการ</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; text-align: center;">การกำกับ ติดตาม และประเมินผล</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; text-align: center;">ระบบงานดิจิทัล-ไอที</div> </div>					
ภาคีหลัก	<b>ภาคินโยบาย</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ (คพยช.)</li> <li>คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด (คพยจ.)</li> <li>กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง ฯลฯ</li> </ul>		<b>ภาคีวิชาการ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)</li> <li>สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ฯลฯ</li> </ul>		<b>ภาคีภาคประชาสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่</li> <li>แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์</li> <li>กลุ่มวิชาชีพสุขภาพต่างๆ</li> <li>เครือข่ายยุวทัศน์ เครือข่ายพระสงฆ์ ฯลฯ</li> </ul>	



## จุดเน้นของแผน

แผนควบคุมยาสูบระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) มีจุดเน้นการดำเนินงานที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของแผนตามมาตรการของ MPOWER โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้านได้แก่ ด้านการพัฒนา นโยบายและการบังคับใช้กฎหมาย ด้านวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร ด้านเครือข่ายการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ และการขยายสถานที่ปลอดบุหรี่ และด้านบริการบำบัดรักษาการติดยาสูบ ซึ่งครอบคลุมมาตรการ/กิจกรรมตามห่วงโซ่ผลลัพธ์ของการลดอัตราการบริโภคยาสูบ

### จุดเน้นของแผนระยะ 5 ปีแต่ละด้านมีรายละเอียดดังนี้

#### ด้านการพัฒนา นโยบาย และการบังคับใช้กฎหมาย

ประกอบด้วยกิจกรรมตามมาตรการ MPOWER ในประเด็น M R และ E ดังนี้

1. สนับสนุนกลไกและหน่วยงานต่าง ๆ ให้ดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565–2570 โดยเฉพาะสนับสนุนและผลักดันให้กลไกการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัดมีความเข้มแข็ง
2. สนับสนุนการผลักดันนโยบายที่เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานควบคุมยาสูบ ได้แก่ การทบทวนมาตรการด้านภาษียาสูบ โดยเฉพาะการปรับภาษีสองชั้น มาตรการการลดผลกระทบต่อชาวไร่ยาสูบ และการส่งเสริมการปลูกพืชทดแทนใบยาสูบ มาตรการป้องกันการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบต่อนโยบายการควบคุมยาสูบของรัฐ การขึ้นราคาใบอนุญาตร้านค้าปลีกยาสูบ การกำหนดส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ยาสูบ การคงอยู่ของกฎหมายห้ามนำเข้า ผลิต และจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า เป็นต้น
3. เพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคอย่างจริงจัง เข้มแข็ง และต่อเนื่อง โดยเฉพาะประเด็นการห้ามขายบุหรี่ให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี ห้ามแบ่งซองขายมวนบุหรี่ ห้ามแสดงบุหรี่ ณ จุดขาย การห้ามนำเข้าและห้ามขายบุหรี่ไฟฟ้า รวมทั้งการห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่ที่กฎหมายกำหนด โดยเฉพาะสถานที่ที่พบเห็นการได้รับควันบุหรี่มือสองสูง ได้แก่ ตลาดสด/นัด สถานที่บริการอาหาร/เครื่องดื่ม บริการขนส่งสาธารณะ และศาสนสถาน รวมถึงการปราบปรามบุหรี่ผิดกฎหมายโดยประสานและสนับสนุนการดำเนินงานผ่านภาคียุทธศาสตร์ ได้แก่ กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม รวมถึงกรมสรรพสามิตและกรมศุลกากร กระทรวงการคลัง

## ด้านวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร

ประกอบด้วยกิจกรรมตามมาตรการ MPOWER ในประเด็น M W และ R ดังนี้

1. พัฒนางานวิจัย/วิชาการ และการจัดการความรู้ที่มีผลต่อการขับเคลื่อนเชิงนโยบายตามแผนยุทธศาสตร์ การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 และกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก
2. จัดทำข้อมูลความรู้เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านการควบคุมยาสูบ (tobacco control literacy) โดยเฉพาะ ในประเด็นที่อยู่ในความสนใจ เช่น ประเด็นบุหรี่ไฟฟ้า บุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้ากับโรคโควิด-19 และโรคประจำถิ่น การขึ้นภาษียาสูบ และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากมาตรการภาษียาสูบ (รวมภาษียาเส้น) การปลูกพืชทดแทนใบยาสูบ การรู้เท่าทันกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ เป็นต้น
3. ศึกษาเจาะลึกสาเหตุสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการบริโภคยาสูบในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย (segment) (เช่น กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้ใช้แรงงาน กลุ่มด้อยโอกาส) แต่ละบริบท (เช่น เขตเมือง ชนบท ภูมิภาค) ตลอดจน ประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของมาตรการ/แนวทางป้องกันในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย
4. ประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ
5. พัฒนาศักยภาพและขยายเครือข่ายนักวิชาการควบคุมยาสูบในมิติต่าง ๆ เช่น เศรษฐศาสตร์เพื่อควบคุมยาสูบ กฎหมาย สื่อสารสาธารณะ เป็นต้น

## ด้านเครือข่ายการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ และการขยายสถานที่ปลอดบุหรี่

ประกอบด้วยกิจกรรมตามมาตรการ MPOWER ในประเด็น M P W และ E ดังนี้

1. ปกป้องการได้รับควันบุหรี่มือสองและมือสาม โดยเน้นการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนและเจ้าของสถานที่ต่าง ๆ รับทราบและปฏิบัติตามกฎหมาย โดยเฉพาะสถานที่ที่พบเห็นการได้รับควันบุหรี่มือสองสูง ได้แก่ ตลาดสด/นัด สถานที่บริการอาหาร/เครื่องดื่ม บริการขนส่งสาธารณะ และศาสนสถาน รวมถึงการรณรงค์ที่บ้านและครอบครัวปลอดบุหรี่
2. พัฒนาและขยายเครือข่ายนักรณรงค์หน้าใหม่ในระดับพื้นที่ ผ่านสถาบันการศึกษา ท้องถิ่น (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ท้องที่ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) ชุมชน สื่อมวลชนท้องถิ่น รวมถึงสนับสนุนให้เกิด influencer และ change agent ในพื้นที่ และพัฒนาให้เกิดพื้นที่สร้างสรรค์ปลอดปัจจัยเสี่ยง
3. สร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมยาสูบ (tobacco control literacy) เพื่อให้ประชาชนตระหนักและเกิดการรับรู้ข้อมูลที่ต้องการเพื่อนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยการไม่สูบบุหรี่ เช่น ข้อมูลอันตรายของผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกรูปแบบ การสูบบุหรี่กับโรคโควิด-19 บุหรี่กับภาษียาสูบ วิธีการเลิกบุหรี่ ตลอดจนการมีบทบาทในการควบคุมยาสูบตามบริบทของแต่ละบุคคล/กลุ่ม เป็นต้น รวมถึงสนับสนุนให้เกิดการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการรณรงค์และมาตรการใหม่ ๆ ในการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ในกลุ่มเด็กและเยาวชน โดยเฉพาะกลุ่มอาชีวศึกษา เยาวชนนอกระบบการศึกษา รวมถึงกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ทั้งในและนอกระบบ กลุ่มเปราะบาง ผู้ที่อยู่ในพื้นที่ภาคใต้ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูง และประชาชนทั่วไป

4. สนับสนุนให้เกิดมาตรการชุมชนเพื่อควบคุมยาสูบในพื้นที่
5. สนับสนุนการสื่อสารเชิงบวกเพื่อสร้างค่านิยมด้านการไม่สูบบุหรี่ รวมถึงการพัฒนาทักษะในการอดกลั้นต่อสิ่งยั่วยุและทักษะการปฏิเสธ
6. เฝ้าระวังและเปิดโปงกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ โดยเฉพาะกลยุทธ์ที่มีผลต่อนโยบายควบคุมยาสูบของประเทศและการขยายรูปแบบผลิตภัณฑ์ยาสูบใหม่อื่น ๆ เช่น บุหรี่กัญชา เป็นต้น

## ด้านบริการบำบัดรักษาการติดยาสูบ

ประกอบด้วยกิจกรรมตามมาตรการ MPOWER ในประเด็น 0 ดังนี้คือ

1. พัฒนา ปรับปรุง และสนับสนุนระบบการให้บริการบำบัดรักษาการติดยาสูบในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเปราะบาง รวมถึงกลุ่มด้อยโอกาสทางสังคม
2. ผลักดันให้มีบริการการติดยาสูบเข้าสู่บัญชียาหลักและยาสามัญประจำบ้าน
3. สนับสนุนให้เกิดระบบบริหารจัดการระบบการบำบัดรักษาการติดยาสูบที่มีประสิทธิภาพ ทั้งระบบในสถานบริการสาธารณสุขและ Quitline 1600 โดยเชื่อมโยงฐานข้อมูลการเลิกบุหรี่ในทุกช่องทางเข้าด้วยกัน
4. ผลักดันให้บูรณาการการให้บริการบำบัดรักษาการติดยาสูบระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ แบบไร้รอยต่อ เพื่อให้เกิดระบบการรับ-ส่งต่อผู้เข้ารับการบำบัด และการติดตามผลลัพธ์การช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ
5. พัฒนา และสนับสนุนให้เกิดระบบและกลไกการบำบัดรักษาการติดยาสูบแบบเชิงรุกที่ผู้เสพติดบุหรี่ทุกกลุ่มวัยเข้าถึงได้
6. สนับสนุน และผลักดันให้สถานพยาบาล ขอรับการประเมินมาตรฐาน HA ที่เกี่ยวข้องกับบริการเลิกบุหรี่

## เป้าหมายการดำเนินงาน

### เป้าหมาย

## ลดอัตราการ การบริโภคยาสูบ

### ผลลัพธ์

1. อัตราการบริโภคยาสูบของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ลดลง
2. อัตราการบริโภคยาสูบของเยาวชน อายุ 15-19 ปี ลดลง
3. อัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชนลดลง
4. ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมยาสูบ (tobacco control literacy) ของเยาวชนเพิ่มขึ้น

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาและหนุนเสริมกลไกควบคุมยาสูบระดับชาติและระดับจังหวัดให้มีความเข้มแข็ง รวมถึงพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายที่มีอยู่เดิมและภาคีใหม่ทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ท้องที่และท้องถิ่น และชุมชนในการดำเนินงานควบคุมยาสูบ
2. เพื่อพัฒนาและสนับสนุนให้เกิดการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ และลดการได้รับควันบุหรี่มือสอง
3. เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมยาสูบ (tobacco control literacy) ที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย
4. เพื่อพัฒนางานวิชาการเพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่และลดนักสูบหน้าเดิม รวมถึงเฝ้าระวังอุตสาหกรรมยาสูบ

## ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์ที่ใช้ในการดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบใช้ยุทธศาสตร์หลักสามสามพลัง โดยประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การขับเคลื่อนสังคม และการพัฒนานโยบายให้เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) และยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย (1) การส่งเสริมวิชาการและนวัตกรรม (2) การสานพลังภาคีและเครือข่าย (3) การพัฒนาศักยภาพบุคคล ชุมชน องค์กร (4) การพัฒนากลไกทางนโยบาย สังคม และสถาบัน และ (5) การสื่อสารสังคม



## กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

1. ลดอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มที่มีการสูบบุหรี่ ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มวัยแรงงาน ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ภาคใต้ และกลุ่มเปราะบาง
2. ป้องกันนักสูบหน้าใหม่ในกลุ่มเด็กและเยาวชน ทั้งที่อยู่ในระบบและนอกระบบโรงเรียน และกลุ่มอาชีวศึกษา
3. การสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ และการปกป้องไม่ให้ผู้ไม่สูบบุหรี่ได้รับควันบุหรี่มือสองและมือสาม โดยครอบคลุมทั้งบ้าน ชุมชน และสถานที่สาธารณะต่าง ๆ ตามที่กฎหมายกำหนด โดยเฉพาะสถานที่ที่มีการพบเห็นการสูบบุหรี่สูง ได้แก่ ตลาด ร้านอาหาร และสถานบันเทิงสาธารณะ
4. ภาคีเครือข่าย ทั้งจากหน่วยงานภาครัฐส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และภาคเอกชนที่ไม่มุ่งหวังผลกำไร รวมถึงประชาชนกลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่มวัยแรงงาน ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ภาคใต้ และกลุ่มเปราะบาง เป็นต้น
5. สถานบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ และหน่วยงาน/องค์กร หรือผู้เกี่ยวข้องสำหรับจัดบริการช่วยเหลือบุหรี่เชิงรุก
6. นักวิจัย นักวิชาการ ภาคประชาสังคม และผู้บริหารจากหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องการพัฒนาและผลักดันนโยบายและมาตรการควบคุมยาสูบ

## งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)				
	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
แผนควบคุมยาสูบ	310.00	320.00	330.00	320.00	320.00



## แผน 2

# แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

### สรุปภาพรวมระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570)

#### 1. ที่มาและความสำคัญ ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ แผนเฉพาะในแต่ละด้าน และทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี

แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด มุ่งตอบสนองเป้าประสงค์ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (the Sustainable Development Goals: SDGs) ที่กล่าวถึงการมีสุขภาวะในการดำรงชีวิตและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกช่วงอายุ และสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ในประเด็นปรับเปลี่ยนค่านิยมและวัฒนธรรม และประเด็นเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี รวมถึงสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคมในประเด็นการเสริมสร้างพลังทางสังคม และยุทธศาสตร์ที่ 6 ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐ ในประเด็นกฎหมายมีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทต่าง ๆ และมีเท่าที่จำเป็น โดยแผนฯ จะมุ่งดำเนินการให้เกิดผลลัพธ์สำคัญ ประกอบด้วย ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ซึ่งการดำเนินงานด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสอดคล้องตามแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระดับชาติ ระยะที่ 2 พ.ศ. 2564 – 2570 ซึ่งดำเนินการตามกรอบนโยบายองค์การอนามัยโลก เพื่อสร้างสังคมที่ปลอดภัยจากปัญหาผลกระทบการบริโภคแอลกอฮอล์ โดยแผนดำเนินงานสอดคล้องตามยุทธศาสตร์นโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ได้แก่ 1) การควบคุมการเข้าถึง 2) การปรับเปลี่ยนค่านิยมและลดแรงสนับสนุนการดื่ม 3) การลดอันตรายของการบริโภค 4) การจัดการปัญหาสุราในระดับพื้นที่ และ 5) การพัฒนาไกล่เกลี่ยและการสนับสนุนที่เข้มแข็ง

#### สถานการณ์ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย โดยที่เคลีอนไหวอยู่ในช่วงร้อยละ 30 ในปี 2550 โดยเพิ่มขึ้นร้อยละ 34 ในปี 2558 และลดลงเหลือเพียงร้อยละ 28 ในปี 2564 โดยเพศชายมีอัตราการดื่มลดลง ขณะที่เพศหญิงมีอัตราการดื่มเพิ่มขึ้น และกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-19 ปี) มีอัตราการดื่มลดลงเหลือร้อยละ 9 อย่างไรก็ตาม พบว่ากลุ่มเยาวชนมีแนวโน้มที่จะดื่มประจำเพิ่มขึ้น

โดยปี 2564 มีกลุ่มนักดื่มประจำ 6.99 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.26 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มนักดื่มเป็นครั้งคราวมี 8.97 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.74 สะท้อนให้เห็นว่ามีความถี่ในการดื่มลดลง นักดื่มที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนสูงกว่านักดื่มที่อยู่ในเขตเทศบาลเล็กน้อย ในปี 2564 มีนักดื่มในเขตเทศบาลร้อยละ 27.7 และนอกเขตเทศบาลร้อยละ 28.4

สถานการณ์การบริโภคแอลกอฮอล์ในภูมิภาค จากข้อมูลผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2564 พบว่า ภาคเหนือมีความชุกของนักดื่มสูงสุด คือ ร้อยละ 33.1 รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 32.3 ภาคใต้และกรุงเทพมหานคร เท่ากันคือ ร้อยละ 27.2 และภาคกลาง มีความชุกของนักดื่มน้อยที่สุด ร้อยละ 26.8

เมื่อพิจารณาข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพสุภาพอนามัยของประชาชนไทย พบว่า สัดส่วนของผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตรายมีแนวโน้มลดลงมาโดยตลอด จากร้อยละ 9.10 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 7.30 ในปี 2552 ลดลงเหลือ ร้อยละ 3.40 ใน พ.ศ. 2557 และลดลงอย่างต่อเนื่องเหลือ ร้อยละ 0.5 ในปี 2563 โดยลดลงทั้งในเพศชายและเพศหญิง ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่า พฤติกรรมการดื่มอย่างหนักของประชากรไทยมีแนวโน้มที่ดีขึ้น คือ “มีการลดลง” นั่นเอง<sup>17</sup>

ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี มีปริมาณสูงกว่า 8 ลิตรต่อคนต่อปี ในช่วง ปี 2549 และลดลงอย่างชัดเจนมาอยู่ที่ 6.08 ลิตรต่อคนต่อปี ในปี 2551 ซึ่งเป็นปีที่ประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 หลังจากนั้นค่อนข้างคงที่อยู่ระหว่าง 6.67-7.29 ลิตรต่อคนต่อปี นอกจากนี้ มีการลดลงในปี 2561 มาอยู่ที่ 5.95 ลิตรต่อคนต่อปี เป็นผลมาจากการประกาศใช้ พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 (เปลี่ยนฐานภาษีเป็นราคาขายปลีกแนะนำ) และเริ่มกลับมาสูงขึ้นเมื่อผู้ผลิตและผู้บริโภคเริ่มปรับตัวได้ และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องอยู่ที่ 7.67 ลิตรต่อคนต่อปี ในปี 2563 และลดลงเหลือ 7.1 ลิตรต่อคนต่อปี ในปี 2564<sup>18</sup>

### สถานการณ์ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพยาเสพติด

ประชากรไทยอายุ 12-65 ปี มีแนวโน้มการใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจครัวเรือนระดับชาติเพื่อประมาณการจำนวนผู้ใช้สารเสพติดทั่วประเทศ พบว่าในปี 2562 มีประชากรไทยอายุระหว่าง 12-65 ปี ประมาณร้อยละ 1.33 ได้ใช้กัญชาใน 12 เดือนที่ผ่านมา และมีราวร้อยละ 1.30 ได้ใช้ยาบ้า ซึ่งเป็นตัวเลขประมาณการที่สูงกว่าค่าประมาณการในการสำรวจก่อนหน้าในปี 2559 โดยสูงกว่าถึงราวสามเท่าสำหรับกัญชา และเกือบสองเท่าสำหรับยาบ้า โดยเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด<sup>19</sup> พบว่า ความชุกของการเคยใช้สารเสพติดผิดกฎหมายในช่วงชีวิตในเยาวชนอายุ 12-19 ปี ในปี 2559 พบได้สูงอยู่แล้วถึงราวร้อยละ 6.6 และในเยาวชนอายุ 20-24 ปี สูงถึงร้อยละ 9.7 โดยยังคงมีการใช้สารเสพติดในปัจจุบัน (ใช้อย่างน้อย 1 ครั้งในปีที่ผ่านมาของการสำรวจปี 2559) ประมาณร้อยละ 2 และมีการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายใน 30 วันที่ผ่านมาของเด็กและเยาวชนราวร้อยละ 1 โดยกลุ่มอายุที่ยังคงมีการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายเป็นประจำ (ใช้อย่างน้อย 20 วัน ในหนึ่งเดือน) สูงที่สุดคือกลุ่มเยาวชนอายุ 20-24 ปี ซึ่งมีการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายเป็นประจำร้อยละ 0.8

17 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. “รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 (ปี 2546- 2547) ครั้งที่ 4 (ปี 2551-2552) และ ครั้งที่ 5 (ปี 2556-2557) ครั้งที่ 6 (ปี 2562-2563)”. (นนทบุรี; สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข).

18 สถิติการผลิต จำหน่าย และการเก็บภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. สำนักมาตรฐานและจัดเก็บภาษี 1.กรมสรรพสามิต.

19 เครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติด. (2562). “รายงานผลการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562”. (กรุงเทพมหานคร: บริษัท จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด)

นอกจากนี้ จากการสำรวจระดับชาติด้านสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ในปี พ.ศ. 2560 โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป<sup>20</sup> พบสารเสพติดที่ประชากรไทยใช้มากที่สุด ในช่วงชีวิต คือ กัญชา โดยเมื่อแบ่งตามกลุ่มอายุจะพบว่าสัดส่วนการใช้สารเสพติดตลอดชีพไม่ว่าจะเป็นกัญชาหรือเมทแอมเฟตามีนได้สูงสุดในเยาวชนอายุ 18–24 ปี และผู้ใหญ่ตอนต้นอายุ 25–34 ปี โดยมีการใช้กัญชาในกลุ่มอายุดังกล่าวประมาณร้อยละ 12 และพบการใช้เมทแอมเฟตามีนอยู่ที่ประมาณร้อยละ 11 สำหรับกลุ่มอายุที่มีพฤติกรรมการติดสารเสพติดผิดกฎหมายตลอดชีพสูงที่สุด คือ ผู้ใหญ่ตอนต้นอายุ 25–34 ปี พบสูงถึงร้อยละ 7.6 รองลงมาคือกลุ่มเยาวชนอายุ 18–24 ปี ตามลำดับ

สถานการณ์ด้านกัญชา วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2565 ได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องระบุรายชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ให้มีการยกเลิกพืชกัญชากวนสารสกัดที่มีความเข้มข้นสาร Tetrahydrocannabinol (THC) สูงกว่าร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก ออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษเพื่อให้เกิดความเสรีในการนำกัญชาไปใช้ในครัวเรือน และกำหนดให้มีผลบังคับใช้ใน 120 วัน หลังการประกาศ ซึ่งได้มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาและการบริโภคอันได้แก่กฎหมายด้านอาหาร ยา และสมุนไพร เพื่อกำกับดูแลควบคุมผลิตภัณฑ์กัญชา กัญชง เป็นบางส่วนแล้ว และอยู่ระหว่างการรอร่าง พ.ร.บ. กัญชา กัญชง พ.ศ. .... ในการพิจารณาเพื่อให้เกิดความรัดกุมในการนำกัญชาไปใช้ โดยทั่วไปเพื่อการสันนิษฐานการ ทั้งนี้ ร่าง พ.ร.บ. กัญชา กัญชง พ.ศ. .... กำลังอยู่ระหว่างการเข้าพิจารณาในสภา

จากสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด พบว่า เด็กและเยาวชนยังคงเป็นเป้าหมายสำคัญที่ต้องได้รับการป้องกันจากการบริโภค/เสพ ประกอบกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีทั้งด้านการติดต่อสื่อสาร การเงิน การขนส่ง ส่งผลให้ทั้งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติดสามารถหาซื้อได้ง่ายยิ่งขึ้นผ่านทางออนไลน์ เช่น Line Twitter Facebook Instagram ฯลฯ โดยเฉพาะช่องทาง Twitter เป็นช่องทางที่ได้รับความนิยมสูงสุดในการซื้อขาย แม้ว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมีกฎหมายห้ามการขายผ่านทางออนไลน์ แต่ยังมีปัญหาด้านการบังคับใช้กฎหมาย อีกทั้งสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคโควิด-19 ทั่วโลก ตั้งแต่ต้นปี 2563 ทำให้ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ดังกล่าวเช่นกัน นอกจากส่งผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของคนในประเทศ และทั่วโลกแล้วยังส่งผลต่อสภาพจิตใจ และอาจส่งผลทั้งด้านบวกและลบต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด ซึ่งในระยะแรกไทยมีมาตรการเพื่อป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 โดยมีตั้งแต่ มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของภาครัฐ การห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การปิดสถานบันเทิง การห้ามนั่งดื่มในร้านอาหาร รวมถึงการที่ประชาชนหันมาใส่ใจสุขภาพมากขึ้น มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มของประชาชนอย่างมาก โดยยืนยันด้วยผลการสำรวจพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป พบว่า ในช่วงเดือนเมษายน ปี 2564 ซึ่งเป็นช่วงคลายล็อกมาตรการต่าง ๆ กลุ่มตัวอย่างมีการดื่ม ร้อยละ 71.6 ซึ่งเป็นช่วงคาบเกี่ยวกับเทศกาลสงกรานต์ และช่วงเริ่มต้นการระบาดของโควิด-19 ระลอกใหม่ล่าสุด โดยมีสัดส่วนสูงกว่าช่วงเวลาเดียวกันของปี 2563 ที่มีการดื่มอยู่ที่ร้อยละ 51.5 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินและมาตรการควบคุมการระบาดของโควิด-19 อย่างเข้มงวด

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด จึงมุ่งดำเนินการสอดรับกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ของ สสส. ที่กำหนดขอบเขตและจุดเน้นการดำเนินงานไว้

<sup>20</sup> กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). "การสำรวจระดับชาติด้านสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2560". (กระทรวงสาธารณสุข).

4 ด้าน ดังนี้ (1) ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ (2) สร้างวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมปลอดภัย (3) เสริมศักยภาพกลไกการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ (4) ป้องกันและควบคุมสิ่งเสพติดอื่น

## 2. การดำเนินงานที่ผ่านมา

ที่ผ่านมา แผนมุ่งดำเนินการเพื่อลดผลกระทบสุขภาพจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด โดยลดพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชน รวมถึงการลดนักดื่มแบบอันตราย (harmful drinker) และผู้ติดสารเสพติด ตลอดจนการสร้างบรรทัดฐานทางสังคม (วิถีชุมชน จารีตประเพณี ข้อบัญญัติ กฎหมาย) และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ซึ่งจัดการใน 4 มิติ ประกอบด้วย การควบคุมการเข้าถึงและมาตรการด้านภาษี การสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ การลดอันตรายจากสารเสพติด (harm reduction) และการเสริมศักยภาพของภาคีเครือข่าย ภูมิภาค ท้องที่/ท้องถิ่น ในการจัดการป้องกันแก้ไขปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ซึ่งมีความก้าวหน้าที่สำคัญ ดังนี้

1. การพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย เพื่อผลักดันให้เกิดกลไกการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ เพราะนโยบายและกฎหมายเป็นเครื่องมือหลักที่ใช้ในการขับเคลื่อนเพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งการดำเนินตามกลไกนี้ สสส. เน้นการสร้างความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ ทุกภาคส่วนและทุกระดับ ทั้งระดับพื้นที่และระดับชาติ เช่น มาตรการ หลักเกณฑ์ การห้ามโฆษณาผ่านโซเชียลมีเดีย ซึ่งเป็นสื่อสมัยใหม่ที่มีอิทธิพลมากในยุคนี้ การห้ามโฆษณาดังกล่าวอยู่ในรูปแบบต่าง ๆ และกิจกรรมส่งเสริมการขายทุกรูปแบบ มาตรการจำกัดจำนวนใบอนุญาต/เพิ่มค่าธรรมเนียม กำหนดหลักเกณฑ์ในการขอ/ต่อใบอนุญาตและอัตราโทษ การขึ้นภาษี และปกป้องการแทรกแซงนโยบายแอลกอฮอล์จากการค้าเสรีและมาตรการเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (demand side) ของประชาชนและเยาวชน ผลการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้ (1) แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 พ.ศ. 2564–2570 (2) ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดสถานที่หรือบริเวณห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบสถานศึกษา พ.ศ. 2558 (3) ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง ห้ามขายหรือบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ที่อยู่ในกำกับดูแลและใช้ประโยชน์ของราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ พ.ศ. 2558 (4) ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดสถานที่หรือบริเวณห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนทาง พ.ศ. 2558 (5) ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดวิธีการหรือลักษณะห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยวิธีการใช้เครื่องจ่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่หรือบริเวณร้านค้าสะดวกซื้อ พ.ศ. 2561 และ (6) ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยวิธีการหรือในลักษณะการขายทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. 2563 เป็นต้น
2. การพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร สนับสนุนศูนย์ศึกษาวิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพัฒนางานวิจัยและวิชาการเพื่อสนับสนุนการผลักดันนโยบาย การขับเคลื่อนสังคม และการสื่อสารสาธารณะ โดยทำงานร่วมกับภาควิชาการร่วมกันในการสนับสนุน/ให้ทุนสำหรับภาคีเพื่อการสร้างองค์ความรู้ที่ต่อบการสนองการขับเคลื่อนนโยบายและการทำงานในพื้นที่ ตลอดจนการพัฒนา ระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อกำกับติดตามสถานการณ์และการประเมินผล ผลการดำเนินงานสำคัญ ดังนี้ (1) ข้อมูลด้านสถานการณ์ ผลกระทบของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในด้านต่าง ๆ ที่พร้อมใช้งาน (2) มีข้อมูลสนับสนุนฝ่ายนโยบายและภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านแอลกอฮอล์ทั้งในประเด็นขับเคลื่อนนโยบาย ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน เช่น สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครือข่ายองค์กรงดเหล้า กรมสุขภาพจิต เครือข่ายเฝ้าระวังธุรกิจสุรา เป็นต้น (3) จัดทำ

ข้อมูล/หลักฐานวิชาการ เพื่อแพร่ความรู้ให้กับสังคมในประเด็นต่าง ๆ ที่อยู่ในความสนใจและตามสถานการณ์ของสังคม มีการเผยแพร่ข้อมูลออกไปในวงกว้างผ่านเว็บไซต์และเฟสบุ๊คของ ศวส. และแชร์ผ่านเฟสบุ๊คของภาคีเครือข่าย และจากการเข้ามามีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นของประชาชนผู้ติดตามเพจ (4) เกิดการขับเคลื่อนงานในระดับชุมชน จากการจัดอบรม/จัดสัมมนาแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อในชุมชนในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การพัฒนาโปรแกรมบำบัดดูแลผู้มีปัญหาการติดเชื้อในชุมชน และโครงการพัฒนาบุคลากรครูตามแนวทาง ลด ละ เลิกเหล้ากันเถอะ การดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้มีปัญหาการติดเชื้อ โดยผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำ และติดตามการดำเนินงานเป็นระยะ (5) จัดทำข้อมูลในประเด็นที่สำคัญและมีผลต่อการขับเคลื่อนส่งต่อให้ฝ่ายนโยบาย เช่น ได้จัดทำข้อมูล ผลกระทบของ CPTPP ต่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของไทย เผยแพร่ประชาชนทั่วไป และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้จัดทำข้อมูลในการพิจารณาเรื่องร้องเรียนกรณีการใช้ตราสัญลักษณ์และเครื่องหมายการค้าของผลิตภัณฑ์โซดา น้ำแร่ธรรมชาติ และเบียร์ไร้อัลกอฮอล์ที่เหมือนหรือคล้ายกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาทำการโฆษณาประชาสัมพันธ์ ให้กับคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ผลกระทบการการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ออนไลน์ เป็นต้น และ (6) เกิดนวัตกรรมใหม่ ที่มีศักยภาพในการดำเนินการวิจัยด้านแอลกอฮอล์

3. การพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ สนับสนุนภาคีสถาบันงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า/สคล. ระดับภาค/สคล. ระดับจังหวัด รวมทั้งเครือข่ายภาคประชาสังคมควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อดำเนินกิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายต่าง ๆ บรรลุเป้าหมายได้ เครือข่ายทำให้การดำเนินกิจกรรมเข้าถึงมวลชนได้ ในกลไกนี้ สสส. สนับสนุนให้เกิดการสร้างเครือข่ายต่าง ๆ เช่น เครือข่ายคนหัวใจหิน (คนงดเหล้าครบพรรษา) และคนเลิกเหล้าตลอดชีวิต (คนหัวใจเพชร) เพื่อให้มีบทบาทเป็นคนเลิกเหล้าในองค์กร ชวนคนเลิกเหล้าในองค์กรต่าง ๆ เช่น โรงเรียน โรงงาน หน่วยงานราชการ สถานประกอบการต่าง ๆ ต่อเนื่องและเป็นกลไกสำคัญในการรณรงค์งดเหล้าตามเทศกาล งานบุญประเพณีต่าง ๆ ผลการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้ (1) จัดสภาพแวดล้อมระดับชุมชนหมู่บ้านที่เอื้อต่อการลดละเลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเกิดชุมชนคนสู้เหล้า 430 แห่ง มีมาตรการชุมชนไม่ซื้อ ไม่ขาย ไม่ดื่ม ไม่เลี้ยงแอลกอฮอล์ในชุมชน ประชาคมงดเหล้าระดับจังหวัด แกนนำชุมชนระดับหมู่บ้านและตำบล ชมรมคนหัวใจเพชร ชวน ช่วย เชียร์ เลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีสมาชิก 10,000 คน (2) เกิดพื้นที่ต้นแบบการจัดงานปลอดเหล้า ได้แก่ งานบุญบั้งไฟปลอดเหล้า ปลอดภัย ปลอดพนัน 36 แห่ง งานประเพณีลอยกระทงปลอดเหล้า ปลอดภัย 99 แห่ง งานแข่งเรือยาวประเพณีปลอดเหล้า ปลอดการพนัน 76 แห่ง และสนามแข่งเรือปลอดเหล้า 12 แห่ง ตัวอย่างงาน/พื้นที่รูปธรรม เช่น งานลอยกระทงสาย จังหวัดตาก งานประเพณีเผาเทียนเล่นไฟจังหวัดสุโขทัย งานช้างและงานกาชาดสุรินทร์ เทศกาลกินปลาทุและของดีเมืองสมุทรสงคราม งานแข่งเรือปลอดเหล้าเบียร์จังหวัดน่าน งานบุญบั้งไฟทะเลล้านปลอดเหล้าบ้านกุดหว้า จังหวัดกาฬสินธุ์ งานเทศกาลอาหารสองทะเลจังหวัดสงขลา งานสงกรานต์ถนนข้าวเหนียวจังหวัดขอนแก่น และ 60 พื้นที่เล่นน้ำตระกูลข้าวปลอดเหล้าปลอดภัย เป็นต้น สร้างพื้นที่แสดงออกให้กับเยาวชนเพื่อป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ ผ่านกิจกรรมกีฬา และดนตรี เช่น โครงการแข่งขันกีฬาฟุตบอลเยาวชน SDN FUSAL NO-L CUP รุ่นเยาวชนชายอายุไม่เกิน 15 ปี ชิงแชมป์ระดับประเทศ โดยร่วมมือกับ Thai PBS โครงการ Stop Drink Music Award ประกวดวงดนตรีอายุไม่เกิน 22 ปี และคอนเสิร์ตโคตรอินดี้ ไม่สูบ ไม่ดื่ม ไม่เสพ เพื่อเป็นตัวอย่างแก่เทศกาลดนตรีอื่น ๆ เพื่อสร้างค่านิยม “สนุกได้ ไร้อัลกอฮอล์” (3) ชูความรู้ปลูกพลังบวก สร้างภูมิคุ้มกันปัจจัยเสี่ยงเหล้าบุหรี และ (4) โรงเรียนต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงโดยใช้หลักคำฟอสอน จำนวน 12 แห่ง และชุดความรู้อบรมครู เป็นต้น

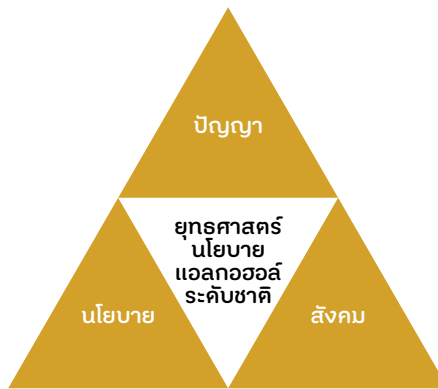


4. การพัฒนารูปแบบและระบบบริการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งทำให้ผู้ติดเหล้าสามารถลดและเลิกการดื่มเหล้าได้ สสส. ได้พัฒนารูปแบบระบบการบำบัดและส่งเสริมให้ชัดเจน มีประสิทธิภาพ และเพิ่มการเข้าถึงบริการช่วยเลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ และ สสส. ยังสนับสนุนให้เกิดการเลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน นอกจากนี้ สสส. สนับสนุนองค์ความรู้และพัฒนาเครื่องมือการให้คำปรึกษา การคัดกรองการรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ผลการดำเนินงานสำคัญ ดังนี้ (1) สนับสนุนแผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.) จนเกิดคู่มือและแนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (2) สนับสนุนศูนย์ปรึกษาปัญหาการเลิกสูบบุหรี่และการเสพติด (1413 สายด่วนเลิกสูบบุหรี่และการเสพติด) (3) สนับสนุน HITAP เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา และ (4) การขับเคลื่อนการดูแลผู้มีปัญหาสูบบุหรี่ในชุมชนโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน
5. การสนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด สสส. สนับสนุนศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมูลนิธิศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ ผลการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้ (1) นำข้อมูลผลวิจัยมาจัดทำสื่อความรู้ในช่วงเปลี่ยนผ่านการศึกษาไปใช้ประโยชน์ เพื่อสร้างความเข้าใจให้กับสังคมประชาชน (2) นำข้อมูลผลการวิจัยมาจัดทำสื่อความรู้ บทความ หลักฐานวิชาการ ของผลกระทบต่อยาเสพติดชนิดต่าง ๆ เช่น กระท่อม ไอซ์ สื่อสื่อสารความรู้ ผลกระทบให้กับสังคม (3) เกิดการทำร่วมกับภาคีเครือข่ายด้านนโยบาย เช่น สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา องค์การอนามัยโลก (WHO) เป็นต้น และ (4) เกิดนักวิจัยใหม่ที่มีศักยภาพในการพัฒนางานวิจัยด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติดทั้งในระดับประเทศ และระดับชุมชน

### 3. กรอบแนวคิดการดำเนินงาน

#### 1. โครงสร้างและกลไกการทำงานของแผน

แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดใช้กระบวนการสนับสนุนและเชื่อมประสานการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ให้เชื่อมโยงและหนุนเสริมการดำเนินงานในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้ยุทธศาสตร์ “ไตรพลัง” คือ 1) พัฒนานโยบายและการบังคับใช้กฎหมาย 2) พัฒนาการวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร และ 3) พัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ โดยมีความเชื่อมโยงกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปีของ สสส. ที่ว่าการบริโภคสุราและสิ่งเสพติดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการตายก่อนวัยอันควร ทั้งจากอุบัติเหตุ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และยังสามารถก่อให้เกิดการบาดเจ็บ พิการ หรือปัญหาสุขภาพจิตตามมา ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพและการดำเนินชีวิต ซึ่งไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้บริโภครูราและสิ่งเสพติดเท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวในปัญหาความรุนแรง ผลกระทบต่อสาธารณสุขที่ทำให้ประเทศเกิดปัญหาการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ ประสิทธิภาพของแรงงาน และต้นทุนในการรักษาและบำบัดผู้ติดสุราและสิ่งเสพติด ซึ่งล้วนส่งผลต่อพัฒนาการเศรษฐกิจของประเทศทั้งสิ้น



พลังสังคม	พลังวิชาการ	พลังนโยบาย
<p><b>บทบาท</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>เชื่อมประสาน หนุนเสริมศักยภาพ ภาคี เครือข่าย เครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบ</li> <li>สื่อสาร สร้างความตระหนัก สร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่</li> <li>พัฒนานวัตกรรม ขับเคลื่อนงาน เสริมกลไกการจัดการส่วนกลางและพื้นที่</li> <li>ขยายชุมชน สถานศึกษา สถานประกอบการ ควบคุมชุมชนออนไลน์</li> <li>บูรณาการการทำงานทั้งเชิงประเด็น เชิงพื้นที่ เชิงกลุ่มเป้าหมาย และเชื่อม ประสานหนุนเสริมหน่วยงานรัฐ</li> <li>สร้างกิจกรรม พื้นที่สร้างสรรค์ พื้นที่ ทางเลือกเชิงบวก พื้นที่ปลอดภัย</li> </ul> <p><b>ภาคีหลัก</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า</li> <li>มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล</li> <li>ศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและ สารเสพติด (1413)</li> <li>เครือข่ายภาคีรณรงค์</li> </ul>	<p><b>บทบาท</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ศึกษาวิจัย พัฒนาวិชาการเพื่อหนุน นโยบาย กฎหมาย มาตรการ แนวปฏิบัติ ตลอดจนสนับสนุนการสร้าง ความตระหนัก/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</li> <li>ขยายและเสริมศักยภาพภาคีเครือข่าย</li> <li>สนับสนุนวิชาการ วิจัย ประเมินผล เพื่อขับเคลื่อนกลไกการจัดการป้องกัน แก้ไขปัญหาทั้งส่วนกลางและพื้นที่</li> </ul> <p><b>ภาคีหลัก</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)</li> <li>ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.)</li> <li>ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่</li> </ul>	<p><b>บทบาท</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>พัฒนานโยบาย มาตรการ กฎหมาย เพื่อควบคุมการเข้าถึง โดยเฉพาะ กลุ่มเปราะบาง การควบคุมจุดจำหน่าย มาตรการทางภาษี เพ้าะวังการโฆษณา และส่งเสริมการขาย มาตรการควบคุม พฤติกรรม ดื่มแล้วขับ</li> <li>บังคับใช้และเพ้าะวังการละเมิดกฎหมาย และสร้างการมีส่วนร่วมภาคประชาชน</li> <li>พัฒนาคุณภาพมาตรฐานระบบบำบัดรักษา และสร้างการมีส่วนร่วม</li> <li>เชื่อมประสานหน่วยงานภาครัฐที่ เกี่ยวข้องเพื่อร่วมดำเนินการ</li> <li>กำกับติดตาม ประเมินประสิทธิภาพนโยบาย มาตรการ และการดำเนินการ</li> </ul> <p><b>ภาคีหลัก</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>คณะกรรมการควบคุมการบริโภค แอลกอฮอล์แห่งชาติ</li> <li>สำนักงานคณะกรรมการควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง</li> <li>หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับ การเพ้าะวังป้องกันและการบังคับใช้ กฎหมาย</li> <li>หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับ การบำบัดรักษา</li> </ul>

## 2. ยุทธศาสตร์แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570)

แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด มีการกำหนดกรอบการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ทั้งหมด 4 ประเด็น ดังนี้ (1) การควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดและมาตรการทางภาษี (2) ความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย (3) การลดอันตรายจาก สิ่งเสพติด (harm reduction) (4) ศักยภาพของภาคีเครือข่ายระดับส่วนกลาง ภูมิภาค ท้องที่ และท้องถิ่น ในการจัดการป้องกันแก้ไขปัญหา

สรุปเป็นกรอบแนวคิดการดำเนินงานของแผน ดังต่อไปนี้

เป้าหมาย:  
ลดอัตราการบริโภคสุราและสิ่งเสพติด

<b>ผลลัพธ์</b>	การป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ และการลดนักดื่มแบบอันตราย (Harmful Drinking)/ผู้ติดสารเสพติด		การสร้างบรรทัดฐานทางสังคม และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย		
<b>ยุทธศาสตร์ การดำเนินงาน</b>	การควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และมาตรการด้านภาษี	ความรู้รอบรู้ทางสุขภาพ ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด ที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย	การลดอันตรายจากสิ่งเสพติด (Harm Reduction)	ศักยภาพของภาคีเครือข่าย ระดับส่วนกลาง ภูมิภาค ท้องถิ่น และท้องถิ่น ในการจัดการป้องกัน แก้ไขปัญหา	
<b>ยุทธศาสตร์เฝ้าระวัง (พลังนโยบาย พลังปัญญา และพลังสังคม)</b>					
<b>มาตรการ/กิจกรรม</b>	ควบคุมการเข้าถึงทางเศรษฐกิจและทางกายภาพ	ปรับเปลี่ยนค่านิยมและลดแรงสนับสนุนในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สิ่งเสพติด	ลดอันตรายจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สิ่งเสพติด	การจัดการปัญหาในระดับพื้นที่	การพัฒนากลไกการจัดการและสนับสนุนที่เข้มแข็ง
<b>โครงสร้างแผน และกลไกสนับสนุน</b>	นโยบาย และการบังคับใช้กฎหมาย		วิชาการ และระบบข้อมูลข่าวสาร	เครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์	ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด
	การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และภาคีเครือข่าย		การสนับสนุนโครงการ	การกำกับ ติดตาม และประเมินผล	ระบบงานดิจิทัล-ไอที
<b>ภาคีหลัก</b>	<b>ภาคินโยบาย</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>คณะกรรมการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์แห่งชาติ</li> <li>สำนักงานคณะกรรมการควบคุมแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และบังคับใช้กฎหมาย และการบำบัดรักษา</li> </ul>	<b>ภาคีวิชาการ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ ม.สงขลานครินทร์</li> <li>มูลนิธิเพื่อการพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ (HIPP)</li> <li>สถาบันการศึกษา/หน่วยงานที่มีบุคลากร นักวิชาการ นักวิจัย</li> </ul>	<b>ภาคีภาคประชาสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า</li> <li>มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล</li> <li>ศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุรา และการเสพติด ๗1413</li> <li>เครือข่ายภาคีรณรงค์ ฯลฯ</li> </ul>	<b>ภาคีอาสาสมัคร</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศท.) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</li> <li>ศูนย์วิชาการสารเสพติด ภาคเหนือ ม.เชียงใหม่</li> <li>สำนักงาน ปปส. ฯลฯ</li> </ul>	

#### 4. นิยามเชิงปฏิบัติการ

**นักดื่มในปัจจุบัน (current drinker)** ซึ่งหมายถึงผู้ที่ดื่มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

**นักดื่มประจำ** หมายถึง ผู้ที่เคยดื่ม หรือบริโภคสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำทุกวัน เกือบทุกวัน วันเว้นวัน หรือทุกสัปดาห์

**นักดื่มเป็นครั้งคราว** หมายถึง ผู้ที่ไม่ได้ดื่มเป็นประจำในทศวรรษสัปดาห์ ดื่มตามโอกาสสำคัญ เช่น เทศกาลต่าง ๆ และวันสำคัญของตนเองและครอบครัว

**นักดื่มแบบอันตราย (harmful drinker)** หมายถึง ผู้ที่ดื่มมากกว่าตั้งแต่ 5 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไปและดื่มวันละมากกว่า 5 ดื่มมาตรฐาน

**ผู้ติดสิ่งเสพติด** หมายถึง เสพสิ่งเสพติด/เล่นการพนัน ถึงขั้นที่ก่อให้เกิดปัญหาในชีวิต

#### จุดเน้นของแผน

แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด มีจุดเน้นทั้งสิ้น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะ และการบังคับใช้กฎหมาย 2) ด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร 3) ด้านการพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ และ 4) ด้านการสนับสนุนป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ซึ่งครอบคลุมมาตรการ/กิจกรรมตามห่วงโซ่ผลลัพธ์ของการลดอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด (CoO2) โดยจุดเน้นแต่ละด้านมีรายละเอียด ดังนี้

## ด้านการพัฒนาโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย

1. สนับสนุนให้หน่วยงานต่าง ๆ ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 พ.ศ. 2564-2570
2. สนับสนุนให้เกิดการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตาม พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ให้มีความเหมาะสมกับสภาพการณ์ในปัจจุบัน โดยรักษาไว้ซึ่งเจตนารมณ์ของกฎหมายในการคุ้มครองประชาชนจากผลกระทบของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเท่าทันต่อกลยุทธ์ทางการตลาดและการสื่อสารที่เปลี่ยนแปลงไป โดยความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ ทุกภาคส่วน และทุกระดับ (ระดับพื้นที่และระดับชาติ) เช่น
  - มาตรการ หลักเกณฑ์ การห้ามโฆษณาผ่านโซเชียลมีเดีย สื่อออนไลน์รูปแบบต่าง ๆ และกิจกรรมส่งเสริมการขายทุกรูปแบบ
  - มาตรการจำกัดจำนวนใบอนุญาต/เพิ่มค่าธรรมเนียม กำหนดหลักเกณฑ์ในการขอ/ต่อใบอนุญาต และอัตราโทษ และการควบคุมจุดจำหน่าย
  - มาตรการการป้องกันการแทรกแซงนโยบายแอลกอฮอล์จากการค้าเสรี
  - มาตรการภาษีและราคา เพื่อลดการเข้าถึงและลดการเอาเปรียบผู้บริโภค
  - มาตรการกำหนดพื้นที่ห้ามขาย-ห้ามดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การกำหนดโซนนิ่ง/พื้นที่ปลอดภัย
3. สนับสนุนให้เกิดการสร้างกลไกการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับจังหวัด โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคม เพื่อเป็นการจัดการปัญหาภายในพื้นที่ เช่น การสนับสนุนการออกนโยบายระดับชุมชน พื้นที่/จังหวัด และท้องถิ่น เพื่อเป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนให้เกิดผลเชิงระบบ รวมถึงการสนับสนุนให้ใช้สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัดมาเป็นข้อมูลสำคัญในการจัดทำแผนปฏิบัติการระดับจังหวัดต่อไป
4. สนับสนุนการเพิ่มการเข้าถึงบริการช่วยเหลือการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ ทั้งการสนับสนุนให้ระบบการบำบัดผู้ติดสุรามีประสิทธิภาพ ตลอดจนการสนับสนุนการเพิ่มยาเพื่อใช้บำบัดผู้ติดสุราในบัญชียาหลักแห่งชาติ และสิทธิในการเบิกจ่ายสำหรับผู้เข้ารับการบำบัดรักษาการติดสุรา
5. สนับสนุนการป้องกันการแทรกแซงนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ รวมทั้งป้องกันผลกระทบของการค้าเสรีต่อพื้นที่นโยบายแอลกอฮอล์ของประเทศ
6. เพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังของภาคประชาสังคม และการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของภาครัฐ โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของทั้งสองฝ่าย โดยเฉพาะมาตรการการควบคุมและจำกัดการเข้าถึง การควบคุมพฤติกรรมหลังการดื่ม การควบคุมการโฆษณาส่งเสริมการขาย การขึ้นราคาผ่านระบบภาษี มีการทบทวนถอดบทเรียน และพัฒนามาตรฐานเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย และการตรวจเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย/เรื่องร้องเรียน เป็นต้น ตลอดจนการเฝ้าระวังการเจรจาการค้าเสรี เช่น ข้อตกลงความเข้าใจและความคืบหน้าเพื่อหุ้นส่วนข้ามแปซิฟิก (CPTPP) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของนโยบายการควบคุมแอลกอฮอล์ในระยะยาว
7. เสริมสร้างความเข้าใจในข้อกฎหมายแก่บุคลากรของรัฐ ได้แก่ ผู้พิพากษา อัยการ พนักงานสอบสวน และหนุนเสริมบทบาทของพนักงานเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมไปถึงหน่วยงานอื่น

เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อปท. ผู้อำนวยการสถานศึกษา ฯลฯ ซึ่งได้รับมอบหมายให้เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ และลดข้อจำกัดต่าง ๆ ในการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ เช่น การมีบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ งบประมาณในการดำเนินงาน เป็นต้น

8. ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สภากรุงเทพมหานคร องค์กรต่าง ๆ อาทิสถานประกอบการ สถานศึกษา เพื่อพัฒนานโยบาย มาตรการ กฎ กติกา ข้อตกลงร่วมในระดับพื้นที่/ชุมชน มาตรการองค์กร/สถานศึกษา เพื่อป้องกันควบคุมการเข้าถึงของกลุ่มเปราะบาง การกำหนดโซนนิ่ง/พื้นที่ปลอดภัย พื้นที่ห้ามขาย-ห้ามดื่ม ตลอดจนการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดภัย
9. ประสานความร่วมมือสนับสนุนองค์การอนามัยโลกเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Framework Convention on Alcohol Control: FCAC) เพื่อสนับสนุนให้นโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของไทยเข้มแข็งยิ่งขึ้น ส่งผลต่อการปกป้องสุขภาพคนไทย เพื่อลดความสูญเสียทั้งทางสังคมและทางเศรษฐกิจของประเทศ

### ด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร

1. สนับสนุนการจัดการข้อมูลทางวิชาการ เพื่อสร้างองค์ความรู้ในด้านผลกระทบจากมาตรการและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับปัญหาอันเกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
2. พัฒนางานวิจัย งานวิชาการ รวมถึงองค์ความรู้ที่จำเป็นและมีผลต่อการดำเนินงานขับเคลื่อนเชิงนโยบาย (evidence-based policy) และการขับเคลื่อนของภาคีเครือข่ายรณรงค์ ด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปสื่อสารเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนค่านิยมของสังคม รวมทั้งสร้างความตระหนักในเรื่องการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 อันมีผลมาจากการลดบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
3. สนับสนุนการเผยแพร่องค์ความรู้ ให้เกิดการสื่อสารเชิงรุกเพื่อสร้างบรรทัดฐานสังคม ชี้ให้เห็นว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสินค้าไม่ธรรมดา (de-normalization) รวมถึงมีการพัฒนาและเผยแพร่งานวิชาการเพื่อการรู้เท่าทันกลยุทธ์ธุรกิจแอลกอฮอล์
4. สนับสนุนการวิจัยเชิงปฏิบัติ การพัฒนานวัตกรรมหรือต้นแบบในการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะการดำเนินงานเพื่อการควบคุมการเข้าถึงกลุ่มเปราะบาง อาทีเด็กเยาวชน ผู้สูงอายุ รวมถึงการบังคับใช้กฎหมาย ในระดับพื้นที่ รวมถึงการถอดบทเรียนกรณีศึกษา หรือพื้นที่ต้นแบบในการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อนำไปสู่การขยายผลเชิงระบบ
5. จัดทำระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อติดตามสถานการณ์การบริโภค ผลกระทบและการดำเนินนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนการจัดทำรายงานสถานการณ์ ผลกระทบและการดำเนินงานนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัด

6. สนับสนุนการประเมินประสิทธิผลของนโยบาย มาตรการและกลไกการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พัฒนารูปแบบและวิธีประเมินผลที่มีประสิทธิภาพโดยเน้นการประเมินทั้ง (1) การประเมินเชิงมาตรการ/นโยบายสาธารณะเพื่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง และ (2) การประเมินเชิงกลยุทธ์การทำงานในระดับพื้นที่/ระดับโครงการที่ส่งผลต่อการลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
7. พัฒนาศักยภาพนักวิจัย นักวิชาการ และนักประเมินผล ให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่
8. พัฒนาเทคโนโลยีสนับสนุนการจัดทำฐานข้อมูลเพื่อสร้างความรอบรู้ ตลอดจนการพัฒนาศูนย์ข้อมูลบนระบบดิจิทัลเพื่อสนองการใช้ประโยชน์ของบุคคล หน่วยงาน/องค์กรต่าง ๆ ให้มากยิ่งขึ้น
9. พัฒนาเชื่อมโยงความร่วมมือทางวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การพัฒนาบุคลากร และการชี้แนะนโยบายทั้งในประเทศและระดับสากลกับองค์กรวิชาการสากล เชื่อมการทำงานด้านยุทธศาสตร์โลกในการลดอันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนประสานสนับสนุนให้มีเวทีในระดับสากลทั้งด้านนโยบาย วิชาการ กลยุทธ์ธุรกิจแอลกอฮอล์
10. สนับสนุนองค์ความรู้และพัฒนาเครื่องมือการให้คำปรึกษา การคัดกรอง การรักษาผู้มีปัญหาจิตเวช/ผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง
11. สนับสนุนการบูรณาการการศึกษาวิจัยและการจัดการความรู้ด้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ยาสูบ สิ่งเสพติด อุบัติเหตุทางถนน อาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพอื่น ๆ รวมทั้งความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ อาทิ การวิจัย/พัฒนาฐานข้อมูลเพื่อควบคุมพฤติกรรมดื่มแล้วขับ

## ด้านการพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

1. สนับสนุนการรณรงค์ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ และการลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยพัฒนานวัตกรรม เครื่องมือ สื่อ และช่องทางการสื่อสาร ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยง อาทิ กลุ่มเด็กเยาวชน กลุ่มผู้ใช้แรงงาน กลุ่มผู้มีเศรษฐกิจฐานต่ำ กลุ่มผู้หญิง และเชิงพื้นที่/จังหวัดที่มีอัตราการบริโภคสูง ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นต้น
2. สนับสนุนให้เกิดการสื่อสารเชิงรุกเพื่อสร้างบรรทัดฐานสังคมให้เห็นว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสินค้าไม่ธรรมดา (de-normalization) อย่างต่อเนื่อง และการเฝ้าระวังกลยุทธ์ธุรกิจที่ขาดความรับผิดชอบต่อสังคม
3. ขยายการทำงานเพื่อพัฒนาพื้นที่ต้นแบบโดยใช้อำเภอเป็นศูนย์กลาง โดยการเชื่อมประสานหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนในอำเภอ ขับเคลื่อนให้เกิดแกนนำในระดับพื้นที่ ให้เกิดการกำหนดเป้าหมายร่วม พัฒนาแผนปฏิบัติการ ใช้กฎกติกา/มาตรการชุมชนตลอดจนกลไกการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือ หนุนเสริมกระบวนการรณรงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควบคู่กับการติดตามประเมินผลเพื่อนำสู่การปรับและพัฒนาแผนปฏิบัติการในระยะถัดไป เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการทำงาน



4. สนับสนุนให้เกิด “การขยายเครือข่ายนักรณรงค์” ในแต่ละกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง อาทิ เครือข่ายคนเล็กเหล่าตลอดชีวิต (คนหัวใจเพชร) เครือข่ายนายอำเภอ นักรณรงค์ เครือข่ายแกนนำชุมชนต่าง ๆ เครือข่ายผู้นำท้องถิ่นท้องที่ เครือข่ายพระสงฆ์และผู้นำศาสนาต่าง ๆ เครือข่ายสถานประกอบการ เครือข่ายครูที่ไม่มีอบายมุข เครือข่ายเยาวชน ฯลฯ เพื่อเป็นผู้นำในการสื่อสารให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในการลด ละ เลิกพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสนับสนุนนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
5. การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในงานเทศกาลประเพณี โดยการขยายผลการสร้างความตระหนักในคุณค่าของงานประเพณีวัฒนธรรมที่มีความปลอดภัย หนุนให้เกิดบรรทัดฐานทางสังคม (วิถีชุมชน จารีตประเพณี และการบัญญัติกฎหมาย) ที่ไม่พึ่งพาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผ่านการสนับสนุนงานบุญประเพณี งานเทศกาล งานวัฒนธรรม ไร่แอลกอฮอล์ ตลอดจนการขยายสู่แหล่งท่องเที่ยวปลอดภัย โดยสร้างความร่วมมือกับเจ้าภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงมหาดไทย กระทรวงวัฒนธรรม ก่อให้เกิดการกำหนดนโยบายสาธารณะและมาตรการการกำกับดูแลพื้นที่/การจัดงานต่าง ๆ
6. สนับสนุนการทำงานประเพณี งานวัฒนธรรม งานท่องเที่ยวชุมชนวิถีใหม่ (new normal) เพื่อ “พัฒนาโมเดลการจัดงานแบบ SMS (Small Meaning Safety)” ในการจัดงานขนาดเล็ก เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยยังคงสนับสนุนงานประเพณีท่องเที่ยวต้นแบบระดับประเทศ เช่น งานประเพณีสงกรานต์ถนนข้าวเหนียว จังหวัดขอนแก่น งานปีใหม่เมืองของจังหวัดเชียงใหม่ งานลอยกระทงสาย จังหวัดตาก งานเทศกาลกาชาดและงานช้าง จังหวัดสุรินทร์ งานแข่งเรือยาวประเพณีจังหวัดน่าน เป็นต้น
7. สนับสนุนให้เกิดการช่วยเหลือผู้มีปัญหาจิตเวช/ผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกกระบวนการสุขภาพให้กว้างขวางยิ่งขึ้น เช่น กลุ่มช่วยเหลือผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน การขยายเครือข่ายพระและวัดเพื่อช่วยลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนการสนับสนุนให้เกิดระบบการรับ-ส่งต่อผู้เข้ารับการบำบัดระหว่างระบบบริการสุขภาพกับชุมชน และการติดตามผลการบำบัด
8. สนับสนุนการบูรณาการประเด็นปัญหาปัจจัยเสี่ยงจากแอลกอฮอล์ กับปัจจัยเสี่ยงสุขภาพอื่น ๆ รวมทั้งปัจจัยสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม เพื่อพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง โดยเฉพาะการเตรียมพร้อมชุมชนในการพึ่งตนเองในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด ทั้งการจัดการปัญหาการแพร่ระบาด และการช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางในชุมชน โดยความร่วมมือกับหน่วยงานในพื้นที่และทุนในท้องถิ่น
9. สนับสนุนให้เกิดการพัฒนากิจกรรมเชิงบวก “ความสุขทางเลือก” (สุขได้ไร้แอลกอฮอล์) ในงานเทศกาลหรือบุญประเพณี กิจกรรมเยาวชน งานดนตรี กีฬา ศิลปวัฒนธรรม รวมทั้งพื้นที่สร้างสรรค์ในรูปแบบต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ค่านิยมชุมชนสังคม
10. สนับสนุนการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างประเด็นปัจจัยเสี่ยง (ยาสูบ แอลกอฮอล์ สารเสพติด การพนัน อุบัติเหตุทางถนน) ตลอดจนการขยายผลต้นแบบงานต่าง ๆ บูรณาการสู่กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ต่าง ๆ ร่วมกับแผนที่เกี่ยวข้อง อาทิ แผนสุขภาวะชุมชน แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ โดยคำนึงถึงความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพเป็นสำคัญ

## ด้านการสนับสนุนป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

1. สนับสนุนการพัฒนางานวิชาการ งานวิจัย และต่อยอดองค์ความรู้ รวมทั้งเชื่อมโยงประสานภาคีนักวิจัย นักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหารขององค์กรทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมเพื่อการผลักดันนโยบาย การป้องกัน ดูแลและแก้ไขปัญหายาเสพติด (policy-driven research) รวมไปถึงการจัดการข้อมูล ให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายอย่างเท่าเทียมกัน
2. เชื่อมประสานเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและพัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ รวมไปถึง การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนให้มากยิ่งขึ้น โดยการพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมในระดับต่าง ๆ เช่น ในระดับพื้นที่ท้องถิ่น และเครือข่ายภาคประชาชนในการขับเคลื่อนงานป้องกัน ดูแล และแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
3. สนับสนุนให้มีกลไกภาคประชาสังคมในการรณรงค์และสื่อสารสู่สาธารณะ สร้างกระแสสังคมเพื่อสร้างความตระหนักรู้ทันต่อปัญหายาเสพติด และสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ตลอดจนการเพิ่มโอกาสของสังคมในการยอมรับผู้เลิกสารเสพติดดูแลให้กลับไปเสพซ้ำ โดยเน้นการพัฒนาแพลตฟอร์ม (platform) ที่เข้าถึงประชาชนทั้งทางตรงและการสร้างการรับรู้ที่ต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นไปที่ social media platform เป็นหลักตามบริบทสังคมปัจจุบัน

## เป้าหมายการดำเนินงาน

### เป้าหมาย

## ลดอัตราการ การบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์

### ผลลัพธ์

1. อัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ลดลง
2. อัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน อายุ 15-24 ปี ลดลง
3. ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ลิตรของ เอทานอลบริสุทธิ์) ต่อหัวประชากรลดลง
4. สัดส่วนของงานบุญประเพณีระดับจังหวัดเป็นการ จัดงานตามนโยบายปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น (หมายเหตุ: งานบุญประเพณีระดับจังหวัด ได้แก่ งานแข่งเรือ งานสงกรานต์ งานบั้งไฟ และงานกาชาด)
5. ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ (alcohol control literacy) ของเยาวชนเพิ่มขึ้น

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาและสนับสนุนให้เกิดนโยบาย มาตรการ กฎหมาย และกิจกรรมขับเคลื่อนสังคมที่มุ่งควบคุมการเข้าถึงทางเศรษฐศาสตร์และทางกายภาพ
2. เพื่อพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและทักษะส่วนบุคคลด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด (alcohol control and drug protection literacy)
3. เพื่อพัฒนาและสนับสนุนให้เกิดการลดอันตรายจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
4. เพื่อพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายทั้งส่วนกลาง ภูมิภาค ท้องที่และท้องถิ่น ในการจัดการป้องกันแก้ไขปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

## ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์ที่ใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ใช้ยุทธศาสตร์ไตรพลัง ประกอบด้วย พลังนโยบาย พลังปัญญา และพลังสังคม ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) และยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย

1. การส่งเสริมวิชาการและนวัตกรรม เพื่อใช้ประโยชน์ในการผลักดันงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการป้องกันแก้ไขปัญหาสารเสพติด ตลอดจนเพื่อการสนับสนุนงานรณรงค์ การขับเคลื่อนเชิงนโยบายและการติดตามประเมินผล
2. การสานพลังภาคีและเครือข่าย เพื่อสร้างเป้าหมายร่วมในด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด ตลอดจนการเชื่อมร้อยการทำงานเพื่อเสริมพลังซึ่งกันและกัน ได้แก่ พลังนโยบาย พลังปัญญา และพลังสังคม
3. การพัฒนาศักยภาพบุคคล ชุมชน องค์กร ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด เพื่อมุ่งพัฒนานโยบาย มาตรการ ในการป้องกันแก้ไขปัญหาทั้งส่วนกลางและระดับพื้นที่
4. การพัฒนากลไกทางนโยบาย สังคม และสถาบัน เพื่อจัดการและสนับสนุนการดำเนินการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด
5. การสื่อสารสังคม เพื่อสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนการสร้างความตระหนักเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลด ละ เลิก การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด

## กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

สามารถแบ่งกลุ่มเป้าหมายออกเป็น ดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมายตามช่วงวัย ได้แก่ เด็กและเยาวชน (ต่ำกว่า 5 ปี และ 5-17 ปี) วัยผู้ใหญ่ (18-59 ปี) และวัยผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)
2. กลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยง อาทิ กลุ่มเด็กเยาวชน และกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา กลุ่มเป้าหมายตามเพศภาวะหรือเพศวิถี โดยเฉพาะกลุ่มผู้หญิง กลุ่มผู้มีเศรษฐกิจฐานะต่ำ หรือกลุ่มเป้าหมายตามอาชีพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ใช้แรงงาน เป็นต้น
3. กลุ่มเป้าหมายเชิงพื้นที่/จังหวัดที่มีอัตราการบริโภคสูง ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และกลุ่มเป้าหมายตามพื้นที่อยู่อาศัย โดยเฉพาะผู้อาศัยอยู่ในเขตชนบท เป็นต้น

ขอบเขตการดำเนินงาน มุ่งการทำงานใน 2 มิติสำคัญ ประกอบด้วย

1. พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/สารเสพติด/การพนัน ทั้ง การป้องกันนักดื่ม/นักเสพ/นักพนันหน้าใหม่ โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชน และการลดพฤติกรรมนักดื่มแบบอันตราย (harmful drinker) ผู้ติดสารเสพติด และผู้ติดพนัน
2. วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ทั้งการปรับบรรทัดฐานทางสังคม (วิถีชุมชน จารีตประเพณี ข้อบัญญัติ กฎหมาย) และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย

## งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)				
	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสิ่งเสพติด	320.00	330.00	350.00	330.00	330.00



## แผน 3 แผนจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยง ทางสังคม

### สรุปภาพรวมระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570)

#### 1. ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

##### ที่มาและความสำคัญ

แผนการจัดการความปลอดภัยทางถนน มุ่งตอบสนองเป้าประสงค์ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ที่การลดอัตราผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (the Sustainable Development Goals: SDGs) ในเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพ และส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของคนทุกเพศทุกวัย ในตัวชี้วัดที่ 3.6.1 “อัตราผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนลดลงครึ่งหนึ่ง ภายในปี 2573” และสนองต่อกรอบ 12 เป้าหมายโลกสำหรับการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนน (Global Road Safety Performance Target) จากข้อเรียกร้องจากการประชุมสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ ได้มีมติเห็นชอบ 12 เป้าหมายโลกสำหรับการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนน เมื่อวันที่ 22 พฤศจิกายน 2560 ประกอบด้วย แผนปฏิบัติการพหุภาคีด้านความปลอดภัยทางถนน เข้าเป็นภาคีตราสารกฎหมายเกี่ยวกับความปลอดภัยทางถนนที่สำคัญของสหประชาชาติ ถนนสายใหม่ทุกสายต้องผ่านมาตรฐานหรือผ่านการประเมินระดับ 3 ดาวหรือสูงกว่า มากกว่าร้อยละ 75 ของการเดินทางบนถนนสายที่มีอยู่แล้วต้องผ่านมาตรฐาน ยานพาหนะใหม่ (หมายถึงทั้งที่ผลิต ขาย หรือนำเข้า) และยานพาหนะที่ใช้แล้วทุกคันต้องผ่านมาตรฐานความปลอดภัยที่มีคุณภาพสูง ลดสัดส่วนของยานพาหนะที่ซับซ้อนเกินการจำกัดความเร็วที่กำหนด เพิ่มสัดส่วนของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่สวมหมวกนิรภัย การใช้เข็มขัดนิรภัยหรือใช้อุปกรณ์รัดตรึงนิรภัยสำหรับเด็ก ลดจำนวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการตีแมลงกอสอลล์แล้วขับขี่และสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท การใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ขณะขับขี่ ข้อบังคับกำหนดเวลาขับและระยะเวลาหยุดพักสำหรับผู้ประกอบอาชีพขับรถ และการลดระยะเวลาระหว่างการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและการให้การดูแลฉุกเฉิน รวมถึงการสนับสนุนการดำเนินงานตาม **ปฏิญญาสตอกโฮล์ม (Stockholm Declaration)** เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2563 โดยมีมติร่วมกัน 18 ข้อ

แผนการจัดการความปลอดภัยทางถนน ยังดำเนินการสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ อันได้แก่

1. **ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน** เป้าหมายประเทศไทยเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว เศรษฐกิจเติบโตอย่างมีเสถียรภาพและยั่งยืน ประเด็นยุทธศาสตร์ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 โครงสร้างพื้นฐาน เชื่อมโลก เชื่อมไทย
2. **แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็น โครงสร้างพื้นฐาน ระบบโลจิสติกส์ และดิจิทัล** เป้าหมายและตัวชี้วัดของแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (7) ประเด็น โครงสร้างพื้นฐาน ระบบโลจิสติกส์ และดิจิทัล (พ.ศ. 2561-2580) “อัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลงเหลือ 5 คนต่อแสนประชากร ภายในปี 2580”

3. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 พ.ศ. 2566-2570** ให้ความสำคัญกับการลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนน
4. **แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565-2570** กำหนดเป้าหมายลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนนลง 12 คนต่อแสนประชากร ภายในปี 2570 ที่มุ่งเน้นการลดการเสียชีวิตผู้ใช้รถจักรยานยนต์และเยาวชน พัฒนาสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและการเดินทางที่ยั่งยืน พัฒนารากฐานโครงสร้างการทำงาน ควบคู่กับการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
5. **นโยบายของรัฐบาล** ข้อ 5.6 พัฒนาสาธารณูปโภคพื้นฐาน ในข้อ 5.6.1 พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านคมนาคมให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศและสามารถรองรับการขนส่งและการเดินทางต่อเนื่องหลายรูปแบบได้อย่างไร้รอยต่อ และข้อ 5.6.2 แก้ไขปัญหาจราจรติดขัดในพื้นที่เขตเมือง โดยการพัฒนาระบบขนส่งมวลชนสาธารณะที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับศักยภาพของแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะเมืองหลักในภูมิภาค การนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการควบคุม สั่งการจราจรและวางแผนการเดินทาง การกวดขันวินัยจราจร และการจัดระเบียบที่จอดรถ โดยเฉพาะการจัดให้มีที่จอดรถใต้ดินและบนดินเพิ่มเติม ทั้งของภาครัฐและภาคเอกชนพร้อมทั้ง พัฒนาทางเท้า ทางจักรยาน และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ให้สามารถรองรับความต้องการเดินทางเพื่อคนทั้งมวล (universal design) เพื่อให้ประชาชนมีทางเลือกในการเดินทางได้อย่างทั่วถึงและรวดเร็ว

สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ในประเด็นความปลอดภัยทางถนน โดยทิศทางการทำงานของแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) ในระยะนี้ จะมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาคอขวดในผู้ใช้รถจักรยานยนต์ กลุ่มเด็กและเยาวชน และกลุ่มวัยแรงงาน ดำเนินการในพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและเสียชีวิต ลดพฤติกรรมเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ การไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่ การดื่มแล้วขับ และการขับเร็ว และพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีและดิจิทัลรวมถึงการพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายที่จะช่วยเสริมการทำงานให้ได้ผลลัพธ์แบบก้าวกระโดด โดยเสริมพลังองค์กรภาคีเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน ในการขับเคลื่อนการทำงานและบูรณาการร่วมกัน และส่งเสริมให้ระดับพื้นที่และท้องถิ่นชุมชนมีการกำหนดมาตรการในการกำกับดูแลความปลอดภัยทางถนนของประชาชนในพื้นที่เพื่อลดความสูญเสีย และช่วยสนับสนุนการทำงานภาพรวมของประเทศในการลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

### การดำเนินงานที่ผ่านมา

ภาพรวมการขับเคลื่อนการทำงานที่ผ่านมาของแผนการจัดการความปลอดภัยทางถนน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องต่างมีทิศทางการทำงานที่มุ่งเน้นสนับสนุนการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุและลดความสูญเสียในกลุ่มเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ กลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ และกลุ่มเยาวชน โดยเน้นที่การแก้ไขพฤติกรรมเสี่ยงสำคัญหลักอันได้แก่ ดื่มแล้วขับ ขับเร็ว ไม่สวมหมวกนิรภัย โดยมุ่งหวนวัตรกรรมการทำงาน เทคโนโลยีและดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานลดช่องว่างของการทำงาน และยกระดับและขยายผลการดำเนินงาน รวมถึงการสนับสนุนให้กลไกการทำงานของหน่วยงานหลักสำคัญ คือ ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนในทุกระดับทั้ง ระดับชาติ-ระดับจังหวัด-ระดับอำเภอ-ระดับท้องถิ่น ดำเนินการไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติการสนับสนุนต้นแบบการทำงาน องค์กรความรู้ นักวิชาการ และการเชื่อมประสานเพื่อให้เกิดการทำงานได้อย่างราบรื่นในระดับต่าง ๆ และมีความพยายามในสร้างความร่วมทางวิชาการเพื่อหนุนเสริมการทำงานร่วมกับกองทุนต่าง ๆ เช่น กองทุน กปถ. วช. สกสว. เป็นต้น ที่มุ่งเสริมพลังทางวิชาการเพื่อแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนที่เน้นกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์และกลุ่มเด็กและเยาวชน



## สถานการณ์และแนวโน้มที่เกี่ยวข้อง

อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในภาพรวมของประเทศลดลงเหลือเพียง 25.92-27.20 คนต่อแสนประชากร มาตรการต่าง ๆ โดยเฉพาะมาตรการ “ปิดเมือง” (lockdown) ที่ภาครัฐได้ประกาศออกมาในสภาวะฉุกเฉิน เพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ตั้งแต่ต้นปี 2563 เป็นต้นมา เหมือนจะเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งผลทางอ้อมทำให้สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยมีแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะตัวเลขจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในภาพรวมจากการบูรณาการข้อมูล 3 ฐาน ลดลงเหลือเพียง 17,000 รายต่อปี ในขณะที่สถานการณ์ความเสี่ยงในระดับพื้นที่ก็มีแนวโน้มเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นการขอความร่วมมือจากหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ให้พนักงาน อยู่บ้านทำงาน แทนการเข้าสำนักงาน การจำกัดการเดินทางในพื้นที่ (จังหวัด) ที่มีความเสี่ยงของการแพร่ระบาดสูง การจำกัดเวลาการเดินทางในช่วงเวลากลางคืน เป็นต้น ซึ่งส่งผลทำให้ประชาชนมีการใช้รถใช้ถนนลดลงอย่างเห็นได้ชัด ส่งผลทำให้จำนวนประชากรเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุทางถนนลดน้อยลงตาม รวมไปถึง มาตรการปิดสถานบันเทิง การงดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในร้านอาหารทั่วประเทศ ก็ถือเป็นแนวทางที่ลดจำนวนผู้ขับขี่ที่ดื่มแล้วขับซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญประการหนึ่งของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน มาตรการต่าง ๆ เหล่านี้จึงทำให้ตัวเลขผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยตัวเลขผู้เสียชีวิตจากการบูรณาการข้อมูล 3 ฐาน (ตำรวจ สาธารณสุข และประกันภัย) ในช่วงปี 2563-2564 ลดลงเหลือเพียง 17,000 ราย โดยประมาณ ซึ่งก่อนหน้านี้จะมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (ปี 2561-2562) ตัวเลขจะอยู่ที่ประมาณ 20,000 รายต่อปี กล่าวอีกนัย อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในภาพรวมของประเทศลดลงจาก 30.36-30.47 เหลือเพียง 25.92-27.20 คนต่อแสนประชากร แต่ก็ยังคงไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดเอาไว้ที่ 18 คนต่อแสนประชากร เมื่อสิ้นสุดแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2561-2564 เช่นเดียวกันกับสถานการณ์ความเสี่ยงในระดับพื้นที่ (ระดับจังหวัด) ก่อน (ปี 2561-2562) และหลัง (ปี 2563-2564) บ่งชี้ว่ามาตรการเหล่านั้น ทำให้เกือบทุกจังหวัดมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง ยกเว้นบางจังหวัดที่ตัวเลขนี้ยังสูงกว่า 50 ต่อแสนประชากร ได้แก่ จังหวัดระยอง

แม้ภาพรวมอุบัติเหตุทางถนนได้ลดลง แต่ “รถจักรยานยนต์” ยังคงเป็นยานพาหนะกลุ่มเสี่ยงหลักของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เช่นเดียวกับกับ “กลุ่มเยาวชน (15-24 ปี) และกลุ่มคนวัยทำงาน (25-49 ปี)” ที่ยังคงเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มช่วงอายุอื่น ๆ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ “กลุ่มผู้สูงอายุ” ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ถือเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงอีกกลุ่มที่น่าจะต้องจับตามองและมีการเฝ้าระวังอย่างเป็นพิเศษ เนื่องจากแนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดช่วง 5 ปี ที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม แม้ว่าสถานการณ์การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในภาพรวมของประเทศมีแนวโน้มไปในทิศทางที่ดีขึ้น แต่ยอดตัวเลขผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในปัจจุบันก็ยังคงถือว่าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ดังนั้น การกำหนดแผนหรือมาตรการต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ รวมถึงการจัดการในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงนั้นถือว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งในการลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งเอาไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ปกติที่ไม่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และยังรวมไปถึงความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในระดับโลกและประเทศที่เกิดขึ้นที่จะส่งผลกระทบต่อและมีความสัมพันธ์สูงกับการขับเคลื่อนการสร้างความปลอดภัยทางถนน ที่จะเป็ปัจจัยหลักที่จะนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการทำงานให้รอบด้านเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน และช่วยลดความสูญเสียทั้งชีวิตทรัพย์สินของประชาชนไทยและช่วยเหลือประเทศในการลดภาระด้านสาธารณสุขที่ต้องดูแลชุดเหยี่ยวยาต่อไป

รถจักรยานยนต์ ถือเป็นยานพาหนะหลักที่คนไทยเลือกใช้สูงสุ่มากกว่า 20 ล้านคัน ซึ่งสาเหตุสำคัญหนึ่งของการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ คือ เมื่อเกิดอุบัติเหตุแล้วทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะนำไปสู่การเสียชีวิตหรือความพิการในเวลาต่อมา ดังนั้น การสวมหมวกนิรภัยจึงเป็นสิ่งที่ป้องกันไม่ให้เกิดการบาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิต แต่จากการสำรวจการส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยทั้งผู้ขับขี่และผู้โดยสาร ยังพบอัตราเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณร้อยละ 46 ซึ่งในประเทศไทยหลายภาคส่วนรวมถึง สสส. มีความพยายามอย่างสูงที่จะเร่งส่งเสริมให้เกิดการสวมหมวกนิรภัย แต่จากการสำรวจ ประชาชนมองเป็นเรื่องของปัจเจก ยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการสวมหมวก แม้มีกฎหมายบังคับใช้แต่เจ้าหน้าที่ตำรวจก็ไม่มีเพียงพอที่จะบังคับใช้กฎหมายกับผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์กว่า 20 ล้านคันได้ และบังคับใช้กฎหมายได้ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งมีทั้งแรงต้านจากสังคม ชุมชน ตำรวจใกล้ชิดกับชุมชน ร้านค้า บางครั้งเป็นเครือข่ายทำให้ทำงานได้ค่อนข้างยากในระดับพื้นที่ และปัจจุบันมีแรงต้านสูงจากสังคมออนไลน์ ที่เฝ้าระวังการบังคับใช้กฎหมายของตำรวจจราจร แม้จะพยายามอธิบายและชี้แจงว่าดำเนินการเพื่อความปลอดภัยของประชาชนคนไทย แต่ สสส. และภาคีเครือข่ายก็พยายามที่จะพัฒนาระบบและเทคโนโลยีเพื่อนำมาหนุนเสริมการสวมหมวกนิรภัย และสนับสนุนส่งเสริมให้องค์กร สถานประกอบการ ท้องถิ่น-ชุมชน มีมาตรการของตนเองที่จะดูแลความปลอดภัยของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ รวมไปถึงยังต้องเร่งส่งเสริมให้เกิดวินัยจราจร และการมีวัฒนธรรมการขับขี่ปลอดภัยให้เกิดขึ้นในสังคม ซึ่งเป็นประเด็นที่ท้าทายการทำงานและจะต้องดำเนินการแบบบูรณาการกับทุกภาคส่วน อย่างไรก็ตาม ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่กระตุ้นให้เกิดอุบัติเหตุในรถจักรยานยนต์มากขึ้นนั้นเกิดจากความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการขนส่งสาธารณะ โดยรถโดยสารประจำทาง และระบบขนส่งมวลชนราง โดยเฉพาะในต่างจังหวัดที่มีทางเลือกการเดินทางที่น้อยกว่า ไม่ครอบคลุม ต้นทุนในการเดินทางที่แพงกว่า และไม่สะดวกสบาย<sup>21</sup> ทำให้ประชาชนหันมาซื้อรถจักรยานยนต์เพื่อเดินทางมากขึ้น

### ภาพกรอบแนวคิดการดำเนินงานของแผนการจัดการความปลอดภัยทางถนน (Conceptual Framework)

การดำเนินงานภายใต้แผนการจัดการความปลอดภัยทางถนนมุ่งสนับสนุนการลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน โดยร่วมกับภาคีเครือข่ายหลากหลายภาคส่วน ที่เน้นผลลัพธ์สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงสำคัญลดลงและเพิ่มพฤติกรรมความปลอดภัย สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน และรถจักรยานยนต์ปลอดภัย โดยใช้ยุทธศาสตร์ไตรพลังในการขับเคลื่อนงานที่หนุนเสริมการทำงานร่วมกันทั้งพลังปัญญา พลังสังคม และพลังนโยบาย โดยมุ่งส่งเสริมให้เกิดมาตรการและการดำเนินงานใน 4 ด้าน คือ 1) พัฒนานโยบายสาธารณะ มาตรการและกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในทุกระดับ มีประสิทธิภาพ และมีการรายงานผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ 2) การจัดการความเสี่ยงสำคัญ พื้นที่เสี่ยง กลุ่มเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยง 3) เสริมสร้างทัศนคติ ความรอบรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของประชาชนและสังคม ที่เอื้อต่อความปลอดภัย และการมีวิถีและวัฒนธรรมความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน และ 4) พัฒนาระบบข้อมูล องค์กรความรู้ สารสนเทศ และเทคโนโลยีสนับสนุนที่เข้าถึงง่ายและนำไปใช้ในได้อย่างมีประสิทธิภาพ

21 ภาณุพงศ์ รัชกร และ ปธานัน บุตตะมาศ. (2563). “การศึกษาความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงระบบขนส่งสาธารณะในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล”. *Journal of Transportation and Logistics*, No.13 Vol.1. เข้าถึงได้จาก <http://www.cutii.chula.ac.th/twvroot/journals/2021/p2.pdf>

เป้าหมาย:  
ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน

<b>ผลลัพธ์</b>	พฤติกรรมเสี่ยงสำคัญลดลง และพฤติกรรมความปลอดภัยเพิ่มขึ้น		สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน		รถจักรยานยนต์ปลอดภัย	
<b>กรอบ ยุทธศาสตร์ชาติ/ UN</b>	การบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน	ถนนและการสัญจรอย่างปลอดภัย	ยานพาหนะปลอดภัย	ผู้ใช้รถใช้ถนนอย่างปลอดภัย	การตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุ	
<b>กรอบ 12 เป้าหมายโลกด้านความปลอดภัยทางถนน</b>						
<b>มาตรการ/ การดำเนินงาน</b>	<b>ยุทธศาสตร์โครงสร้าง: พลังนโยบาย พลังปัญญา และพลังสังคม</b>					
	พัฒนานโยบายสาธารณะ มาตรการ และกลไกการจัดการความปลอดภัย ทุกระดับ ให้มีประสิทธิภาพ และดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ	การจัดการความเสี่ยงสำคัญ พื้นที่เสี่ยง กลุ่มเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยง	เสริมสร้างทัศนคติ ความรอบรู้ ทักษะและพฤติกรรม ของประชาชนและสังคม ที่เอื้อต่อความปลอดภัย และการมีวิถีและวัฒนธรรม ความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน	พัฒนาระบบข้อมูล องค์ความรู้ สารสนเทศ และ เทคโนโลยีสนับสนุนที่เข้าถึงง่าย และนำไปใช้ในได้อย่างมีประสิทธิภาพ		
<b>โครงสร้าง แผนและกลไกสนับสนุน</b>	การพัฒนาโดยนโยบาย มาตรการ และเป้าหมายร่วม		การพัฒนาข้อมูลสารสนเทศ และจัดการความรู้	การขยายเครือข่ายภาคประชาชน และการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์	การพัฒนาโครงสร้างและ บูรณาการระดับพื้นที่	
	การพัฒนาศักยภาพ บุคลากร และภาคีเครือข่าย		การสนับสนุน โครงการ	การกำกับ ติดตาม และประเมินผล	ระบบงาน ดิจิทัล-ไอที	
<b>ภาคีหลัก</b>	<b>ภาคนโยบาย</b> • ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน/ ปก./ มท. • กรมควบคุมโรค สร./ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ • กรมทางหลวง คค./ หน่วยงานภาคนโยบายอื่นๆ		<b>ภาควิชาการ</b> • ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน/ มูลนิธิไทยโรดส์ • คณะทำงานสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุจากรถระดับจังหวัด • AIT/ เครือข่ายนักวิชาการ		<b>ภาคประชาชน</b> • มูลนิธิเมาไม่ขับ/ เครือข่ายเหยื่อเมาแล้วขับ • เครือข่ายลดอุบัติเหตุ/ เครือข่ายหมอนอนามัย • เครือข่ายสื่อมวลชน/ เครือข่ายเยาวชน/ มทบ.	

2. ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

ที่มาและความสำคัญ ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ แผนเฉพาะในแต่ละด้าน และทิศทาง และเป้าหมาย ระยะ 10 ปี

การดำเนินงานด้านการลดปัญหาจากการพนัน มีความสอดคล้องกับกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนและด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาค และเท่าเทียมกันทางสังคม และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561–2580) ด้านการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต และด้านการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี โดยเฉพาะการสร้างความรู้ด้านสุขภาวะและการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาวะ สามารถดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และสามารถป้องกันและลดโรคที่สามารถป้องกันได้ เกิดเป็นสังคมบ่มเพาะจิตสำนึกการมีสุขภาพดี รวมถึงสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ด้านการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์

รวมทั้งยังมีความสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ที่วิเคราะห์แนวโน้มสถานการณ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและโครงสร้างประชากรที่จะมีส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น การพึ่งพาแรงงานข้ามชาติเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่มีนวัตกรรมเทคโนโลยีใหม่มากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งเชิงบวกและเชิงลบต่อการเสริมสร้างสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิต

ไปสู่สังคมรูปแบบใหม่ new normal การดำเนินชีวิตที่ใช้อินเทอร์เน็ตเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสื่อสาร การปฏิสัมพันธ์ ดำเนินธุรกิจ และกิจกรรมอื่น ๆ นับเป็นภัยคุกคามดิจิทัลในประเด็นการพนันออนไลน์ โดยเฉพาะ กลุ่มเด็กและเยาวชน และที่หลีกเลี่ยงไม่ได้คือผลกระทบและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงจากการแพร่ระบาดของ โรคโควิด-19 ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งมิติด้านเศรษฐกิจ สังคม และวิถีชีวิต

ที่ผ่านมา การศึกษาสถานการณ์ พฤติกรรมและผลกระทบจากการพนัน พบว่า คนไทยส่วนใหญ่เคยสัมผัสกับผู้เล่น หรือเป็นผู้เล่นการพนันเสียเอง ผลการสำรวจสถานการณ์ พฤติกรรม และผลกระทบการพนันในประเทศไทย พ.ศ. 2564 ของศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำรวจประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป พบว่า ในปี 2564 มีค่าประมาณการจำนวนคนไทยที่เล่นพนันอยู่ที่ 32.330 ล้านคน เทียบกับปี 2562 มีจำนวน เพิ่มขึ้น 1.909 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 6.3 จำนวนและสัดส่วนของนักพนันเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุและทุกภาค ของประเทศไทย เมื่อพิจารณาตามเพศและอายุ พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีจำนวนคนที่เล่นพนันใกล้เคียงกัน ชาย 16.028 ล้านคน หญิง 16.302 ล้านคน ขณะที่อายุของผู้เล่นพนันส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มคนวัยทำงาน 30-59 ปี 20.9 ล้านคน ที่สำคัญคือกลุ่มอายุ 15-25 ปี มีจำนวนผู้เล่นพนันถึง 4.326 ล้านคน กลุ่มผู้สูงอายุที่เล่นพนันมีถึง 4.048 ล้านคน นักพนันหน้าใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 6.28 แสนคน ในปี 2560 เป็น 7.20 แสนคน ในปี 2562 และเพิ่มเป็น 7.95 แสนคน ในปี 2564 และร้อยละ 15.1 ของผู้ที่เล่นพนันในปี 2564 ระบุว่าได้รับผลกระทบเชิงลบ จากการพนัน ได้แก่ ขาดเงินใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน มีปัญหาความเครียด/เสียสุขภาพจิต เป็นหนี้จากการเล่นพนัน เสียเวลาทำงาน/การเรียน สุขภาพเสื่อมโทรม มีปากเสียงทะเลาะกับคนในครอบครัว และอื่น ๆ โดยประมาณ 1.127 ล้านคนมีหนี้สินที่เกิดจากการพนันรวมกันประมาณ 15,307 ล้านบาท หรือเฉลี่ยที่คนละ 13,579 บาท<sup>22</sup>

แม้คนส่วนใหญ่จะเล่นพนันเพียงเล็กน้อย ไม่ก่อผลกระทบเชิงลบที่ชัดเจน แต่ก็ปฏิเสธไม่ได้ว่าคนส่วนหนึ่งเล่น การพนันแบบเสพติดหรือยั้งใจไม่ได้ คือ เล่นมาก เล่นบ่อย เล่นต่อเนื่อง เลิกไม่ได้ จนก่อให้เกิดปัญหาต่อการดำเนิน ชีวิต และตามมาด้วยผลกระทบทางสุขภาพจิตและสุขภาพกาย องค์การอนามัยโลก จึงกำหนดให้โรคติดการพนัน (pathological gambling) เป็นโรคทางจิตเวช กลุ่มเดียวกับความผิดปกติเกี่ยวกับจิต พฤติกรรม หรือพัฒนาการ ทางระบบประสาท (mental, behavioral or neurodevelopmental disorders) เช่นเดียวกับโรคติดเกม<sup>23</sup>

รายงานการสำรวจสถานการณ์การพนันของศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ยังแสดงให้เห็นว่าการพนันในบ่อนมีส่วนก่อให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และเป็นคลัสเตอร์สำคัญที่ต้อง มีการเฝ้าระวัง และที่สำคัญคือ ผลของการลือคดวุ่นที่ผ่านมาเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ประชาชนหันมาเล่นพนันออนไลน์ มากขึ้น เพราะเป็นรูปแบบการพนันที่เข้าถึงง่ายและควบคุมได้ยาก เช่นเดียวกับการพนันฟุตบอล บ่อนพนันในชุมชน และบ่อนวังที่เป็นบ่อนพนันเคลื่อนที่ สามารถหลีกเลี่ยงกฎหมายและอยู่เหนือการควบคุม นอกจากนี้ การพนัน ในเทศกาลงานบุญประเพณีต่าง ๆ ก็ยังคงพบเห็นได้ทั่วไป<sup>24</sup> สอดคล้องกับผลการระดมความคิดเห็นจาก ภาคีเครือข่ายที่ระบุว่า ยังพบเห็นการเล่นพนันของคนในชุมชนในงานประเพณีต่าง ๆ เช่น งานศพ งานบุญ งานบวช

22 ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน. (2564). “สถานการณ์การพนันในสังคมไทย ปี 2564”.

23 โสศทัตทุย. (2556). “ติดพนันคือโรคจิตรักษาได้”. เว็บบอร์ดสุขภาพไทย.

เข้าถึงได้จาก [https://www.hiso.or.th/hiso5/healthy/news.php?names=15&news\\_id=4036](https://www.hiso.or.th/hiso5/healthy/news.php?names=15&news_id=4036)

24 เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2564). “ผลสำรวจชี้! โควิดระบาดทำพนันออนไลน์โตพรวดเกิด 100% ระลอกสามทำ 40% เล่นพนันน้อยลง”.

เจาะลึกระบบสุขภาพ. เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org/content/2021/07/22077>

โดยคนในชุมชนหลายคนมีทัศนคติว่า การพนันในงานประเพณีเป็นเรื่องปกติที่ทำสืบทอดกันมา และมองว่าผลกระทบของการพนันเป็นเรื่องไกลตัว

จากผลการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยยังไม่สามารถแก้ปัญหาการพนันได้ ดังนั้นปัญหาการพนันจึงจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน โดยอาศัยการทำงานที่มีประสิทธิภาพผ่านกลไกความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ก็ยังมีความท้าทายใหม่ที่เกิดขึ้น คือ การระบาดของโรคโควิด-19 ที่อาจทำให้การทำงานเพื่อลดปัญหาการพนันมีความยากลำบากมากยิ่งขึ้น

ด้านกฎหมายควบคุมเรื่องการพนันโดยภาพรวมคือ พ.ร.บ. การพนัน พ.ศ.2478 อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย และการพนันสลากที่ขึ้นอยู่กับสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล ภายใต้กฎหมาย 2 ฉบับ ได้แก่ พ.ร.บ. สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล พ.ศ.2517 และ พ.ร.บ. สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ที่มีสาระสำคัญประเด็นเพิ่มเติมบทกำหนดโทษกรณีการเสนอขายหรือขายสลากกินแบ่งรัฐบาลในราคาเกินกว่าที่กำหนดต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท และกำหนดความผิดในกรณีการขายสลากกินแบ่งรัฐบาลในสถานศึกษา และการขายสลากกินแบ่งรัฐบาลแก่บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์

นอกจากกฎหมายหลักข้างต้น ยังมีมาตรการอื่นที่เกี่ยวข้องกับการลดปัญหาการพนัน ได้แก่ คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 22/2558 เรื่อง “มาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาคารแข่งรถยนต์และรถจักรยานยนต์ในทาง และการควบคุมสถานบริการหรือสถานประกอบการที่เปิดให้บริการในลักษณะที่คล้ายกับสถานบริการ” และฉบับที่ 46/2559 เรื่อง “แก้ไขเพิ่มเติมคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 22/2558” ที่มีการปรับเพิ่มข้อความเกี่ยวกับการพนันไว้อย่างชัดเจน คือข้อความว่า “ยินยอมหรือปล่อยให้มีการเล่นการพนันอันเป็นความผิดตามกฎหมายว่าด้วย การพนันในสถานที่ของตน” ลงใน (7) ของข้อ 4 ในคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 22/2558 และทางคณะอนุกรรมการส่งเสริมการปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการใช้สื่อออนไลน์ มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะทำงานป้องกันเด็กและเยาวชนจากปัญหาการพนัน รวมทั้งทางรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะทำงานเฉพาะกิจป้องกันและแก้ไขปัญหาการพนันออนไลน์ในเด็กและเยาวชน และคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ 9/2564 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบการกระทำ ความผิดกรณีสถานที่เล่นการพนัน เป็นเหตุให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

## 2. การดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ด้านการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์และผลกระทบจากการพนัน เกิดงานวิจัยมากกว่า 200 ชิ้นงาน เช่น การสำรวจสถานการณ์การพนันทุก 2 ปี การศึกษาต้นทุนผลกระทบต่อสังคมจากการเล่นพนันในประเทศไทย การศึกษาปัญหาและแนวทางลดผลกระทบจากการพนัน รูปแบบบริการให้คำปรึกษาผู้ประสบปัญหาจากการพนัน รวมทั้งองค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงานนโยบาย งานพื้นที่ และงานประเด็น โดยเฉพาะการพนันออนไลน์ เป็นต้น โดยเผยแพร่ข้อมูลงานวิจัยและองค์ความรู้ผ่านเว็บไซต์ ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน (<http://www.gamblingstudy-th.org>) ให้สาธารณชนได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการพนัน ซึ่งนับเป็นแหล่งข้อมูลที่เดียวของประเทศไทยในประเด็นการพนัน นอกจากนี้ ยังได้จัดทำสื่อพัฒนาจิตสำนึกเพื่อรู้เท่าทัน ป้องกันตนเองจากการพนัน และเครื่องมือให้ความรู้หลากหลายรูปแบบ



2. **ด้านการขยายเครือข่ายและสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบาย** เกิดเครือข่ายเด็กและเยาวชนลดปัจจัยเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ เรียนรู้ปัญหา รวมถึงผลกระทบจากการพนัน เพื่อสร้างความตระหนักและเกิดการมีส่วนร่วมในการรณรงค์หรือขับเคลื่อนนโยบาย เช่น สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย สภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย สมาคมผู้บำเพ็ญประโยชน์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ท กรุงเทพ เครือข่ายเด็กรุ่นใหม่ไม่พนัน เครือข่ายเพื่อนเยาวชนเพื่อการพัฒนา เป็นต้น และร่วมดำเนินงานกับแผนควบคุมยาสูบและแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ขับเคลื่อนการดำเนินงานวัดปลอดพนันกับกลุ่มเครือข่ายพระสงฆ์ 6 ภาค รวม 69 วัด เกิดวัดต้นแบบปลอดพนัน และต่อยอดการดำเนินงานวัดปลอดปัจจัยเสี่ยง นอกจากนี้ยังสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายโดยร่วมดำเนินงานกับคณะทำงานป้องกันและลดผลกระทบเด็กและเยาวชนจากการพนัน โดยกรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
3. **ด้านการสื่อสารรณรงค์** มุ่งเน้นสร้างการรับรู้ สร้างความตื่นตัว กระตุ้นให้เกิดการตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบจากการพนัน พร้อมรณรงค์สื่อมวลชนร่วมลดปัญหาการพนันในสังคมไทย โดยมีการรณรงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความเชื่อที่ส่งเสริมการพนัน โดยการขยายความร่วมมือในการทำงานร่วมกับเครือข่ายสื่อสารสาธารณะ อาทิ เครือข่ายเคเบิลทีวี เครือข่ายรายการกีฬาปลอดพนัน เป็นต้น เพื่อเดินหน้านำสนับสนุนนโยบายและมาตรการต่าง ๆ ทั้งในด้านการควบคุมและการลดผลกระทบจากการพนัน

### 3. วิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับบริบทการจัดทำแผนหลัก

การศึกษาพฤติกรรมการเล่นพนันของคนในสังคม พบว่า การพนันถูกแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับแรกเป็นการเล่นเพื่อความบันเทิง สนุกสนาน เป็นครั้งคราว เพื่อเข้าสังคม เรียกว่า social gambling ระดับถัดมาเป็นการเล่นพนันที่เสี่ยง ก่อให้เกิดปัญหา เกิดผลกระทบบางประการ อาทิ ภาระหนี้สิน ครอบครัวแตกแยก เครียดและซึมเศร้า เรียกว่า problem gambling และระดับสุดท้าย เกิดจากคนที่เล่นการพนันอย่างเข้มข้นเป็นเวลานาน เป็นระดับ “การเสพติดการพนัน” เรียกว่า pathological gambling เป็นโรคทางจิตเวชประเภทหนึ่ง มีอาการทางสมองไม่อาจเลิกเล่นได้ ถ้าเลิกจะมีอาการคล้ายติดยาเสพติด เช่น มือสั่น ใจสั่น หงุดหงิด กระวนกระวาย และยากที่จะควบคุมยับยั้งตนเองไม่ให้เล่นการพนัน จึงสรุปได้ว่าการเล่นพนันอาจก่อให้เกิดปัญหาและผลกระทบต่อสุขภาพอย่าง ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ อีกทั้งยังมีผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ เช่นพบว่าครอบครัวที่มีผู้เล่นการพนันจะเกิด “การรั่วไหล” (leakage) ของรายได้ และด้านผลกระทบทางสังคม พบว่า การพนันเป็นปัจจัยบั่นทอนความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ก่อให้เกิดความรุนแรงในครัวเรือน (domestic violence) เกิดภาระหนี้สินที่เกินตัว อันนำมาสู่ปัญหาการฉ้อโกงและการก่ออาชญากรรมต่าง ๆ

นอกจากนี้ การศึกษาผลกระทบจากพฤติกรรมการเล่นพนันของเยาวชน เก็บข้อมูลจากเยาวชนที่มีอายุ 13-24 ปี แบ่งเป็น 2 ระดับคือ วัยรุ่นตอนต้น (13-18 ปี) และวัยรุ่นตอนปลาย (19-24 ปี) จากชุมชนเสี่ยงจำนวน 5 ชุมชน ในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย ชุมชนคลองเตย ชุมชนตึกแดง ชุมชนวัดดวงแข ชุมชนดอนเมือง ชุมชนเตาปูน พบว่า ปัจจุบันยังไม่มีหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องเข้ามามีบทบาทในการกำหนดและส่งเสริมนโยบายหรือมาตรการในการคุ้มครองเยาวชนที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาการพนัน หรือสร้างความตระหนักเรื่องการพนันที่ส่งผลกระทบต่อสังคม ที่มีมิติความเสี่ยงและความเปราะบางที่นำไปสู่ปัญหาอาชญากรรมและอบายมุขอื่น ๆ



การป้องกันและแก้ไขปัญหาการพนันมีการทำงานแบบบูรณาการของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคมและประชาชน และการพัฒนานโยบายหรือมาตรการใช้ข้อมูลหลักฐานทางวิชาการเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการวางนโยบายให้ถูกทิศทางและใช้การขับเคลื่อนแบบมีส่วนร่วม ดังนั้น ในการจัดทำแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) จึงจะดำเนินการสนับสนุนภาคีเครือข่ายนักวิชาการ นักวิจัย และผู้ปฏิบัติงานทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม และชุมชนท้องถิ่น ในการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่หรือข้อมูลเชิง ประจักษ์เพื่อผลักดันกฎหมาย นโยบาย มาตรการ หรือกลไกกำกับควบคุมการพนันและลดผลกระทบจากการพนัน ทั้งระดับชาติและระดับพื้นที่ รวมทั้งเพื่อสื่อสารณรงค์ เพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาการพนัน ผลักดันมาตรการในการจัดการและป้องกันปัญหา พัฒนาและขยายผลของแกนนำหรือต้นแบบของความสำเร็จลด ละ เลิก การเล่นพนัน เพื่อเป็นเครือข่ายเฝ้าระวังและสื่อสารเพื่อสร้างความรู้เท่าทันการพนัน

## จุดเน้นของแผน

แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม มุ่งสนับสนุนการบรรลุตัวชี้วัดของแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน ฉบับที่ 5 ปี พ.ศ. 2565-2570 โดยกำหนดจุดเน้นแต่ละด้าน ดังนี้

### ด้านการพัฒนานโยบาย และสร้างเป้าหมายร่วม

1. สนับสนุนหน่วยงานหลักที่มีบทบาทในการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งระบบ เพื่อสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายของแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน 2565-2570 และสนับสนุนให้เกิดระบบการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายและมาตรการมุ่งเน้นในพื้นที่เสี่ยงที่เกิดอุบัติเหตุทางถนนสูง
2. สนับสนุนและพัฒนานโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้องทุกระดับ เพื่อยกระดับให้เกิดความปลอดภัยทางถนนแบบก้าวกระโดด เน้นการจัดการในพื้นที่เสี่ยงและกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ เด็ก และเยาวชน วัยแรงงาน โดยมุ่งลดพฤติกรรมเสี่ยงและเพิ่มพฤติกรรมความปลอดภัย
3. สนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายเพื่อความปลอดภัยทางถนนโดยเน้นการใช้เทคโนโลยีและดิจิทัลเข้ามาเสริมให้มีประสิทธิภาพ และสนับสนุนให้เกิดมาตรการทางสังคม องค์กร และชุมชน ที่มุ่งลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน
4. สนับสนุนให้มีการศึกษาและพัฒนานโยบายที่ส่งเสริม การใช้รถจักรยานยนต์ไฟฟ้า ลดการใช้รถจักรยานยนต์ที่ใช้น้ำมัน ส่งเสริมการเดินทางหลายรูปแบบ และเพิ่มการใช้ขนส่งสาธารณะโดยสนับสนุนการพัฒนา ระบบขนส่งสาธารณะที่ปลอดภัยและเข้าถึงได้ง่าย

## ด้านเครือข่ายภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

1. สร้างความตระหนักรู้และวัฒนธรรมความปลอดภัย และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ในการใช้รถใช้ถนน เน้นกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ เด็กและเยาวชน สถานศึกษา สถานประกอบการ ครอบครัวและชุมชนท้องถิ่น รวมถึงการไม่ยอมรับพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เน้นส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย ไม่ขับเร็ว (ลดความเร็วในเขตชุมชน) ดื่มไม่ขับ
2. สื่อสารสาธารณะเพื่อยกระดับให้บุคคล ชุมชน และสังคม มองเห็นปัญหาอุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสาธารณะที่สร้างความสูญเสียและผลกระทบต่อบุคคล องค์กร และประเทศ และสร้างความรับผิดชอบร่วมต่อปัญหาอุบัติเหตุ สร้างค่านิยมการขับขี่ที่ถูกต้อง ส่งเสริมการยอมรับการบังคับใช้กฎหมายเพื่อความปลอดภัย ตามช่องทางสื่อของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย
3. สื่อสารรณรงค์โดยมุ่งเน้นพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนสูง พื้นที่ท่องเที่ยว จังหวัดหรือเมืองใหญ่ โดยเชื่อมหน่วยงานท้องถิ่นเข้าเป็นแนวร่วมในการสร้างแพลตฟอร์มทำงานแบบมุ่งเป้าระดับพื้นที่และส่งเสริมให้ชุมชนเป็นกลไกเฝ้าระวัง และมุ่งเน้นกลุ่มเสี่ยงใหม่ เช่น ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ส่งอาหาร/ของ (rider) ธุรกิจขนส่งสินค้า ผู้สูงอายุ
4. พัฒนาและขยายเครือข่ายเพื่อสร้างความปลอดภัยทางถนนและขยายเครือข่ายอาสาสมัคร ทั้งกลุ่มเด็กและเยาวชน ผู้นำทางความคิดในสังคมออนไลน์ (influencer) เครือข่ายรถจักรยานยนต์และกลุ่ม rider เครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบ สื่อมวลชน/สื่อบุคคล จิตอาสา
5. สนับสนุนและพัฒนาภาคีเครือข่ายในการเตรียมความพร้อมและป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุข/ภัยธรรมชาติ/ภัยพิบัติ เช่น อัคคีภัย อุทกภัย การจมน้ำ เป็นต้น ตลอดจนการเฝ้าระวังภัยออนไลน์ ซึ่งเป็นภัยรูปแบบใหม่ในยุคดิจิทัล

## ด้านโครงสร้างและการบูรณาการระดับพื้นที่

1. สนับสนุนการออกนโยบาย กำหนดเป้าหมาย และการติดตามผลการดำเนินงาน ของจังหวัด อำเภอ และท้องถิ่น ทั้งการตายจากอุบัติเหตุทางถนน และการลดความเสี่ยงสำคัญ เช่น การสวมหมวกนิรภัย ดื่มแล้วขับ ขับเร็ว โดยมุ่งเน้นดำเนินการในพื้นที่เสี่ยงสูง
2. สนับสนุนการทำงานร่วมกับคณะอนุกรรมการบังคับใช้กฎหมายจังหวัด คณะกรรมการ ศปถ.จังหวัด อำเภอ และท้องถิ่น คณะกรรมการ พขอ. เพื่อนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ และเร่งให้เกิดการวางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุเฉพาะของจังหวัดและพื้นที่
3. สนับสนุนให้เกิดแผนปฏิบัติการเพื่อลดการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ กลุ่มเด็กและเยาวชน และลดพฤติกรรมเสี่ยง ดื่มแล้วขับ ขับเร็ว (ลดความเร็วในเขตชุมชน/โรงเรียน/โรงพยาบาล/ตลาด) และการสวมหมวกนิรภัย เน้นอำเภอเสี่ยงและพื้นที่เสี่ยง
4. สนับสนุนให้เกิด มาตรการลดอุบัติเหตุทางถนน ของหน่วยงานทั้งรัฐและเอกชน สถานประกอบการ นิคมอุตสาหกรรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน/หมู่บ้าน สถานศึกษา เพื่อสร้างมาตรการทางสังคม เสริมมาตรการบังคับใช้กฎหมายของภาครัฐ

## ด้านการพัฒนาข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนน

1. พัฒนานองค์ความรู้และนวัตกรรมการทำงาน ที่เน้นการนำเทคโนโลยีและดิจิทัลเข้ามาเสริมการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน เช่น การใช้ความเร็วในเขตชุมชน การสำรวจและการบังคับใช้การสวมหมวกนิรภัยโดยใช้กล้องวงจรปิด การใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการสอบสวนอุบัติเหตุ เป็นต้น
2. ศึกษา รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลใหม่หรือข้อมูลเชิงลึกที่มีความน่าสนใจ ที่ส่งผลสูงต่อการลดอุบัติเหตุ เช่น อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในกลุ่มธุรกิจจัดส่งอาหาร (food rider) มาตรการและกลยุทธ์เฉพาะของพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน ปัญหาอุบัติเหตุเชิงลึกในการใช้รถจักรยานยนต์ พฤติกรรมขับขี่ในกลุ่มเด็กและเยาวชน เป็นต้น
3. พัฒนาระบบข้อมูล สารสนเทศ เครื่องมือ และพัฒนาศักยภาพ สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายและการปฏิบัติของผู้ปฏิบัติงานในจังหวัด อำเภอ และพื้นที่ สนับสนุนให้เกิดระบบติดตามการดำเนินงานของ ศปถ. และสร้างการเรียนรู้และความรอบรู้ให้แก่ประชาชน ชุมชนท้องถิ่น สังคม และผู้กำหนดนโยบาย
4. สร้างความร่วมมือทางวิชาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนให้เกิดการศึกษาวิจัยและการปฏิบัติการเพื่อลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนน โดยเน้นที่ปัญหาสำคัญเร่งด่วนและพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง

## ด้านการลดปัญหาการพนัน

1. ผลักดันให้มีการปรับปรุงกฎหมาย นโยบาย มาตรการหรือกลไกกำกับควบคุมการพนันและลดผลกระทบจากการพนัน ทั้งระดับชาติและระดับพื้นที่ รวมถึงเสริมสร้างกลไกเชื่อมประสานการทำงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการดำเนินการลดปัญหาจากการพนันที่มีประสิทธิภาพ
2. พัฒนานองค์ความรู้ จัดทำฐานข้อมูลและจัดการความรู้เพื่อเผยแพร่ เพื่อสนับสนุนการพัฒนานโยบาย มาตรการหรือกลไกลดปัญหาจากการพนัน และการรณรงค์สื่อสารสาธารณะ
3. สื่อสารรณรงค์ โดยใช้กลยุทธ์การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายหลักเด็กและเยาวชน และใช้ชุดการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเสริมสร้างความรู้เท่าทันการพนัน (gambling literacy) การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับการพนัน
4. สร้างแกนนำคนเล็กพนันและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพนัน และพัฒนาศักยภาพแกนนำนี้รณรงค์เพื่อเป็นเครือข่ายเฝ้าระวังและสื่อสารสร้างความรู้เท่าทันการพนัน
5. ขยายและพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย ให้เป็นเจ้าภาพร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะ และการรณรงค์สร้างความตระหนักต่อสังคม ถึงผลกระทบจากปัญหาการพนันโดยเฉพาะการพนันที่ก่อให้เกิดผลกระทบสูง
6. บูรณาการการทำงานลดปัญหาจากการพนันกับประเด็นอื่น ๆ เช่น ความเหลื่อมล้ำทางสังคม ประเด็นปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เป็นต้น
7. เฝ้าระวังการพนันช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ก่อให้เกิดคลัสเตอร์การแพร่ระบาดและการพนันออนไลน์ที่ประชาชนหันมาเล่นพนันออนไลน์มากขึ้น

### เป้าหมาย

สนับสนุนการลด  
การเสียชีวิต  
จากอุบัติเหตุทางถนน  
ตามเป้าหมายแผนแม่บท  
ความปลอดภัยทางถนน ฉบับที่ 5  
ปี พ.ศ. 2565-2570

### ผลลัพธ์

1. การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง
2. การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ลดลง
3. การสวมหมวกนิรภัยเพิ่มขึ้น
4. ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความปลอดภัยทางถนน (road safety literacy) ของเยาวชนเพิ่มขึ้น

## วัตถุประสงค์

แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคมมุ่งสนับสนุนการลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน โดยมีวัตถุประสงค์หลักของแผนดังนี้

1. ส่งเสริมให้ประชาชนและสังคม มีทัศนคติ ความรอบรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่เอื้อต่อความปลอดภัยทางถนน และมีวิถีและวัฒนธรรมความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน
2. สนับสนุนและผลักดันให้เกิดการจัดการความเสี่ยงสำคัญในระดับพื้นที่ มุ่งเน้นพื้นที่เสี่ยง กลุ่มเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยง ด้วยการส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมาย มาตรการทางสังคม และมาตรการหน่วยงาน องค์กร และท้องถิ่นชุมชน
3. พัฒนานโยบายสาธารณะ มาตรการ และกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในทุกกระดับ ให้มีประสิทธิภาพ และมีการรายงานผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ
4. สนับสนุนและพัฒนาให้มีฐานข้อมูลและสารสนเทศกลาง ที่ประชาชนทั่วไปและผู้ปฏิบัติงานเข้าถึงได้ง่ายและสามารถนำไปใช้ในการสื่อสารและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมุ่งพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการที่จำเป็นสำหรับการทำงานและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่าย

## ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

### 1. ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

ยุทธศาสตร์ที่ใช้ในการดำเนินงานด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน ใช้ยุทธศาสตร์ไตรพลัง โดยประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การขับเคลื่อนสังคม และการพัฒนานโยบาย ให้เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างมีประสิทธิภาพ เน้นการพัฒนาสมรรถนะขององค์กรและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทั้งในส่วนกลางและระดับพื้นที่ และการบูรณาการยุทธศาสตร์ทั้งด้านการบังคับใช้กฎหมาย (law enforcement) ที่เสริมด้วยการสร้างมาตรการทางสังคมเพื่อความปลอดภัยทางถนน (social enforcement) การให้ข้อมูลความรู้ (education) และสร้างความรอบรู้ให้กับเด็กและเยาวชนและสังคมด้านความปลอดภัยทางถนน (road safety literacy) วิศวกรรมจราจร (engineering) การติดตามการประเมินผล (evaluation) และการพัฒนาระบบบริการฉุกเฉิน (EMS) ในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ทั้งในนโยบายระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ โดยนำไปสู่การสนับสนุนตามกรอบยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนน ทั้ง 5 เสาหลัก ได้แก่ 1) การบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน 2) ถนนและการสัญจรอย่างปลอดภัย 3) ยานพาหนะปลอดภัย 4) ผู้ใช้รถใช้ถนนอย่างปลอดภัย และ 5) การตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนน รวมถึงกรอบระบบแห่งความปลอดภัย (safe system) และสนับสนุนการทำงานตามแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565–2570 ที่มุ่งลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลงให้เหลือ 12 คนต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2570 ซึ่งมีความสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565–2574) และยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ด้าน ที่ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมวิชาการและนวัตกรรม 2) การสานพลังภาคีและเครือข่าย 3) การพัฒนาศักยภาพบุคคล ชุมชน และองค์กร 4) การพัฒนากลไกทางนโยบาย สังคม และสถาบัน และ 5) การสื่อสารสังคม

### 2. ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

การดำเนินงานด้านการลดปัญหาจากการพนัน ใช้ยุทธศาสตร์สานพลังโดยสนับสนุนงานวิชาการ การขับเคลื่อนสังคม เพื่อนำไปสู่การพัฒนานโยบายที่มีความเชื่อมโยงหนุนเสริมกันอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งให้ความสำคัญกับการสื่อสารในยุคดิจิทัล

## กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

### 1. ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

- มุ่งเน้นการลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มเยาวชน และกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์
- สนับสนุนการดำเนินงานเพื่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางถนนที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ไม่สวมหมวกนิรภัย ต้มแล้วขับ และขับเร็ว
- สนับสนุนการลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตในพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและเสียชีวิต
- ค้นหาแนวทางการทำงานและกลยุทธ์การทำงาน นวัตกรรม เทคโนโลยีและดิจิทัล ที่ส่งผลกระทบต่อ การลดอุบัติเหตุทางถนน

## 2. ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

1. สนับสนุนให้เกิดการศึกษา วิจัย งานวิชาการ เพื่อนำมาใช้ผลักดันนโยบาย มาตรการและกลไกการกำกับควบคุม และลดผลกระทบจากการพนัน
2. การสร้างภูมิคุ้มกันและสภาพแวดล้อมไม่เพิ่มพื้นที่การพนัน เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันและสภาพแวดล้อมในการปกป้อง เด็กและเยาวชน

### งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)				
	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
แผนการจัดการความปลอดภัย และปัจจัยเสี่ยงทางสังคม	270.00	250.00	240.00	250.00	240.00





## แผน 4 แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

### สรุปภาพรวมระยะ 5 ปี ของแผน

#### กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต

กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพดำเนินงานสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ในเป้าหมายเพิ่มสัดส่วนผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ซึ่งเป็นประเด็นที่ยกระดับความสำคัญของการดำเนินงานมากขึ้นในระยะ 10 ปี เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพจิตและปัจจัยแวดล้อมที่มีความรุนแรงมากขึ้น โดยการดำเนินการของ สสส.ร่วมสนับสนุนตามนโยบายหลักของประเทศ คือ พ.ร.บ. สุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ที่กำหนดมาตรการคุ้มครองประชาชนให้ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพจิต และการป้องกันเพื่อควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต รวมทั้งสอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580) ซึ่งมีวิสัยทัศน์ให้คนไทยมีปัญญา อารมณ์ดี และมีความสุข อยู่ในสังคมอย่างทรงคุณค่า โดยเฉพาะในยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต มีเป้าหมายคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีความสุขเท่ากับหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ย

การดำเนินงานที่ผ่านมา ปี 2561-2563 นั้น ได้สนับสนุนการพัฒนาและผลักดันให้เกิดแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ พ.ศ. 2561-2580 ซึ่งเป็นนโยบายสาธารณะที่เป็นหมุดหมายสำคัญที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตของประชาชน ส่งผลให้ภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคมใช้เป็นกรอบดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจิตให้แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย มีการผลิตชุดความรู้ที่เกี่ยวกับวิธีการสร้างเสริมสุขภาพจิต และ การแก้ไขปัญหสุขภาพจิตของคนไทย อาทิ การพัฒนาคู่มือผู้ประกอบการสำหรับการดูแลบุตรหลาน การพัฒนาหลักสูตรการสร้างความเข้มแข็งทางใจเพื่อให้ประชาชนมีความพร้อมในการเผชิญปัญหาและจัดการกับวิกฤตต่าง ๆ รวมทั้งชุดความรู้การเฝ้าระวังความรุนแรงและปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มนักเรียน ซึ่งเป็นชุดความรู้และต้นแบบที่พร้อมต่อการขยายผลให้แก่กลุ่มประชาชนและองค์กรเอกชนนำไปประยุกต์ใช้ มีการพัฒนาสื่อบ้านพลังใจที่เอื้อต่อการสร้างวัคซีนใจสำหรับการเผชิญเหตุการณ์วิกฤตของชีวิต และเครื่องมือในการจัดการความเครียดหรือความรุนแรงในครอบครัวและโรงเรียน<sup>25</sup> นอกจากนี้ในปี 2564 มีเครื่องมือ โปรแกรม หลักสูตรที่พร้อมขยายผล อาทิ การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Triple P) หลักสูตรออนไลน์เพื่อสร้างนักรับฟังเชิงลึก พัฒนาศักยภาพผู้นำและขับเคลื่อนชุมชนสร้างสุขลดทุกข์ รวมทั้งมีหลักสูตรและการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการจัดคลินิกจิตสังคมในระบบศาลและกระบวนการผลักดันไปสู่ศาลทั่วประเทศ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผลการดำเนินงานของกลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ผ่านมา จะมีความก้าวหน้าในการดำเนินงานเป็นลำดับ หากแต่ยังมีช่องว่างในการทำงาน เนื่องจากบริบทของประเทศไทยยังคงเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง

<sup>25</sup> สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ. (2563). “รายงานผลการทบทวนและประเมินผลแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในระยะ 3 ปี (พ.ศ.2561 - 2563)”. (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ)

อย่างฉับพลัน ในหลายมิติ ทั้ง มิติทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง เทคโนโลยี รวมถึงมิติพฤติกรรมส่วนบุคคล ครอบครัว สังคม และสภาพแวดล้อมอันเนื่องมาจากโรคอุบัติใหม่ ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพจิตระดับบุคคลที่การเน้นทำงานในเชิงสร้างความรู้ ความเข้าใจ ให้เกิดความตระหนัก สามารถดูแลสุขภาพจิต มีการปรับพฤติกรรมที่ดีนั้น ยังคงเป็น หลักการทำงานที่จำเป็น ซึ่งนอกจากการส่งเสริมให้คนดูแลสุขภาพจิตตนเองแล้ว ต้องมุ่งเน้นให้ดูแลจิตใจผู้อื่น รวมถึงการส่งเสริมไปที่การเปลี่ยนแปลงปัจจัยแวดล้อมด้วย กลไกเหล่านี้ คือกลไกสำคัญที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพจิตได้อย่างยั่งยืน และนั่นเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้แนวคิด Mental Health Promotion กลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการชวนคนมาทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (the Sustainable Development Goals: SDGs) เพราะหากเปลี่ยนแปลงปัจจัยแวดล้อมในสังคมที่เป็นประเด็นระดับโครงสร้างสำเร็จ ก็จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพจิตและส่งผลดีต่อ SDGs เป้าหมายอื่น ๆ ด้วย<sup>26</sup>

**สถานการณ์ และแนวโน้มที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพจิต<sup>27</sup>** จากรายงานความสุขโลกปี 2022 (World Happiness Report 2022) ซึ่งได้รับความสนับสนุนโดยองค์การสหประชาชาติวัดค่าเฉลี่ยความสุขในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมานั้น พบว่า **แนวโน้มความสุขของประชาชนในประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง** ตั้งแต่ปี 2560 อยู่ในลำดับที่ 32 จนถึงในปี 2565 ประเทศไทยปรับลงไปอยู่ในลำดับที่ 61 (จากผลการสำรวจกว่า 150 ประเทศ) และหากเทียบ ข้อมูลปี 2564 กับค่าเฉลี่ยของปีที่ผ่านมา ๆ มาเพื่อวัดผลกระทบจากโรคระบาดโควิด-19 พบว่า 1 ใน 3 ของประเทศ ที่ทำการสำรวจทั้งหมด ประชาชนมี **“อารมณ์ และ ความรู้สึกด้านลบ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ”**

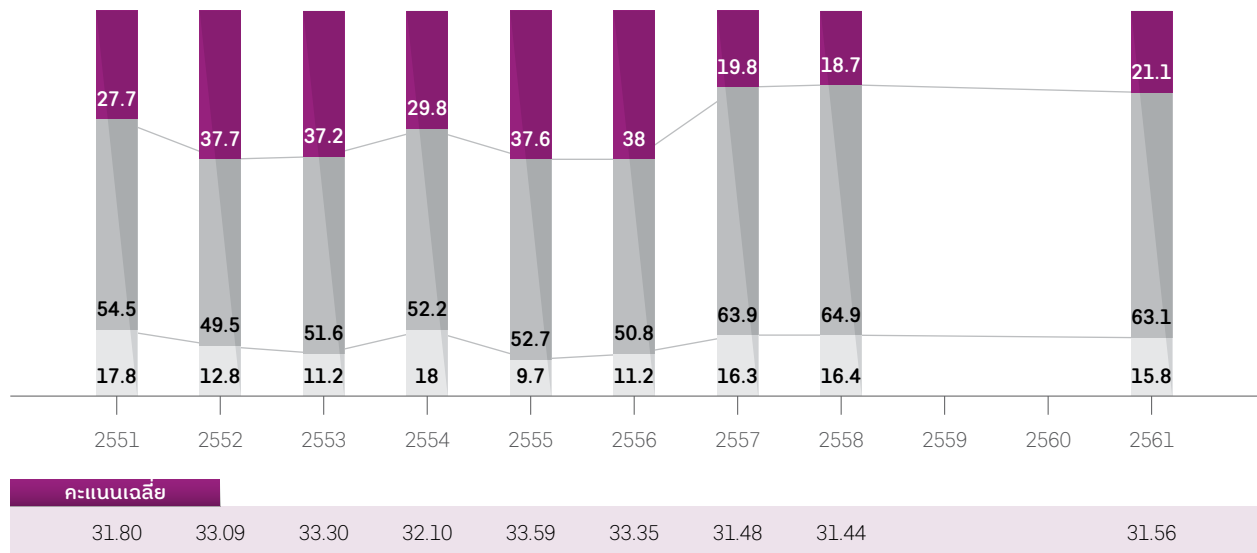
ด้านข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ได้ดำเนินการสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) ของคนไทย พบว่าคนไทยมีคะแนน สุขภาพจิตยังอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้สำหรับสุขภาพจิตของคนทั่วไป (27.01-34.00 คะแนน) โดยในปี 2563 มีคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยอยู่ที่ 33.53 คะแนน สำหรับคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตเฉลี่ยรายภาคพบว่า ภาคเหนือมีคะแนน สูงสุด รองลงมาคือภาคใต้ ขณะที่กรุงเทพฯและปริมณฑลมีคะแนนต่ำกว่าภาคอื่น ๆ และช่วงวัยเยาวชน (15-24 ปี) มีคะแนนน้อยกว่าวัยอื่น และหากพิจารณาจากองค์ประกอบหลักด้านสุขภาพจิตคิดเป็นร้อยละของระดับสุขภาพจิต พบว่า องค์ประกอบด้านปัจจัยสนับสนุนสูงร้อยละ 82.0 ซึ่งสอดคล้องกับสภาพสังคมไทยที่มีความผูกพัน เอื้อเพื่อ เผื่อแผ่ เนื่องจากองค์ประกอบนี้เกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว ชุมชน การทำงาน รายได้ ศาสนา ความเชื่อของแต่ละ บุคคล ความสามารถในการทำงานตลอดจนสิ่งแวดล้อมและความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ในชีวิตและทรัพย์สิน สำหรับ ด้านที่อ่อนแอที่สุด คือ ด้านสมรรถภาพของจิตใจ ร้อยละ 64.3 ซึ่งองค์ประกอบนี้เกี่ยวข้องกับการสร้างความสัมพันธ์ กับผู้อื่นและการจัดการปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข ควรมุ่งพัฒนาสมรรถภาพของจิตใจ เป็นหลัก

26 สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ. (2564). “รายงานผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพของแผนการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ทางสุขภาพ”. (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ)

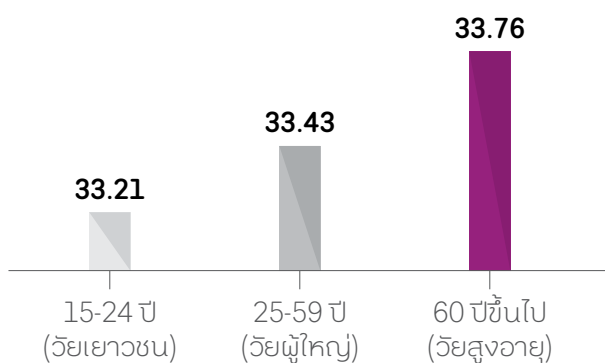
27 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). “สรุปผลที่สำคัญการสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) ของคนในประเทศไทย พ.ศ. 2563”.

## คะแนนเฉลี่ยและร้อยละของระดับสุขภาพจิตคนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป<sup>28</sup>

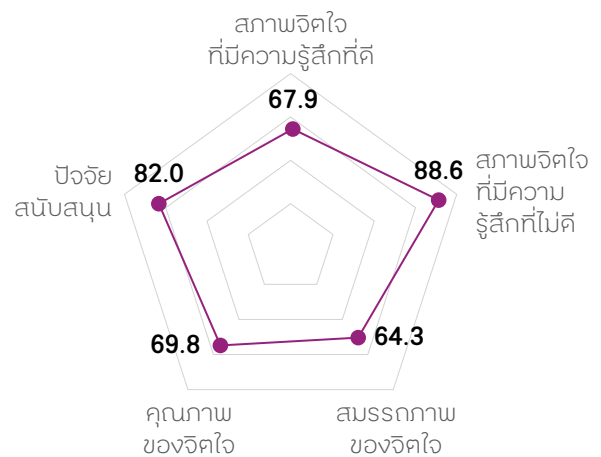
- ต่ำกว่าคนทั่วไป (0.00-27.00 คะแนน)
- เท่ากับคนทั่วไป (27.01-34.00 คะแนน)
- สูงกว่าคนทั่วไป (34.01-45.00 คะแนน)



## คะแนนเฉลี่ยระดับสุขภาพจิตคนไทย ปี 2563 จำแนกตามช่วงอายุ



## ร้อยละของระดับสุขภาพจิตคนไทย ปี 2563 จำแนกตามองค์ประกอบหลักของสุขภาพจิต



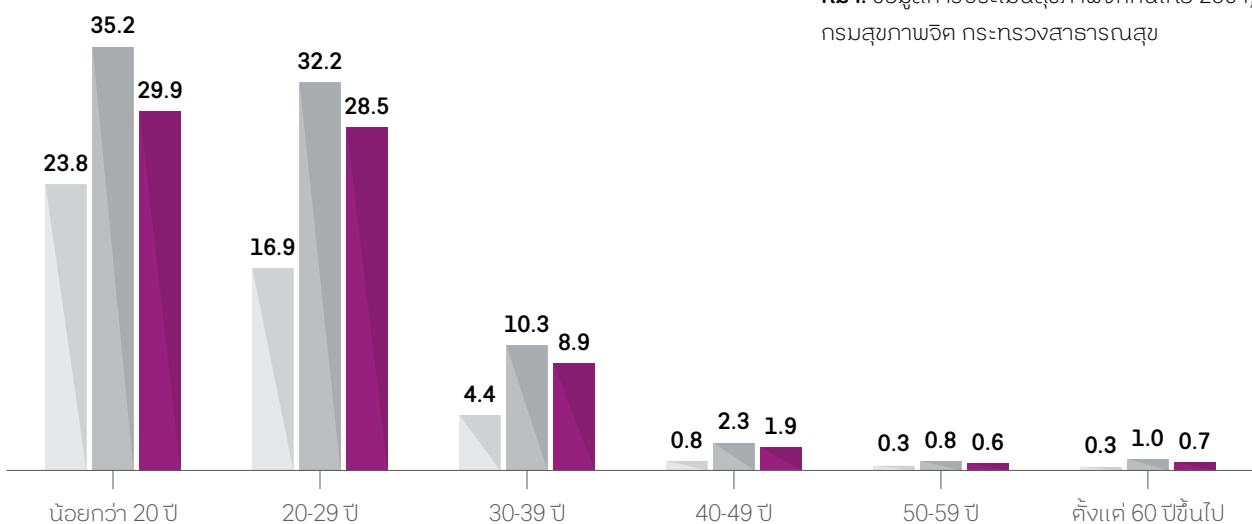
28 พันธรัตน์ กิตติรัตน์ไพบุลย์ และคณะ. (2563). "แนวโน้มและปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตคนไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี พ.ศ. 2561". วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2563;28(2):121-135.

นอกจากนี้ จากข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตคนไทย<sup>29</sup> Mental Health Check in ซึ่งให้คนไทยประเมินตนเอง ด้านสุขภาพจิต ตลอดปี 2564 พบสัดส่วนผู้มีภาวะเครียดสูง เสี่ยงซึมเศร้า และเสี่ยงฆ่าตัวตายในกลุ่มประชากรทั่วไป ถึงร้อยละ 14.5 16.8 และ 9.5 ตามลำดับ โดยปัญหาดังกล่าวนี้มีสัดส่วนสูงมากในกลุ่มเด็กและเยาวชนวัยเรียนอายุ ไม่ถึง 20 ปี และ 20-29 ปี โดยความกังวลใจส่วนใหญ่เป็นเรื่องเชื่อมโยงกับครอบครัว การเรียนและอนาคตของตนเอง ขณะที่ข้อมูลของศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ<sup>30</sup> ปี 2560-2564 พบว่ากลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานตอนต้น (อายุ 15-24 ปี และ 25-34 ปี) มีแนวโน้มจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงขึ้น วัยรุ่นฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นจาก 362 คน ในปี 2560 เป็น 439 คนในปี 2564 และวัยทำงานตอนต้นฆ่าตัวตายสำเร็จ 745 คนในปี 2560 เป็น 956 คน ในปี 2564 ขณะที่อัตราการฆ่าตัวตายในภาพรวมของประเทศพบว่าปี 2550-2560 อยู่ในระดับคงที่ คือ 5.97-6.03 คน ต่อแสนประชากร แต่ในปี 2561-2564 มีแนวโน้มอัตราสูงขึ้นต่อเนื่อง จากปี 2561-2564 เท่ากับ 6.32 คนต่อแสน ประชากร 6.64 7.37 และ 7.8 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ

## การประเมินสุขภาพจิตคนไทย ปี 2564

### เฉพาะกลุ่มประชาชนทั่วไป

จำแนกตามอายุกลุ่ม



หมายเหตุ: ผู้ประเมินสุขภาพจิต

ระหว่างวันที่ 1 มกราคม-31 ธันวาคม 2564

ที่มา: ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตคนไทย 2564, กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่ง “เป็นตัวกระตุ้น” ที่ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อสถานะทางเศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีอย่างฉับพลัน (digital disruption) ที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต พฤติกรรม ทักษะคิด ซึ่งสิ่งเหล่านี้มาพร้อมกับความท้าทายจากภัยเงียบ คือ “ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า” และอาจนำไปสู่สถานการณ์การฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นของคนไทยได้<sup>31</sup> ดังนั้น การดำเนินงานเพื่อตอบสนองต่อผลกระทบดังกล่าว ควรมีการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ครอบคลุมถึงเรื่องการส่งเสริม ฝึกระวัง และป้องกัน ให้ประชาชนมีภูมิคุ้มกันและมีความเข้มแข็งทางจิตใจ (resilience) ในการรับมือกับผลกระทบจาก

<sup>29</sup> สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2565). “รายงานสุขภาพคนไทย ปี 2565 ครอบครัวไทยในวิกฤตโควิด-19”.

(กรุงเทพมหานคร: บริษัท อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน))

<sup>30</sup> ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย. “รายงานจำนวนการฆ่าตัวตายของประเทศไทย”. เข้าถึงจาก <https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/> (สืบค้นเมื่อ 22 พฤษภาคม 2565)

สถานการณ์ต่าง ๆ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยมุ่งเน้นการสาน เสริมพลังความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ ที่จะเป็นกุญแจสำคัญทำให้ประชาชนมีความยืดหยุ่นในการปรับตัวเข้าสู่ชีวิตวิถีใหม่ (new normal) แนวทางการทำงานโดยใช้มุมมองตลอดช่วงวัยของชีวิต โดยประยุกต์ใช้ กรอบแนวคิดตามกฎบัตรรอตตาวา ในการกำหนด กลยุทธ์ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1. การเสริมศักยภาพชุมชนเข้มแข็ง 2. การพัฒนานโยบายสาธารณะ 3. การปรับเปลี่ยนเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อม” 4. การเพิ่มขีดความสามารถบุคคลเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและวิถีชีวิต และ 5. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

เป้าหมาย: เพิ่มสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตดี					
ผลลัพธ์	พฤติกรรมและวิถีชีวิตในการสร้างเสริมศักยภาพทางจิตของประชาชน			สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดี	
แผนที่เกี่ยวข้อง	SDG: เป้าหมายย่อย 3.4 สนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี		พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2562 แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (ปี 2561 - 2580)		แผนระดับชาติตามช่วงวัย เช่น แผนพัฒนาเด็กและเยาวชน
กรอบนโยบาย สสส.	ทิศทางและเป้าหมาย 10 ปี	สร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดด	ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	ให้ความสำคัญกับผลกระทบจาก Covid 19 และปัจจัยเสี่ยงสุขภาพอุบัติใหม่	ยกระดับความร่วมมือการทำงานระดับพื้นที่และระดับชาติ และระดับสากล
ผลลัพธ์ 5 ปี	ทัศนคติ ทักษะ ความรอบรู้ ด้านสุขภาพจิต	ผู้นำการเปลี่ยนแปลง แกนนำ ผู้ปฏิบัติงาน มีศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพจิต	พื้นที่คั่นแบบทุกกลุ่มวัย ในชุมชน สถานศึกษา	องค์ความรู้ นวัตกรรม เครื่องมือ	มาตรการ นโยบาย ระบบสนับสนุน
มาตรการ การดำเนินงาน	ยุทธศาสตร์โครงพลัง (พลังนโยบาย พลังปัญญา และพลังสังคม)				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>เสริมสร้างความรู้ สร้างทัศนคติ ความเข้าใจ ทักษะสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ลดอคติช่วงวัย ในการดูแลตัวเองและบุคคลอื่น</li> <li>สื่อสารสาธารณะ เผยแพร่ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจิต</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>เสริมศักยภาพและขีดความสามารถให้ ผู้ปฏิบัติงาน แกนนำ ผู้นำการเปลี่ยนแปลง เพื่อสร้างการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในประชากรทุกช่วงวัย</li> <li>เสริมพลัง สร้างความเข้มแข็ง และความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกส่วน ในการพัฒนาศักยภาพบุคคล ชุมชน และสังคม การสร้างคั่นแบบพื้นที่ ในการส่งเสริมสุขภาพจิต</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>พัฒนานวัตกรรม องค์ความรู้ งานวิชาการ ที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทยในปัจจุบันเพื่อป้องกันและเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต</li> <li>พัฒนานโยบายมาตรการที่ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตในทุกระดับ</li> </ul>		
ภาคีหลัก	นโยบาย: กรมสุขภาพจิต ก.สาธารณสุข ก.ยุติธรรม ป.ป.ส. ก.แรงงาน ก.อุดมศึกษา วร. สสส. สช. กสม. พม. ฯลฯ		วิชาการ: กรมสุขภาพจิต ศูนย์วิชาการ สารสนเทศภาคเหนือ คณะจิตวิทยา จุฬาฯ คณะมนุษยศาสตร์ มศว. ฯลฯ		ประชาสังคม: SADA สมาคมสมาชิคันส์ มสช. P2H รัชชไทย มูลนิธิและสมาคมที่ทำงานเกี่ยวกับประเด็นด้านสุขภาพจิต ฯลฯ

### แผนงานสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

แผนงานสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ สสส. ด้านมลพิษจากสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับกระบวนทัศน์ “การพัฒนาที่ยั่งยืน” ในมิติด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เป้าหมายที่ 6 7 13 14 15 และกลุ่ม Planet ที่ว่าด้วยเรื่องทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (เป้าหมาย 6 12 13 14 15) ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนสำหรับประเทศไทย หรือ Thailand’s SDGs ยุทธศาสตร์ชาติ (ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (เรื่องการเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน) แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (ประเด็นการเติบโตอย่างยั่งยืน) แผนการปฏิรูปประเทศ (ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม) นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยความมั่นคงแห่งชาติ (ด้านการรักษาความมั่นคงของฐานทรัพยากรธรรมชาติ

31 กรมสุขภาพจิต. (2564) “รายงานการประชุมศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินในสถานการณ์โควิด-19”.

และสิ่งแวดล้อม) การประเมินสิ่งแวดล้อมระดับยุทธศาสตร์หรือ SEA แผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ การแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละออง แผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ และแผนแม่บทรองรับ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ พ.ศ. 2558 – 2593 อีกด้วย

### การดำเนินงานแผนงานสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพที่ผ่านมา

“ปัญหามลพิษทางอากาศ” หรือฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5) นับเป็นวาระแห่งชาติที่ทุกฝ่าย ต้องเร่งแก้ไข เมื่อปี 2559 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่า “ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากมลพิษทางอากาศ 7 ล้านคน โดยเกิดจากมลพิษจากอากาศภายนอกอาคาร 4.2 ล้านคน และร้อยละ 91 เกิดในประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิกตะวันตก” จนกระทั่งในการประชุมสมัชชาสหประชาชาติ ครั้งที่ 73 ในปี 2561 ได้ประกาศให้ “มลพิษทางอากาศเป็นปัจจัยความเสี่ยง 1 ใน 5 ปัจจัย ร่วมกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และไม่มีกิจกรรมทางกาย” ฝุ่น PM 2.5 เป็นสิ่งที่สร้างผลกระทบต่อสุขภาพ อย่างรุนแรง จนกระทั่งรัฐบาลได้ประกาศให้ปัญหาฝุ่น PM 2.5 เป็นวาระแห่งชาติ เมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2562

สสส. ตระหนักถึงผลกระทบของมลพิษทางอากาศที่เกิดขึ้น จึงได้มุ่งขับเคลื่อนการทำงานตั้งแต่ระดับพื้นที่ไปจนถึง ระดับนโยบาย เพื่อเร่งแก้ปัญหาอย่างเร่งด่วน ได้ดำเนินการในพื้นที่เป้าหมายคือ “ภาคเหนือตอนบน” ซึ่งเป็นพื้นที่ วิกฤตของประเทศไทย โดยร่วมกับสภามหาวิทยาลัยเชียงใหม่และเครือข่ายสภามหาวิทยาลัยภาคเหนือ ที่เกิดจากการรวมตัว ของภาคประชาสังคมและภาคพลเมือง ในแก้ไขปัญหาฝุ่น PM 2.5 ทั้งในเขตเมือง ชนบท และพื้นที่ห่างไกล

สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงร่วมกับภาคีเครือข่าย เร่งการดำเนินงานแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ พร้อม มุ่งเน้นการพัฒนาแนวทางการทำงานต่าง ๆ โดยมีผลการดำเนินงานสำคัญดังต่อไปนี้

1. สนับสนุนกลไกการดำเนินงานของ “เครือข่ายสภามหาวิทยาลัยภาคเหนือ” ซึ่งเป็นเครือข่ายการแก้ไขปัญหาฝุ่น PM 2.5 ระดับภาคใน 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน
2. ผลักดันมาตรการหรือนโยบาย เพื่อการแก้ไขปัญหาฝุ่น PM 2.5 อย่างยั่งยืน เช่น ร่าง พ.ร.บ. กำกับดูแลการจัดการ อากาศสะอาดเพื่อสุขภาพแบบบูรณาการ พ.ศ.....
3. จัดเวทีสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยการจัดการปัญหามลพิษทางอากาศจากฝุ่น PM 2.5 ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และการปรับมาตรฐานคุณภาพอากาศฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอนในบรรยากาศทั่วไป
4. พัฒนาหลักสูตร “ห้องเรียนสู้ฝุ่น” โดยมุ่งสร้างความตระหนักถึงปัญหาด้านสุขภาพต่อภาวะวิกฤตฝุ่นละออง เสริมสร้างทักษะชีวิตให้กับเด็กและเยาวชนในโรงเรียน
5. พัฒนาระบบบริหารจัดการเชิงเพลิง “BURN CHECK” โดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีอวกาศและภูมิสารสนเทศ ในการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ ผ่านการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐกับประชาชน
6. จัดตั้งศูนย์วิชาการเพื่อขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหามลพิษอากาศ (ศวอ.) เพื่อเป็นศูนย์รวมนักวิชาการ พัฒนาองค์ความรู้เป็นฐานในการขับเคลื่อนแก้ไขปัญหามลพิษอากาศของประเทศ



## สถานการณ์และแนวโน้มด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

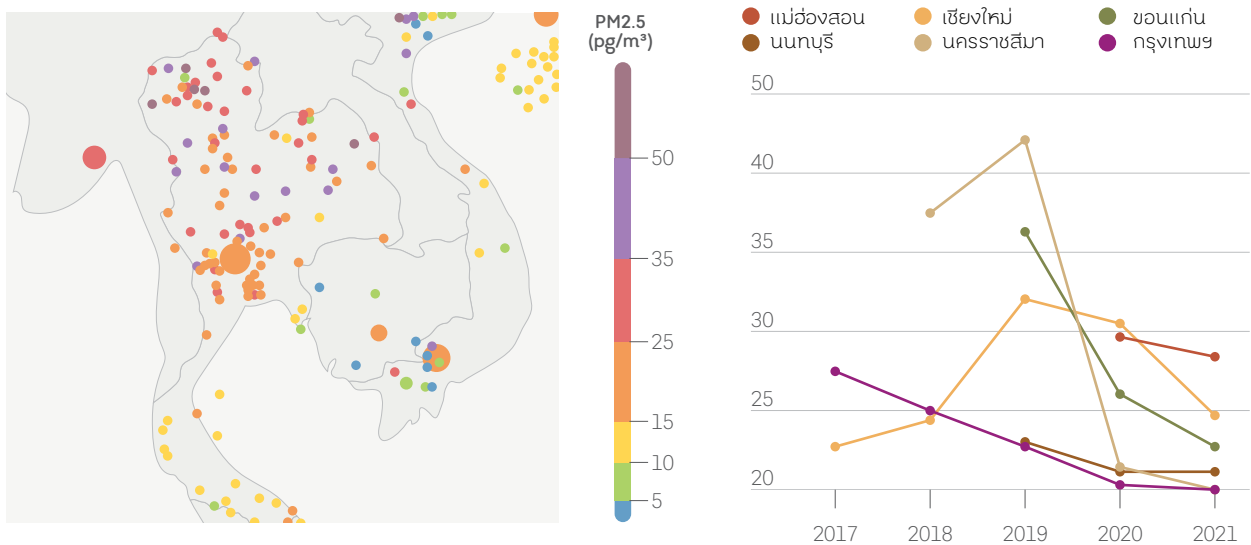
### สถานการณ์คุณภาพอากาศ

สถานการณ์คุณภาพอากาศ ประจำปี 2564 ปริมาณฝุ่นละออง PM 2.5 มีค่าเฉลี่ยรายปีทั่วประเทศ 21 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร (ลดลงจากปี 2563 ร้อยละ 9) ฝุ่นละออง PM 10 มีค่าเฉลี่ยรายปีทั่วประเทศ 40 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร (ลดลงจากปี 2563 ร้อยละ 7) สำหรับก๊าซโอโซน มีค่าเฉลี่ย 8 ชั่วโมงสูงสุด เฉลี่ยทั้งประเทศ 84 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร (เพิ่มขึ้นจากปี 2563 ร้อยละ 2) มลพิษหลักที่ยังเป็นปัญหาในพื้นที่เดิม คือ ฝุ่นละออง PM 2.5 (กรุงเทพมหานครและปริมณฑล และพื้นที่ภาคเหนือ) ฝุ่นละออง PM 10 (ตำบลหน้าพระลาน จังหวัดสระบุรี) และก๊าซโอโซน (พื้นที่ทั่วไปในทั่วประเทศที่ไม่ใช่บริเวณริมถนน) ปี 2564 จังหวัดที่มีคุณภาพอากาศดีที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ นครศรีธรรมราช นราธิวาส ยะลา สงขลา และสตูล ตามลำดับ ซึ่งไม่มีจำนวนวันที่มลพิษทางอากาศเกินค่ามาตรฐาน จังหวัดที่มีปัญหาคุณภาพอากาศมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ลำปาง เชียงราย สระบุรี ตาก และพิษณุโลก ตามลำดับ โดยมีจำนวนวันที่ฝุ่นละอองเกินค่ามาตรฐาน 70 68 66 60 และ 57 วัน ตามลำดับ

กรุงเทพมหานครและปริมณฑล สถานการณ์ปัญหาฝุ่นละออง PM 2.5 ประจำปี 2564 จำนวนวันที่ฝุ่นละออง PM 2.5 เกินค่ามาตรฐาน 67 วัน ลดลงจากปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 9)

ภาคเหนือ สถานการณ์ปัญหาฝุ่นละออง PM2.5 ประจำปี 2564 จำนวนวันที่ฝุ่นละอองเกินค่ามาตรฐาน 103 วัน (ลดลงจากปี 2563 ร้อยละ 8) จุดความร้อนสะสมมีค่า 61,776 จุด (ลดลงจากปี 2563 ร้อยละ 52) ปริมาณฝุ่นละออง PM2.5 เฉลี่ย 40 มคก./ลบ.ม. (ลดลงจากปี 2563 ร้อยละ 13) และมีพื้นที่เผาไหม้รวม 9.742 ล้านไร่ 5 จังหวัดที่มีพื้นที่เผาไหม้สูงสุด ได้แก่ ลำปาง แม่ฮ่องสอน เพชรบูรณ์ ตาก และนครสวรรค์

### รายงานมลพิษจากฝุ่น PM 2.5 ประเทศไทย ประจำปี 2564



ที่มา: รายงานคุณภาพอากาศโลก ปี 2564 (World Air Quality Report 2021)

## สถานการณ์ขยะมูลฝอย ขยะติดเชื้อ ขยะอันตรายจากชุมชน และขยะอาหาร

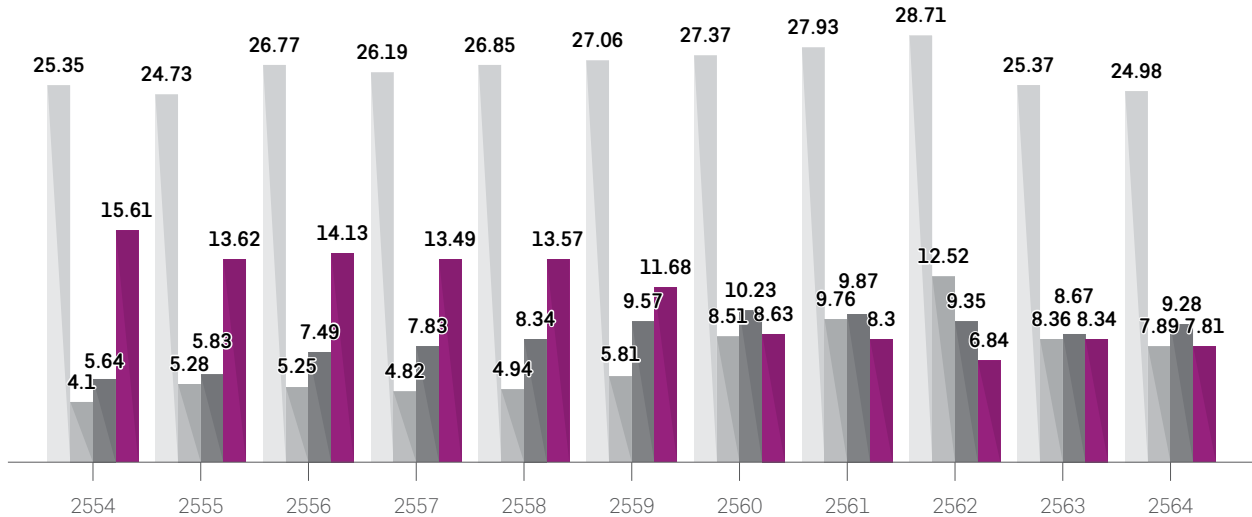
สถานการณ์ขยะมูลฝอย ประจำปี 2564 เกิดขึ้น 24.98 ล้านตัน ลดลงจากปี 2563 ร้อยละ 1 โดยขยะมูลฝอยมีการคัดแยก ณ ต้นทาง และนำกลับไปใช้ประโยชน์ จำนวน 8.61 ล้านตัน เพิ่มขึ้นจากปี 2563 ร้อยละ 3 กำจัดอย่างถูกต้อง 9.68 ล้านตัน เพิ่มขึ้นจากปี 2563 ร้อยละ 6 และกำจัดไม่ถูกต้องประมาณ 6.69 ล้านตัน ลดลงจากปี 2563 ร้อยละ 15 สาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้ปริมาณขยะมูลฝอยลดลงเนื่องมาจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้มีการควบคุมการเดินทางของนักท่องเที่ยวจากต่างประเทศมาประเทศไทย

ด้านขยะมูลฝอยติดเชื้อ ในปี 2564 มีปริมาณ 90,009.23 ตัน เพิ่มขึ้นจากปี 2563 ร้อยละ 87 โดยเกิดจากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการภายใต้กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่น โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชนสถานพยาบาลสัตว์ ห้องปฏิบัติการเชื้ออันตราย รวมไปถึงมูลฝอยติดเชื้อจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จากโรงพยาบาลสนาม สถานกักกันที่ราชการกำหนด ศูนย์แยกกักในชุมชน (CI) การแยกกักตัวที่บ้าน (HI) และสถานที่อื่น ๆ โดยได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง 81,774.67 ตัน (ร้อยละ 90.85) การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ได้แก่ พัฒนาและปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน พัฒนาและขับเคลื่อนมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและระบบควบคุมกำกับการขนมูลฝอยติดเชื้อ (manifest system) พัฒนางานวิชาการมาตรฐาน และงานวิจัยด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

ของเสียอันตรายจากชุมชนในปี 2564 เกิดขึ้น 669,518 ตัน เพิ่มขึ้นจากปี 2563 ร้อยละ 1.6 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ (Waste from Electrical and Electronic Equipment: WEEE) 435,187 ตัน หรือร้อยละ 65 ในส่วนของของเสียอันตรายจากชุมชน ประเภทอื่น ๆ เช่น แบตเตอรี่ ถ่านไฟฉาย ภาชนะบรรจุสารเคมี กระจกสเปร์ย เป็นต้น เกิดขึ้น 234,331 ตัน หรือร้อยละ 35 เมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณของเสียอันตรายจากชุมชนที่เกิดขึ้นในปีที่ผ่านมา พบว่ามีปริมาณ ที่เกิดขึ้นเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน มีการจัดให้มีจุดรวบรวมของเสียอันตรายชุมชนและซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ในชุมชน และห้างสรรพสินค้า เพื่อให้ประชาชนสะดวกในการนำมาทิ้ง ส่งผลให้ปริมาณของเสียอันตรายจากชุมชนเพิ่มสูงขึ้น

จากการศึกษาองค์ประกอบขยะมูลฝอยของประเทศ ปี 2564 พบว่า มีองค์ประกอบที่เป็นขยะอาหารประมาณ ร้อยละ 39 หรือคิดเป็นปริมาณขยะอาหาร 148 กิโลกรัมต่อคนต่อปี ร่างแผนปฏิบัติการด้านการจัดการขยะของประเทศ (พ.ศ. 2565-2573) ได้กำหนดมาตรการจัดการขยะอาหารและกำหนดตัวชี้วัดในการลดปริมาณขยะอาหารเทียบจากปริมาณขยะมูลฝอยชุมชน นอกจากนี้ ในแผนปฏิบัติการลดก๊าซเรือนกระจกของประเทศ พ.ศ. 2564-2573 สาขาการจัดการของเสียชุมชน ได้กำหนดมาตรการที่ให้มีการลดและจัดการใช้ประโยชน์ขยะอาหาร ซึ่งจะช่วยในการลดปริมาณก๊าซเรือนกระจก

- ปริมาณขยะมูลฝอยชุมชน (ล้านตัน)
- กำจัดถูกต้อง (ล้านตัน)
- การนำกลับมาใช้ประโยชน์ (ล้านตัน)
- กำจัดไม่ถูกต้อง (ล้านตัน)

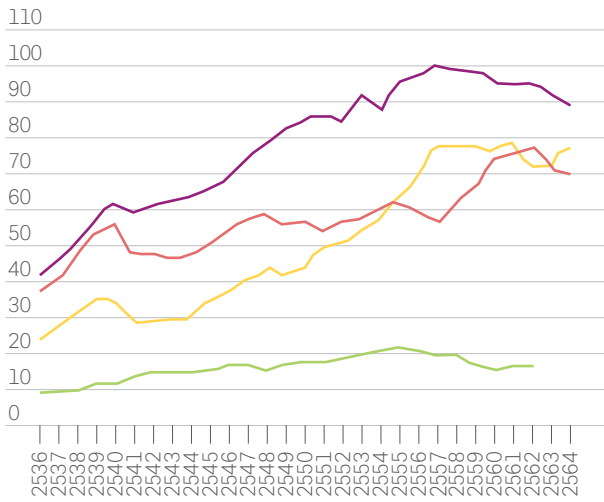


### สถานการณ์การปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO<sub>2</sub>)

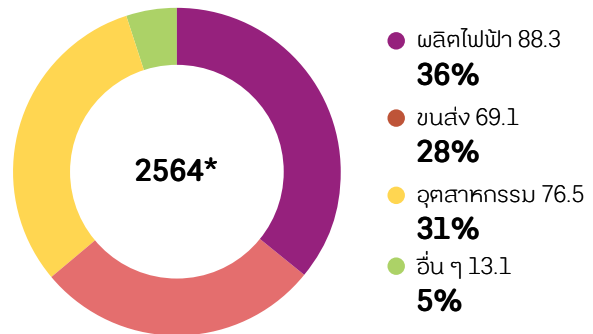
การปล่อยก๊าซ CO<sub>2</sub> จากการใช้พลังงานแยกรายภาคเศรษฐกิจ ปี 2564 ภาคการผลิตไฟฟ้า มีสัดส่วนการปล่อยก๊าซ CO<sub>2</sub> สูงสุด คือ ร้อยละ 36 ของการปล่อยก๊าซ CO<sub>2</sub> ทั้งหมด มีการปล่อยก๊าซ CO<sub>2</sub> ลดลง ร้อยละ 2.9 จากช่วงเดียวกันของปีก่อน ภาคอุตสาหกรรมซึ่งมีสัดส่วนการปล่อยก๊าซ CO<sub>2</sub> รองลงมา ร้อยละ 31 มีการปล่อยก๊าซ CO<sub>2</sub> เพิ่มขึ้น จากช่วงเดียวกันของปีก่อน ร้อยละ 9.9 เนื่องจากความต้องการซื้อในประเทศ และต่างประเทศที่เริ่มขยายตัว ในหลายสินค้า หลังจากภาครัฐผ่อนคลายมาตรการล็อกดาวน์ โดยเฉพาะการขยายตัวของอุตสาหกรรมรถยนต์ ขยายตัว ร้อยละ 9.15 ตามการขยายตัวของตลาดส่งออกเป็นหลัก ภาคการขนส่ง ซึ่งมีสัดส่วนการปล่อยก๊าซ CO<sub>2</sub> ร้อยละ 28 มีการปล่อยก๊าซ CO<sub>2</sub> ลดลงจากช่วงเดียวกันของปีก่อน ร้อยละ 7.4 เนื่องจากมาตรการจำกัดการเดินทาง ในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และมาตรการทำงานจากที่บ้าน (work from home) ทำให้การใช้รถยนต์ ในการเดินทางน้อยลง สำหรับภาคเศรษฐกิจอื่น ๆ ซึ่งมีสัดส่วนการปล่อยก๊าซ CO<sub>2</sub> ร้อยละ 5 มีการปล่อยก๊าซ CO<sub>2</sub> ลดลงจากช่วงเดียวกันของปีก่อน ร้อยละ 2.5 ตามการลดลงของการใช้พลังงานในภาคเกษตรกรรมที่ได้รับผลกระทบ จากปัญหาภัยแล้ง และการใช้พลังงานของภาคพาณิชย์กรรมที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19<sup>5</sup>

## การปล่อยก๊าซ CO<sub>2</sub> จากการใช้พลังงานแยกรายภาคเศรษฐกิจ ปี 2564

การผลิตไฟฟ้า    ขนส่ง  
อุตสาหกรรม    อื่น ๆ



### สัดส่วนการปล่อยก๊าซ CO<sub>2</sub> จากการใช้พลังงาน รายภาคเศรษฐกิจ



รวมทั้งสิ้น  
246.9 ล้านตัน CO<sub>2</sub>

\*เดือน ม.ค.-ธ.ค.

**การปล่อยก๊าซ CO<sub>2</sub>**

↓ **ลดลง 0.6%** ↓

จากช่วงเดียวกันของปีก่อน

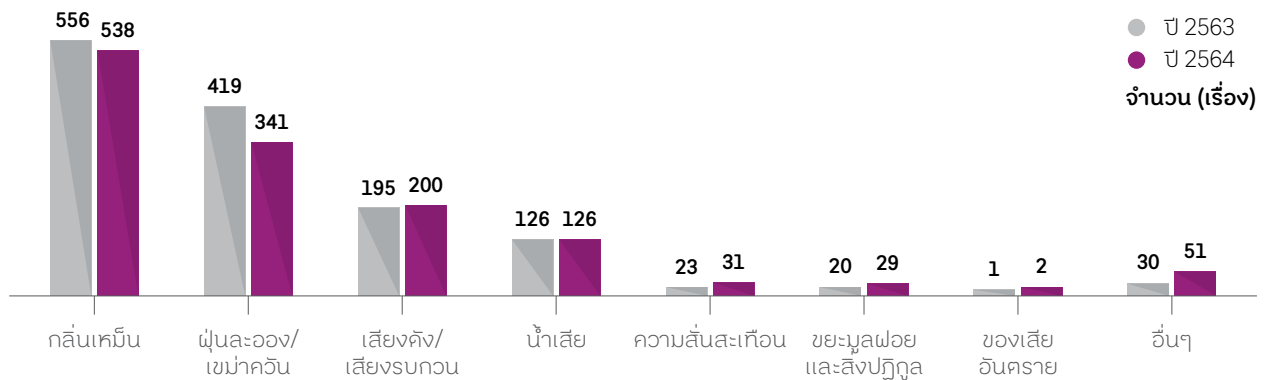
ทั้งในภาคการผลิตไฟฟ้า ขนส่ง และภาคเศรษฐกิจอื่น  
ส่วนภาคอุตสาหกรรมมีการปล่อย CO<sub>2</sub> เพิ่มขึ้น

หมายเหตุ: สาขาเศรษฐกิจอื่น ๆ หมายถึง ภาคครัวเรือน เกษตรกรรม พาณิชยกรรม และกิจกรรมอื่น ๆ

### สถานการณ์มลพิษอุตสาหกรรม

ปี 2564 กรมควบคุมมลพิษ ได้รับแจ้งเรื่องร้องเรียนปัญหามลพิษ จำนวน 706 เรื่อง (ลดลงจากปี 2563 จำนวน 79 เรื่อง) สำหรับปัญหามลพิษที่ได้รับการแจ้งเรื่องร้องเรียนมากที่สุด คือ มลพิษทางอากาศ (ร้อยละ 84) รองลงมา คือ น้ำเสีย (ร้อยละ 10) และมูลฝอยสิ่งปฏิกูลและของเสียอันตราย และอื่น ๆ (ร้อยละ 6) โดยแหล่งที่มาของปัญหาเรื่องร้องเรียนมากที่สุด โรงงาน (ร้อยละ 43) รองลงมา คือ สถานประกอบการอื่นที่ไม่ใช่โรงงาน (ร้อยละ 32) ประเด็นปัญหาด้านกลิ่นเหม็นและแหล่งกำเนิดมลพิษประเภทโรงงานอุตสาหกรรมจะได้รับการร้องเรียนมากที่สุด เหมือนกับข้อมูลสถิติในปี 2563 โดยประเภทโรงงานอุตสาหกรรม ที่ได้รับการร้องเรียนมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นกิจการผลิตผลิตภัณฑ์ยาง ผลิตภัณฑ์พลาสติก และผลิตภัณฑ์จากพืชผลทางการเกษตร และปี 2564 กรมโรงงานอุตสาหกรรม ได้รับแจ้งเรื่องร้องเรียนปัญหามลพิษ จำนวน 2,506 เรื่อง ได้แก่ การปล่อยกลิ่นเหม็น ปล่อยน้ำเสีย ปล่อยมลพิษ แอบทิ้งกากของเสีย และปัญหาเสียงดัง

## สถิติเรื่องร้องเรียนแยกตามแหล่งที่มาของปัญหามลพิษ



## ภาพกรอบแนวคิดการดำเนินงานของแผนงานสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ



### กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ

“เรื่องเพศ” เป็นหนึ่งในเรื่องที่ถูกตบตาในสังคมไทย เพราะถูกมองว่าเป็นเรื่องน่าอาย ไม่ควรพูดถึง ไม่จำเป็นต้องสอน ไม่จำเป็นต้องให้เด็กเรียนรู้ โดยเชื่อว่าโตไปก็สามารถเรียนรู้ได้เอง เมื่อ “เรื่องเพศ” กลายเป็นเรื่องที่ต้องปกปิด ไม่สามารถพูดคุยกันได้เหมือนเรื่องอื่น ๆ แต่มีอาจปิดกั้นความสนใจใคร่รู้ตามวัยที่เป็นเรื่องตามธรรมชาติไปได้ เด็กส่วนหนึ่งจึงค้นหาข้อมูลเรื่องเพศจากสื่อต่าง ๆ ที่รายล้อมรอบตัว ไม่ว่าจะจากอินเทอร์เน็ต จากเพื่อน ซึ่งไม่อาจรู้ได้เลยว่าข้อมูลที่เขารับได้นั้นถูกต้องหรือเหมาะสมมากน้อยเพียงใด ความ “ไม่รู้” หรือ “ไม่เท่าทัน” เรื่องเพศของเด็ก ส่งผลให้เด็กกลุ่มหนึ่งได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นตามมาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน ไม่ว่าจะเป็นการตั้งครรภ์

ในช่วงวัยรุ่น การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อเอชไอวี การยุติการตั้งครรภ์ การถูกใช้ความรุนแรง ฯลฯ โดยการดำเนินงานในประเด็นสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติหลายแผน ประกอบด้วย

- เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) เป้าหมายที่ 3 สุขภาพและความปลอดภัย ในหัวข้อ SDG 3.7 สร้างหลักประกันว่ามีการเข้าถึงบริการ ข้อมูล การให้การศึกษาเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์โดยถ้วนหน้า รวมถึงการวางแผนครอบครัว และการผสมอนามัยเจริญพันธุ์ในยุทธศาสตร์และแผนงานระดับชาติ ภายในปี 2573
- แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561-2580) ในประเด็น 13 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี สอดคล้องกับแผนย่อยคือ 1) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาวะและการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ 2) การใช้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี 3) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยสนับสนุนการสร้างสุขภาวะที่ดี 4) การกระจายบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ
- ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพอนามัย (พ.ศ. 2563-2573) ภายใต้ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 ในยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมให้การใช้ถุงยางอนามัย เป็นวิถีชีวิตประจำวันของประชาชน ยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงถุงยางอนามัย ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนานโยบาย และเสริมสร้างกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพอนามัย
- การดำเนินงานของแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ แม้ไม่ได้เป็นเป้าหมายหลักใน 7 ประเด็นการทำงานในระยะ 10 ปี ของ สสส. แต่เรื่องดังกล่าวก็ยังถือว่ามีความสำคัญ โดยในรายงานสถานการณ์ด้านสุขภาพคนไทย ThaiHealth Watch 2022 มีการนำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์สำหรับคนไทยสู่สาธารณะ ทิศทางแนวโน้มสถานการณ์ด้านสุขภาพจากรายงานมีสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น โดยการออกแบบแผน 5 ปีของแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ มีความสอดคล้องกับภาพรวมทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ที่มีพื้นฐานอยู่บนการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ และมีแนวทางการขับเคลื่อนตามยุทธศาสตร์เฉพาะ 5 ด้าน คือ 1) ส่งเสริมวิชาการและนวัตกรรม 2) สานพลังภาคีและเครือข่าย 3) พัฒนาศักยภาพบุคคล ชุมชน องค์กร 4) พัฒนากลไก นโยบาย สังคม และสถาบัน 5) สื่อสารสังคม โดยมีพื้นฐานอยู่บนยุทธศาสตร์ไตรพลัง (พลังปัญญา พลังนโยบาย พลังสังคม)

แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2548 โดยในระยะเริ่มต้นเน้นการทำงานในเชิงแนวคิด ความเชื่อ ทักษะชีวิตที่มีต่อเรื่องเพศ มีการพัฒนาภาคีเครือข่ายการทำงาน จากนั้นจึงพัฒนางานด้านเพศวิถีศึกษา ในโรงเรียน และการพัฒนาชุมชนต้นแบบ และเมื่อสถานการณ์การคลอดของวัยรุ่นมีอัตราสูงขึ้น แผนงานฯ จึงเริ่มพัฒนางานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งการทำงานในประเด็นนี้สามารถแบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ พ.ศ. 2557-2559 ที่มีการดำเนินงานตามภารกิจ 9 ด้านในโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดในพื้นที่ 20 จังหวัดครอบคลุมทุกภูมิภาค รวมถึงเป็นส่วนหนึ่งในการผลักดันให้เกิด พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ควบคู่กับการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 - 2569) พ.ศ. 2559-2563 เป็นช่วงเวลาแห่งการต่อยอดหนุนเสริม พ.ร.บ. ฉบับดังกล่าว ถือเป็นความสำเร็จในการผลักดันนโยบายสาธารณะ ที่เกิดกลไกคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด เกิดต้นแบบจังหวัดบูรณาการที่มีการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน



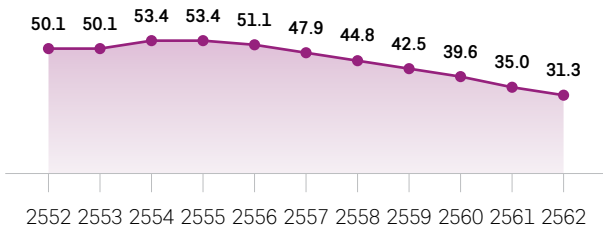
การทำงานประเด็นเอชไอวี/เอดส์ ดำเนินงานใน 2 จังหวัดนำร่อง โดยทำงานร่วมกับกรมควบคุมโรค ในการพัฒนา รูปแบบการทำงาน 10 มาตรการ ที่สามารถสังเคราะห์ชุดความรู้เตรียมนำไปขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ ได้ นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาระบบบริการให้การปรึกษา ช่วยเหลือ ส่งต่อผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม ผ่านสายด่วน 1663 และเครือข่าย อาสา RSA (Referral system for Safe Abortion) ที่เตรียมส่งต่อบริการไปยังหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง อีกทั้ง ยังมีการพัฒนาคู่มือ เครื่องมือ ชุดความรู้ ที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนานโยบาย หรือแนวทางการสื่อสารสร้างความตระหนักให้กับสังคม อาทิตี เครื่องมือ e-learning เพื่อพัฒนาสมรรถนะครูเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตในหลักสูตร การศึกษาขั้นพื้นฐาน คู่มือสำหรับพ่อแม่ผู้ปกครองในการสื่อสารกับบุตรหลานที่เป็นวัยรุ่น แนวปฏิบัติในการช่วยเหลือ นักเรียนที่ตั้งครรภ์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและได้เรียนต่อจนจบการศึกษา ฯลฯ ขณะนี้มีบางส่วนอยู่ในขั้นตอนการพัฒนา อาทิตี หลักสูตรและรูปแบบการเรียนการสอนเพศวิถีศึกษาแบบรอบด้านสำหรับเยาวชนที่มีความบกพร่องในด้านต่าง ๆ ฯลฯ ที่หากดำเนินการแล้วเสร็จ จะมีการหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขยายผลและนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ในวงกว้างต่อไป

แม้การดำเนินงานของแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศจะมีความคืบหน้ามาเป็นลำดับ อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัด อยู่หลายประเด็น อาทิ การขยายต้นแบบการทำงานไปยังหน่วยงานภาครัฐ (ผู้เล่นหลัก) ที่เกี่ยวข้อง การดำเนินงาน ตามยุทธศาสตร์รณรงค์อย่างอนามัยแห่งชาติ ให้บรรลุความสำเร็จตามยุทธศาสตร์ที่ (1) การส่งเสริมให้การใช้ถุงยางอนามัย เป็นวิถีชีวิตประจำวันของประชาชนได้ การผลักดันทางด้านนโยบาย อาทิ ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์ ของผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม การจัดการบริการสุขภาพที่ครอบคลุมสุขภาพจิตและสุขภาวะทางเพศในกลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องที่แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศจะให้ความสำคัญในการทำงานอย่างต่อเนื่องในอีก 5 ปีถัดไป ซึ่งสอดคล้องกับ CoO การเพิ่มการมีสุขภาวะทางเพศที่ปลอดภัย ในการเพิ่ม สัดส่วนวัยรุ่นที่มีสุขภาวะทางเพศที่ปลอดภัย

**อัตราการคลอดของวัยรุ่น** อัตราการคลอดของวัยรุ่นไทยเคยเพิ่มขึ้นสูงสุดในช่วงปี 2554-2555 คิดเป็นอัตราที่ 53.4 ต่อประชากรหญิง 15-19 ปี 1,000 คน โดยในช่วงเวลานั้นเกิดความร่วมมือระหว่างองค์กรภาคีหลายภาคส่วน ในการบูรณาการการทำงานร่วมกันเพื่อลดอัตราการคลอดของวัยรุ่นลง จนปัจจุบันอัตราการคลอดของแม่วัยรุ่นกำลัง ลดลงอย่างต่อเนื่อง แม้จะยังไม่บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ที่กำหนดว่า ในปี 2569 อัตราการคลอดในวัยรุ่นลดลง ไม่เกิน 25 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน โดยอัตราการคลอดของแม่วัยรุ่นปี 2563 อยู่ที่ 28.7 ต่อประชากรหญิง 15-19 ปี 1,000 คน ยกเว้นในบางจังหวัด อาทิ แม่ฮ่องสอน เพชรบุรี พังงา ลพบุรี สิงห์บุรี ที่อัตราการคลอดยังคงสูงอยู่ ในขณะที่ภาพรวมอัตราการคลอดซ้ำ ของประเทศกำลังลดลง แต่ยังคงสูงเกินเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไม่เกินร้อยละ 14.5

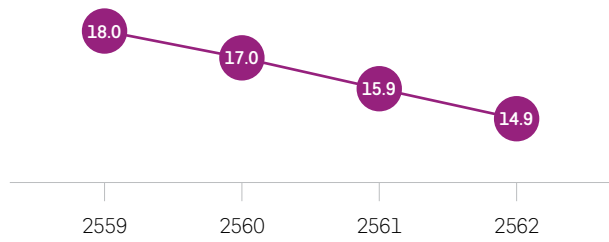
## อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี

ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน



## ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำ

ในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี



**ดูขงยงอนนหมย** รายงานการใช้ดูขงยงอนนหมยในวัยรุนของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2562 พบว่า อัตราการใช้ดูขงยงอนนหมยในวัยรุน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยนักเรียน ม.5 ที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว ใช้ดูขงยงอนนหมยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ร้อยละ 77.6 ในเพศชาย และร้อยละ 80 ในเพศหญิง ส่วนนักเรียนชั้น ปวช.ปี 2 ร้อยละ 72.4 ในเพศชาย และร้อยละ 77.6 ในเพศหญิง ในขณะที่ร้อยละการใช้ดูขงยงอนนหมยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับแฟนหรือคูรััก ในนักเรียน ม.5 เพศชาย ร้อยละ 84.6 เพศหญิง ร้อยละ 69.2 ในนักเรียนชั้น ปวช.ปี 2 เพศชาย ร้อยละ 77.6 เพศหญิง ร้อยละ 67.3 สะท้อนว่าแม้อัตราการใช้ดูขงยงอนนหมยจะสูงขึ้น แต่การใช้ อย่างสม่าเสมอยังคงต่ำ ส่งผลต่ออัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลในปี 2563 พบวัยรุนอายุ 15-24 ปี มีอัตราป่วยสูงถึง 172.3 ต่อประชากรแสนคน สาเหตุของการไม่ใช้ดูขงยงอนนหมย ส่วนหนึ่งเกิดจากการเข้าถึง โดยในปี 2563 พบว่า ประเทศไทยมีความต้องการใช้ดูขงยงอนนหมย 105 ล้านชิ้นต่อปี แต่มีจำนวนที่ผลิตได้ต่อปีเพียง 70 ล้านชิ้นต่อปี ส่งผลให้ไม่เพียงพอกับความต้องการใช้และสถานการณ์โควิด-19 ทำให้วัยรุนเข้าถึงได้ค่อนข้างจำกัด อีกทั้งยังมีประเด็นเรื่องภาพลักษณ์ของดูขงยงอนนหมย ที่ต้องมีการปรับมุมมองเชิงบวกว่าไม่ใช่เป็นเรื่องของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง แต่เป็นความรับผิดชอบร่วมกัน

### ร้อยละของการใช้ดูขงยงอนนหมย

เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

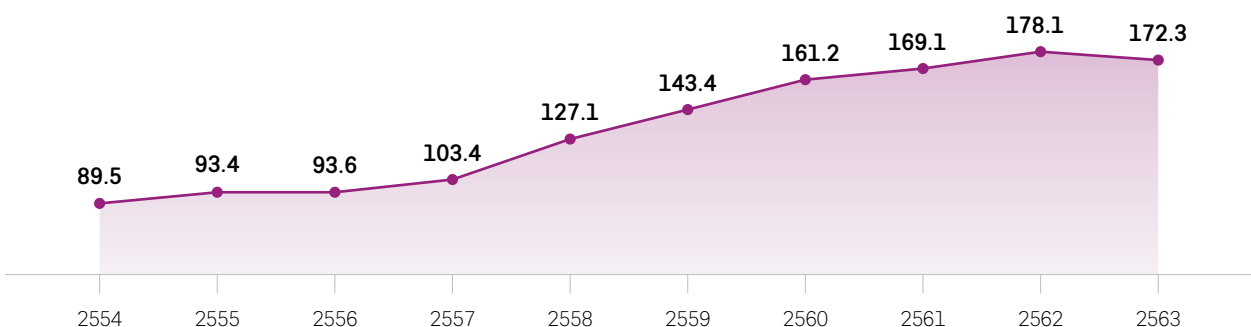
กลุ่มเป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562
นักเรียน ม.5						
เพศชาย	65.0	70.3	71.9	74.1	75.0	77.6
เพศหญิง	64.2	71.1	73.0	76.9	79.0	80.0
นักเรียน ปวช. ชั้นปีที่ 2						
เพศชาย	61.2	64.6	67.0	69.5	71.4	72.4
เพศหญิง	62.3	65.9	70.3	74.6	75.1	77.6

### ร้อยละของการใช้ดูขงยงอนนหมย

เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับแฟนหรือคูรััก

กลุ่มเป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562
นักเรียน ม.5						
เพศชาย	68.5	76.2	75.0	76.5	78.6	84.6
เพศหญิง	54.6	70.6	67.7	71.0	71.4	69.2
นักเรียน ปวช. ชั้นปีที่ 2						
เพศชาย	64.7	62.8	67.4	69.5	75.0	77.6
เพศหญิง	52.0	52.8	61.8	65.7	67.1	67.3

## อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุนและเยาวชนอายุ 15-24 ปี



**การยุติการตั้งครุฑ** ความคืบหน้าในการดำเนินงาน อาทิ ความพยายามของกระทรวงสาธารณสุข และภาคีที่เกี่ยวข้อง ในการวางแผนนโยบายและแนวปฏิบัติเพื่อรองรับการให้บริการยุติการตั้งครุฑที่ปลอดภัยแบบองค์รวม (เป็นผลจาก การทำงานของ สสส. ที่กรมอนามัยรับไปดำเนินการ และ WHO ยอมรับทางวิชาการ) การแก้ไขประมวลกฎหมาย อาญาว่าด้วยการทำแท้ง ผ่านกระบวนการศาลรัฐธรรมนูญและการพิจารณาในรัฐสภา นำไปสู่การออกพระราชบัญญัติ เพิ่มเติมแก้ไขประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564 ให้ผู้หญิงที่อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ สามารถ ยุติการตั้งครุฑได้ สปสข. สนับสนุนค่ายุติการตั้งครุฑด้วยวิธีการใช้ยา หรือเครื่องดูดสุญญากาศ แบบเหมาจ่าย 3,000 บาทต่อราย และเพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านการคุมกำเนิดกึ่งถาวรหลังยุติการตั้งครุฑเพื่อป้องกันการตั้งครุฑซ้ำ และสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ยังเป็นโอกาสที่ทำให้มีการพัฒนาระบบการให้บริการแบบ telemedicine ที่ตอนนี้อยู่ในช่วงทดลองใช้งานระบบ แต่การทำงานเรื่องนี้ยังคงมีข้อท้าทายหลายเรื่อง ไม่ว่าจะเป็น เรื่องหน่วยบริการยุติการตั้งครุฑที่ยังคงมีอยู่จำกัดและช่วงโควิดที่ผ่านมาเกิดช่องว่างในการให้บริการ นอกจากนี้ ทักษะคน การรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องต่อการยุติการตั้งครุฑ และข้อมูลกฎหมายฉบับใหม่หลังการแก้กฎหมายทำแท้ง ยังคง มีความคลาดเคลื่อน โดยเฉพาะการสื่อสารที่จะทำให้เกิดการรับรู้ถึงสถานที่ให้บริการยังถือเป็นเรื่องยาก เนื่องจาก ไม่สามารถสื่อสารทางสาธารณสุขให้รับรู้เป็นวงกว้างได้

**เอชไอวี/เอดส์** จากการศึกษาของคณะทำงานคาดประมาณสถานการณ์เอดส์ สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค ร่วมกับศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ และโครงการ Analysis and Advocacy (A2) ทำการคาดประมาณผลลัพธ์ จากการขยายการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ในการลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ (Condom HIV Impact Analysis) ระบุว่า ตั้งแต่ปี 2533 - 2561 ประเทศไทยป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ 8,000,468 ราย และป้องกันการ เสียชีวิตได้ 4,352,963 ราย โดยคาดการณ์ว่า หากดำเนินการให้อัตราการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 90 จะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ในช่วงปี 2562-2563 เป็นจำนวน 20,983 คน หรือลดการติดเชื้อลงได้ 28,414 คน โดยในปี 2573 จะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพียง 810 คน แต่จากข้อมูลในปี 2562 พบว่า อัตราการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดของ วัยรุ่นภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา มีการใช้ร้อยละ 76 ซึ่งถือว่าต่ำจากเกณฑ์ ส่วนการตีตราและเลือกปฏิบัติ จากการสำรวจการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระบบบริการสุขภาพ พบว่ามีแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่การตีตรา ตนเองในกลุ่มผู้ติดเชื้อยังคงมีอัตราที่สูง ซึ่งผลกระทบจากการตีตราในแง่มุมต่าง ๆ ส่งผลต่อการป้องกันดูแลตัวเอง เนื่องจากเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพก็จะตัดสินใจไม่ไปโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับบริการ หรือเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีถูกตีตรา จะไม่กล้าเข้ารับบริการ เกิดความล่าช้าในการรักษา นอกจากนี้จะปกปิดว่าตนเองเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้มีโอกาส แพร่เชื้อให้ผู้อื่น นำไปสู่ข้อจำกัดของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย

นอกจากนี้ ยังพบว่า บุคคลผู้มีความหลากหลายทางเพศส่วนหนึ่งมีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี และซี รวมทั้งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่าง ๆ ซึ่งมีความจำเป็นที่ต้องได้รับความรู้ในการป้องกันตนเองไม่ให้เกิด การติดเชื้อ มีการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อต่าง ๆ ในบางรายมีความจำเป็นที่จะต้องใช้ออร์โมนข้ามเพศ ที่ต้องมีการติดตามผลกระทบอยู่เป็นระยะ แต่จากงานวิจัยพบว่าบุคคลข้ามเพศในประเทศไทย บุคคลข้ามเพศหญิงมีการใช้ ออร์โมนข้ามเพศร้อยละ 73 ส่วนบุคคลข้ามเพศชายมีการใช้ออร์โมนข้ามเพศร้อยละ 35 จากกลุ่มนี้มีการรับออร์โมน จากแพทย์หรือเภสัชกรเพียงร้อยละ 4 และ 10 ตามลำดับ ซึ่งนอกจากจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพทางเพศแล้ว ยังรวมปัญหาด้านสุขภาพจิตเข้าไปอีกด้วย ซึ่งการให้บริการด้านสุขภาพแบบเป็นองค์รวมกับบุคคลที่มีความหลากหลาย ทางเพศ ถือเป็นเรื่องที่ค่อนข้างใหม่ในวงการแพทย์ มีสถานพยาบาลที่ให้บริการด้านนี้อย่างจำกัด คนที่มีความหลากหลาย

ทางเพศมักจะเข้าไม่ถึงบริการ รวมถึงมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และหลายครั้งผู้ให้บริการเองก็ไม่มีสมาธิหรือความละเอียดอ่อนในเรื่องเพศ ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกไม่ปลอดภัย รู้สึกถูกคุกคามจนไม่ยอมเข้ารับบริการในสถานพยาบาลอีกด้วย

## กรอบแนวคิดของกลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ



### กลุ่มแผนงานการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและพัฒนาระบบยา

การดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและระบบยา สอดรับกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนและทิศทางระดับประเทศตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (17) ประเด็นความเสมอภาคและหลักประกันทางสังคม (พ.ศ. 2561-2580) ซึ่งมีแนวทางพัฒนาเพื่อปรับปรุงระบบและกลไกในการคุ้มครองผู้บริโภค รวมทั้งพัฒนาระบบและกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคให้มีประสิทธิภาพและสนับสนุนองค์กรของผู้บริโภคให้มีความเข้มแข็ง ป้องกันการละเมิดสิทธิผู้บริโภค และอำนวยความสะดวกแก่ผู้บริโภค สนับสนุนการบริโภคอย่างยั่งยืน รวมถึงการพัฒนาระบบรับรองคุณภาพ ขององค์กรคุ้มครองผู้บริโภค เสริมสร้างการเรียนรู้ของผู้บริโภคให้มีความตระหนักในสิทธิหน้าที่และมีภูมิคุ้มกัน ในการบริโภคและซื้อสินค้า และส่งเสริมให้ภาคีการพัฒนาต่าง ๆ มีบทบาทในการสนับสนุนการคุ้มครองผู้บริโภคได้อย่างเป็นรูปธรรม

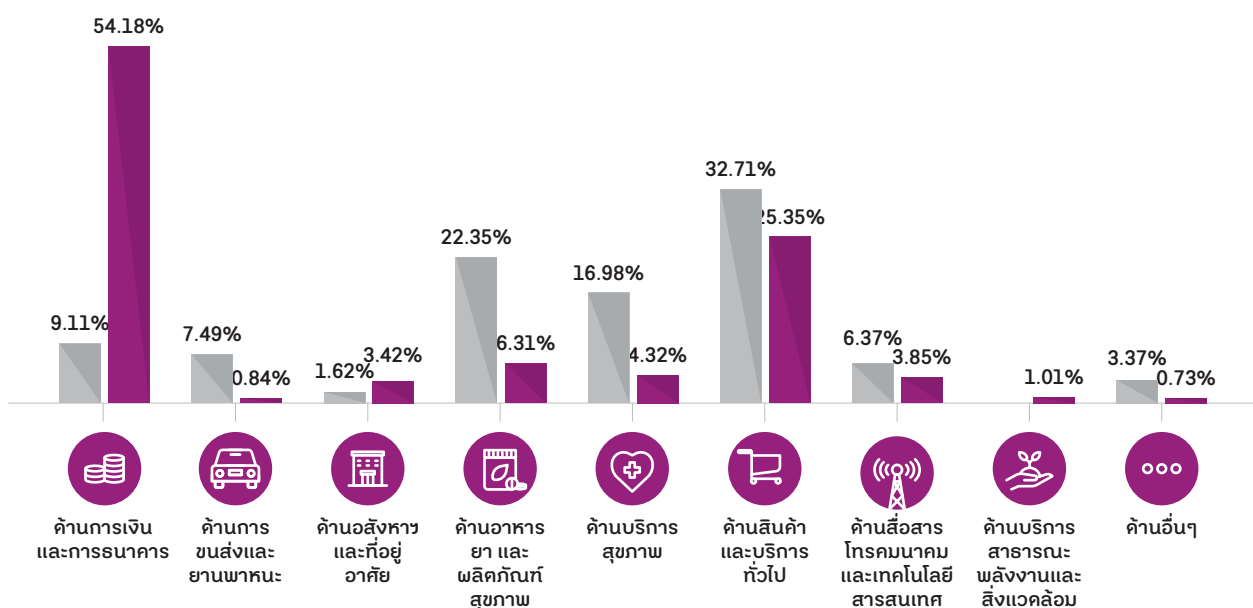
การดำเนินการของสสส. ยังคงสนับสนุนการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522 และพระราชบัญญัติคุ้มครองคุ้มครองผู้บริโภค (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2562 เพื่อให้การคุ้มครองผู้บริโภคด้านความปลอดภัยของสินค้าและบริการมีความเหมาะสมและเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการคุ้มครองผู้บริโภค การสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม โดยการสร้างหลักประกันทางสังคมที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับคนทุกช่วงวัย ทุกเพศสภาพ และทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มด้อยโอกาสและกลุ่มเปราะบาง รวมทั้งการปิดช่องว่างการคุ้มครองทางสังคมอื่น ๆ สร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในทุกมิติ



สถานการณ์ปัญหาผู้บริโภคด้านสุขภาพในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ด้วยสภาพสังคมที่ก้าวสู่ยุคดิจิทัล สินค้าและบริการมีความซับซ้อนทั้งในเชิงการผลิตและการตลาด ผู้บริโภคมีการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่หลากหลาย โดยที่ผ่านมามีปัญหาที่ผู้บริโภคได้รับผลกระทบและร้องเรียนมากเป็นอันดับหนึ่งของปี 2564 คือ ปัญหาด้านสื่อและโทรคมนาคม 1,816 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมา คือ ปัญหาด้านการเงินการธนาคาร/ประกัน ร้องเรียนเข้ามา 740 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 22 และอันดับที่ 3 คือ ปัญหาด้านสินค้าและบริการทั่วไป จำนวน 400 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 12 สำหรับปัญหาด้านสื่อและโทรคมนาคม (1,816 เรื่อง) ที่มีผู้ร้องเรียนเข้ามามากที่สุด ถึงร้อยละ 55 ของจำนวนผู้ร้องเรียนทั้งหมดนั้น ส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่พบจากการได้รับข้อความ SMS และโทรศัพท์ก่อกวน ที่มีเนื้อหาหลอกลวงให้ใช้บริการแอปพลิเคชัน กู้เงินผิดกฎหมาย และเว็บพนัน รวมถึงเนื้อหาอนาจาร ทำให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญและเสียทรัพย์สินได้ ส่วนปัญหาด้านการเงินการธนาคาร/ประกัน (740 เรื่อง) พบปัญหาเรื่องแอปพลิเคชันกู้เงินผิดกฎหมาย โดยมีลักษณะ คือ ต้องจ่ายเงินก่อนกู้ หรือ มีดอกเบี้ยสูงเกินกว่ากฎหมายกำหนด ต้องชำระคืนภายใน 6-7 วัน ส่วนประกันโควิดก็เป็นปัญหาที่มีผู้เสียหายมากและเป็นประเด็นในสังคม คือ การจ่ายค่าสินไหมประกันโควิดแบบ “เจอ จ่าย จบ” ล่าช้าเกินกว่า 15 วัน ชัดกับคำสั่งของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) และยังพบปัญหามีเจ้าหน้าที่โทรหาลูกให้ผู้บริโภคต่อประกันรถยนต์ทางโทรศัพท์แต่ไม่ได้รับกรมธรรม์ นอกจากนี้ ปัญหาเรื่องหนี้ยังพบเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะหนี้บัตรเครดิต และยังคงพบหนี้ธุรกิจเช่าซื้อ หนี้บัตรเครดิต และสินเชื่อ เนื่องจากสถานะเศรษฐกิจตกต่ำในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สำหรับปัญหาด้านสินค้าและบริการทั่วไป (400 เรื่อง) ผู้บริโภคที่ร้องเรียนเข้ามาพบปัญหาสินค้าชำรุดบกพร่อง ไม่ได้มาตรฐานมากที่สุด จำนวน 76 เรื่อง รองลงมา คือ มีปัญหาการขอเงินคืน ไม่พอใจบริการการโฆษณาเกินจริง ซึ่งเป็นปัญหาเกิดจากการซื้อสินค้าในช่องทางออนไลน์ เมื่อจัดส่งสินค้ามาให้พบว่าสินค้าชำรุดและไม่ตรงปก

### รายงานเรื่องร้องเรียนของผู้บริโภค ร้อยละของจำนวนที่มีการร้องเรียน

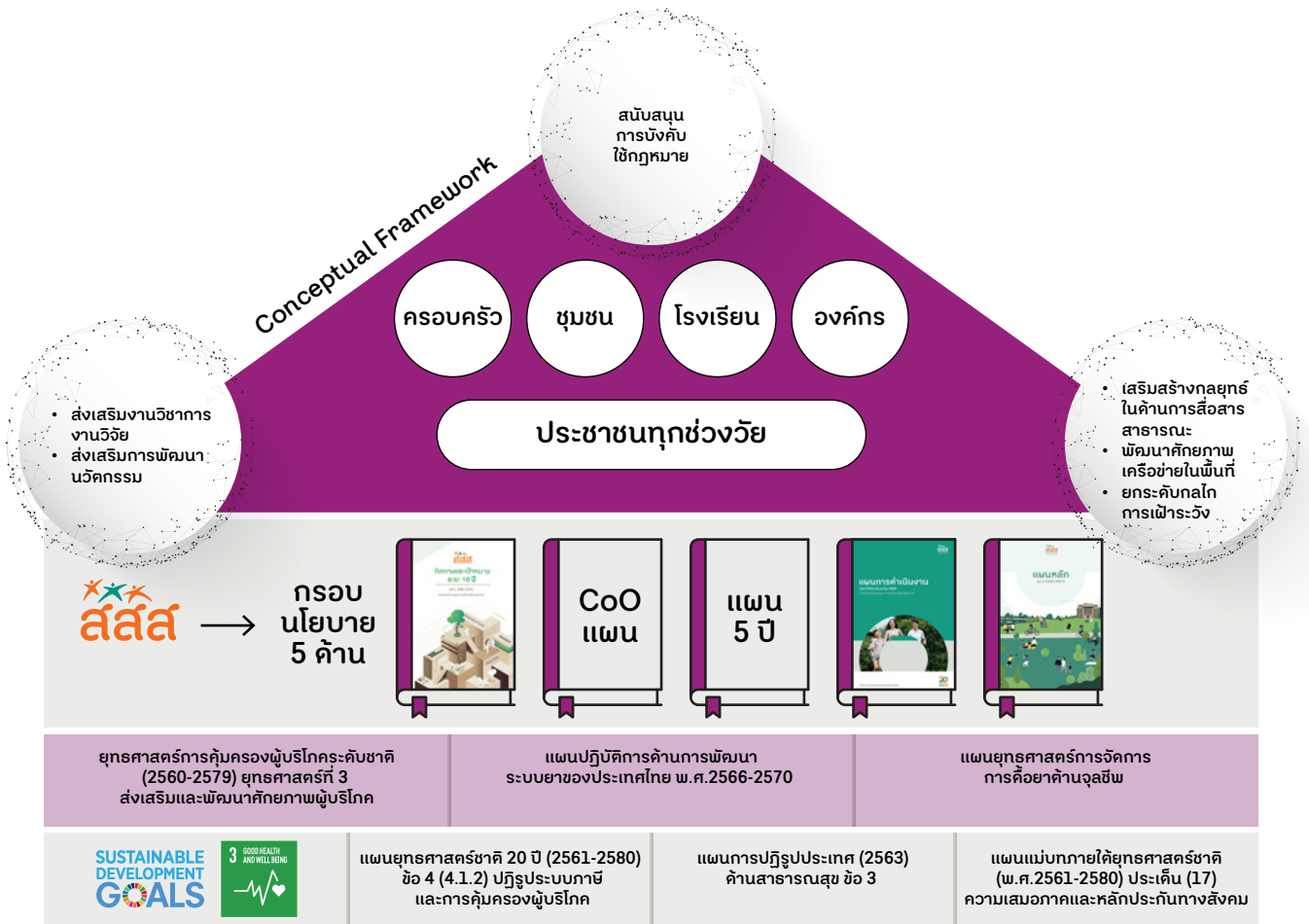
● กรกฎาคม - กันยายน 2563 ● กรกฎาคม 2564 - กุมภาพันธ์ 2565



จากข้อมูลของศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) ระบุว่า ยาปฏิชีวนะ คือยาต้านแบคทีเรีย แต่คนส่วนใหญ่ มักเข้าใจผิดว่าเป็นยาแก้ไอแก้หวัด ยาแก้อาการหวัด ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้มีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุสมผล ทำให้มีโอกาสดื้อยาได้ ซึ่งองค์การอนามัยโลก ได้ระบุว่า ขณะนี้โลกกำลังเผชิญกับภัยคุกคามรูปแบบใหม่คือ เชื้อดื้อยา ซึ่งคร่าชีวิตประชากรโลกในแต่ละปีสูงถึง 700,000 คน และหากไม่เร่งแก้ปัญหา คาดว่าปี 2593 การเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาจะสูงถึง 10 ล้านคน โดยในทวีปเอเชียจะมีคนเสียชีวิตมากถึง 4.7 ล้านคน คิดเป็นผลกระทบทางเศรษฐกิจโลกสูงถึง 3.5 พันล้านล้านบาท สำหรับประเทศไทย พบว่า มีการเสียชีวิตจากโรคต่าง ๆ ที่เกิดจากเชื้อดื้อยา ประมาณปีละ 20,000-38,000 คน หรือทุก ๆ 15 นาที เสียชีวิต 1 คน หรือเฉลี่ยวันละ 100 คน ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานกว่าปกติ คิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมสูงถึงปีละ 46,000 ล้านบาท มากกว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดและจากอุบัติเหตุ นอกจากนี้ยังพบว่า ร้านขายยาทั่วไปมีการจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคที่ไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ เช่น โรคไข้หวัด โรคไซนัสอักเสบซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัส และบาดแผลถลอก สูงถึงร้อยละ 64-80 ส่วนสถานการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะในคลินิกและโรงพยาบาลเอกชน คาดการณ์ว่า น่าจะมีปัญหาไม่น้อยกว่าหรืออาจมากกว่าที่พบในโรงพยาบาลภาครัฐ

เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและระบบยาจากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่ายังมีข้อจำกัดของการนำต้นแบบที่แผนงานผลิตไปขยายผล และโอกาสของการเกิดสภาพองค์กรของผู้บริโภค จึงเป็นหมุดหมายสำคัญที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนทิศทางการดำเนินงานของกลุ่มแผนงานโดยจะเน้นการดำเนินงานเฉพาะที่ยังเป็นช่องว่าง โดยเฉพาะการทบทวนองค์ความรู้หรือต้นแบบต่าง ๆ ที่ทำไว้แล้วเพื่อเชื่อมและส่งต่อกับหน่วยงาน กลไกเชิงระบบปกติให้เกิดการขยายผลและเกิดความยั่งยืนต่อไป





**ภาพรวมยุทธศาสตร์การทำงานของแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ**

1. สนับสนุนการบังคับใช้กฎหมาย โดยเน้นมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและมาตรการการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
2. สนับสนุนการพัฒนาวิชาการ งานวิจัย และการส่งต่อทุนความรู้ ให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายหรือผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อก่อให้เกิดมาตรการสำคัญเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ
3. ยกระดับการทำงานของภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงานผ่านการสร้างเสริมศักยภาพและพัฒนาความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย
4. เสริมสร้างกลยุทธ์ในการสื่อสาร โดยการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ในประเด็นเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ
5. สนับสนุนการบูรณาการงานภายในสำนักงาน เพื่อก่อให้เกิดความเชื่อมโยงแนวคิดและแนวทางการดำเนินงานต่าง ๆ เพื่อลดความซ้ำซ้อนและก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานมากยิ่งขึ้น

## นิยามเชิงปฏิบัติการ

**สุขภาพจิตดี (mental health)** หมายถึง สภาพที่ดีของจิตใจที่สามารถควบคุมอารมณ์ไม่ให้เกิดความคับข้องใจหรือขัดแย้งภายในจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุขหรือสภาพชีวิตที่เป็นสุข<sup>32</sup> สามารถทำงานให้เกิดประสิทธิผล และสามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมของตนได้<sup>33</sup>

**สร้างเสริมสุขภาพจิต (mental health promotion)** หมายถึง การดำเนินงานที่เน้นการพัฒนาศักยภาพของ ผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีหรือกลุ่มคนทั่วไปให้มีอยู่อย่างสม่ำเสมอ ควบคู่กับการสร้างสภาพแวดล้อมและสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพจิตดี

**สุขภาพทางเพศ** หมายถึง การมีชีวิตทางเพศที่เป็นสุขและปลอดภัย โดยไม่มีผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากเพศ อาทิ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ฯลฯ

**มลพิษทางสิ่งแวดล้อม** หมายถึง สภาวะที่สิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติถูกปะปนหรือปนเปื้อนด้วยสิ่งสกปรก สิ่งแปลกปลอม หรือสารมลพิษ ทำให้มีลักษณะหรือสมบัติแตกต่างไปจากเดิมหรือจากธรรมชาติ โดยเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง ยังผลให้ใช้ประโยชน์ได้น้อยหรือใช้ประโยชน์ไม่ได้เลย และมีผลเสียต่อสุขภาพ

## จุดเน้นของแผน

### จุดเน้นกลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต

จากการทบทวนสถานการณ์ในด้านต่าง ๆ ทิศทางของประเทศ ทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ.2565-2574) ผลการดำเนินงานและช่องว่างของการดำเนินงานที่ผ่านมา รวมทั้งกรอบนโยบายของคณะกรรมการกองทุน สสส. จึงกำหนดจุดเน้นการดำเนินงานในระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) ของกลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต ใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการพัฒนาฐานข้อมูลเชิงวิชาการและการจัดการความรู้ 2) ด้านการพัฒนาความเข้มแข็งเครือข่ายการรณรงค์สื่อสารประชาสัมพันธ์ และขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพจิตในระดับพื้นที่ 3) ด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะ ดังนี้

#### 1. ด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพจิต

1. สนับสนุนการพัฒนาและเผยแพร่งานวิจัย งานวิชาการ และองค์ความรู้ใหม่ที่เป็นต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต พัฒนาข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพจิตและปัจจัยกำหนดสุขภาพจิต เพื่อประยุกต์ใช้สนับสนุนการพัฒนามาตรการ นโยบายสาธารณะ การกำหนดยุทธศาสตร์และการประเมินผลมาตรการ นโยบายด้านสุขภาพจิต การจัดการความรู้และถอดบทเรียนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพจิต เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ และออกแบบให้นำไปสู่การขยายผลและนำไปใช้ประโยชน์ เพื่อสร้างความยั่งยืนต่อไป โดยเน้นทั้งด้านการส่งเสริมพฤติกรรม

32 พจนานุกรมการสาธารณสุขไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2559

33 World Health Organization. (2004). Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice : summary report.

และวิถีชีวิต และปัจจัยแวดล้อม ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต ทั้งด้านจิตวิทยา และด้านสังคม เช่น ช่องว่างระหว่างวัย สื่อสังคมออนไลน์ รูปแบบการใช้ชีวิตในสังคม ภาวะเศรษฐกิจ อาชีพ ภาวะสถานการณ์วิกฤต เช่น การระบาดของโรค ฯลฯ

2. **สนับสนุนการพัฒนานวัตกรรม เครื่องมือ และเทคโนโลยีดิจิทัล** เช่น การขยายแพลตฟอร์ม social media เพื่อเพิ่มความเข้าใจและการเข้าถึงกิจกรรมผ่านสื่อออนไลน์ให้มีความสะดวกยิ่งขึ้น การพัฒนาโมเดลแบบ “Mental Health Community Online” ให้สอดคล้องกับพฤติกรรมทางเทคโนโลยีที่เปลี่ยนไปจากสถานการณ์โควิด-19 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นต้น รวมทั้งระบบจัดเก็บข้อมูลองค์ความรู้ที่สะดวกและเข้าถึงได้ง่าย
2. **ด้านการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่าย การรณรงค์สื่อสารประชาสัมพันธ์ และขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพจิตในระดับพื้นที่**
  1. **เสริมศักยภาพและพัฒนาความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย** ผู้นำการเปลี่ยนแปลง ผู้ปฏิบัติงาน แกนนำ เพื่อเข้าใจในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจิต ในกลุ่มต่าง ๆ เช่น ผู้นำหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน สื่อมวลชน ผู้นำเยาวชน พลเมือง และแกนนำการทำงานในระดับพื้นที่ การขยายเครือข่ายการทำงานใหม่ โดยเฉพาะองค์กรภาคประชาสังคม และเสริมกลไกเชื่อมประสานทำงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง บูรณาการทำงานทั้งในและนอกระบบสุขภาพ
  2. **สนับสนุนการรณรงค์สื่อสารประชาสัมพันธ์ โดยใช้ความรู้เพื่อสร้างทัศนคติประเด็นสุขภาพจิตในมิติที่ดี** สามารถสร้างสมรรถนะทางจิตใจ คุณภาพจิตใจได้ ในระดับประชากรที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหากลุ่มช่วงวัย เพื่อไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช และกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มเปราะบาง ควบคู่กับสร้างศักยภาพเชิงบุคคลและครอบครัว และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เน้นพัฒนาทักษะทางจิตเชิงบวก การสร้างความเข้มแข็งทางใจ การจัดการอารมณ์และความเครียด ตามบริบทกลุ่มวัย และลดพฤติกรรมเชิงลบ เช่น การตีตรา อคติ ข่มเหง และการเลือกปฏิบัติ โดยพัฒนาเครื่องมือ ชุดเครื่องมือ สื่อรณรงค์ และช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ทั้งช่องทางแพลตฟอร์มดิจิทัล และการสื่อสารระดับพื้นที่เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มที่เข้าไม่ถึงช่องทางดิจิทัล
  3. **สนับสนุนการพัฒนาต้นแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัยในชุมชน และสถานที่ทำงาน สถานศึกษา** ที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายช่วงวัย และบริบทสังคมวัฒนธรรม ทั้งในระดับท้องถิ่น อำเภอ จังหวัด และหนุนเสริมการขับเคลื่อนผ่านกลไกคณะกรรมการสุขภาพจิตจังหวัด และสุขภาพจิตกลุ่มคนเมือง การพัฒนามาตรการและสร้างชุมชนเป็นพื้นที่ปลอดภัยมีส่วนร่วม มีความเข้าใจ มีการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มสนับสนุนทางสังคม การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต เพื่อก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในพื้นที่ รวมทั้งขยายผลการใช้เครื่องมือและโปรแกรมในกลุ่มเป้าหมายตามช่วงวัยที่ได้ทดสอบประสิทธิภาพแล้ว ไปกับกลไกเชิงระบบหรือพื้นที่ต่าง ๆ เช่น โปรแกรมการดูแลแม่หลังคลอด โปรแกรม Tripple-P เครื่องมือเพื่อสร้างทักษะทางสมอง (Executive Function: EF) ในกลุ่มผู้สูงอายุ เครื่องมือพัฒนาทักษะการฟังเชิงลึก เป็นต้น การศึกษาพัฒนาต้นแบบพื้นที่ที่สัมพันธ์กับปัญหาที่เป็นปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต เช่น ที่อยู่อาศัย พื้นที่ที่มีปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม การประกอบอาชีพ ปัญหาทางเศรษฐกิจ และพื้นที่และความรู้สร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อตอบสนองผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-19 โดยเฉพาะอาการ

โควิดยาว (long covid) การดำเนินการกิจกรรมสร้างพลังบวกเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น ภาพยนตร์ ดนตรี กีฬา ศิลปะ วัฒนธรรม กิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น

4. **สนับสนุนการบูรณาการประเด็นปัญหาสุขภาพจิต** ความร่วมมือทางวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การขับเคลื่อนร่วมกับแผนอื่น ๆ ภายในสสส. ทั้งด้านปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต เช่น การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสิ่งเสพติด สุขภาวะทางเพศ ปัจจัยเสริมสร้างสุขภาพจิต เช่น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร ศาสนาและสุขภาวะทางปัญญา และการทำงานกับกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ต่าง ๆ ร่วมกับแผนที่เกี่ยวข้อง อาทิ แผนสุขภาวะชุมชน แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ โดยคำนึงถึงความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพเป็นสำคัญ

### 3. ด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะ

1. **สนับสนุนการพัฒนามาตรการ นโยบาย และระบบสนับสนุนที่จำเป็นต่อการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต** เพื่อสนับสนุนตามวิสัยทัศน์ของแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580) ซึ่งเน้นการทำงานในยุทธศาสตร์ที่ 1 “ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต” โดยเน้นมาตรการเชิงส่งเสริมและป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิต ทั้งในและนอกระบบสุขภาพ เช่น 1) มาตรการด้านการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต 2) มาตรการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันและการสนับสนุนทางสังคมสำหรับกลุ่มช่วงวัยต่าง ๆ และกลุ่มเฉพาะ 3) มาตรการด้านมาตรฐานบริการจิตวิทยาการปรึกษา รวมทั้งการชี้แนะความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพจิตต่อมาตรการนโยบายที่เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพจิต เช่น ที่อยู่อาศัย รายได้ หนี้สิน ความปลอดภัย ความรุนแรง การสนับสนุนทางสังคม สังคมและวัฒนธรรม เป็นต้น
2. **สนับสนุนให้เกิดการสร้างกลไกการสร้างเสริมสุขภาพจิตของประชาชนในระดับจังหวัดโดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคม เพื่อจัดการปัญหาภายในพื้นที่** เช่น การสนับสนุนการออกนโยบายระดับชุมชน อำเภอ จังหวัด และท้องถิ่น เป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนให้เกิดผลเชิงระบบ รวมถึงการสนับสนุนให้ใช้สถานการณ์จากปัจจัยคุกคามทั้งทางตรงและทางอ้อมมาเป็นข้อมูลสำคัญในการจัดทำแผนปฏิบัติการระดับจังหวัด
3. **หนุนเสริมบทบาทของพนักงานเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมไปถึงหน่วยงานอื่น** เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อปท. ผู้อำนวยการสถานศึกษา ฯลฯ ซึ่งได้รับมอบหมายให้เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ และเสริมสร้างความเข้าใจในข้อกำหนดแก่บุคลากรของรัฐ ได้แก่ ผู้พิพากษา อัยการ พนักงานสอบสวน

## จุดเน้นกลุ่มแผนงานสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

1. สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้ นวัตกรรม การศึกษาวิจัย และวิทยาศาสตร์ ตลอดจนพัฒนาระบบเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และการสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจที่จะนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ พร้อมขับเคลื่อนมาตรการในแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ การแก้ไขปัญหาพิษด้านฝุ่นละอองฉบับปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้บรรลุเป้าหมายคุณภาพฝุ่นละอองขนาดเล็กมาตรฐานใหม่
2. ผลักดันนโยบาย ภาวะเบียด ภูมิกษณะ มาตรการ หรือเกณฑ์ปฏิบัติ ในการป้องกัน และควบคุม มลพิษจากแหล่งกำเนิดเชิงพื้นที่ ลดการเกิดมลพิษที่ต้นทาง ลดจำนวนแหล่งกำเนิดมลพิษ และการจัดทำเนียบการปลดปล่อยและเคลื่อนย้ายมลพิษ (Pollutant Release and Transfer Register: PRTR)
3. สร้างการพัฒนาที่สมดุล ยั่งยืน และเป็นธรรม บนสังคมที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมและสภาพภูมิอากาศ การเพิ่มขีดความสามารถในการปรับตัวต่อผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศของชุมชน และหนุนเสริมการเป็นสังคมคาร์บอนต่ำ
4. พัฒนาศักยภาพของชุมชน ครุภัณฑ์ ท้องถิ่น ภาคีเครือข่าย วิทยาศาสตร์ภาคพลเมืองในการเฝ้าระวัง ป้องกัน จัดการ ปรับตัว และตรวจสอบมลพิษสิ่งแวดล้อม รวมถึงการบูรณาการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในพื้นที่วิกฤติด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม
5. ส่งเสริมการปลูกฝังจิตสำนึกและสร้างวินัยในคัดแยกขยะ/ของเสีย/ขยะติดเชื้อ ระบบรีไซเคิลระดับพื้นที่ การลดการนำขยะ/ของเสียไปฝังกลบหรือเผาทิ้งหรือเผาเป็นพลังงาน ตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ รวมถึงการนำหลักการผู้ผลิตคำนึงถึงผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมอย่างครบวงจร (EPR) มาใช้ และนำแนวคิดเศรษฐกิจหมุนเวียน (CE) ไปปฏิบัติ
6. สนับสนุนและส่งเสริมบทบาทความเป็นหุ้นส่วนเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนาให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคประชาชน ภาคประชาสังคม ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคท้องถิ่น ภาคการศึกษา เป็นพลังภาคี (collaborative governance) ในพื้นที่ EEC

## จุดเน้นกลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ

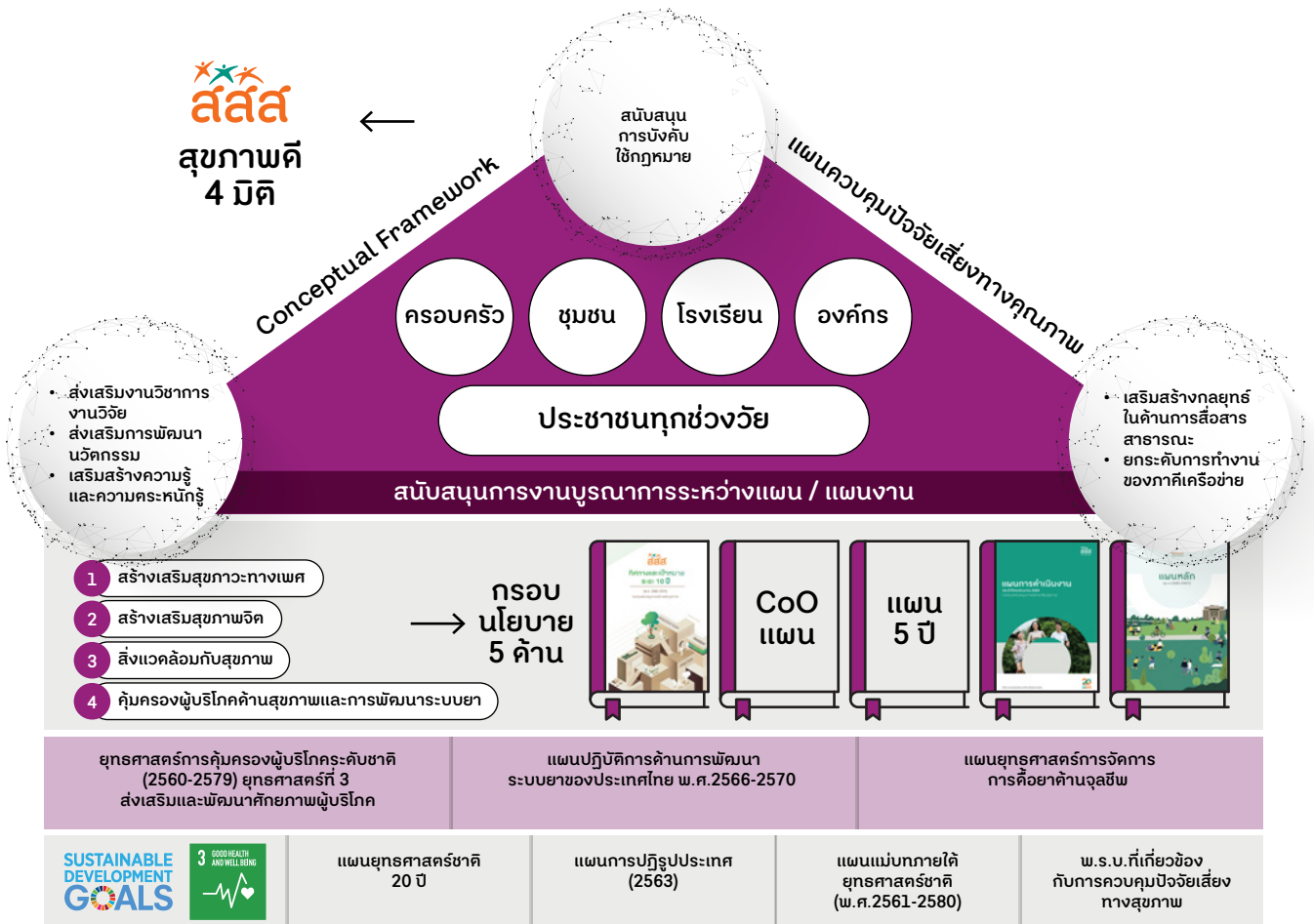
1. สนับสนุนการเสริมศักยภาพบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศในมิติต่าง ๆ โดยใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ มาเป็นเครื่องมือในการสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศที่ปลอดภัย
2. สนับสนุนแนวทางการดำเนินงานและขยายผลงานวิชาการ งานวิจัย การพัฒนานวัตกรรม การสร้างองค์ความรู้ ด้านการสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ เพื่อนำไปสู่การผลักดันนโยบาย การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมของสังคม พฤติกรรม ที่สอดคล้องกับนวัตกรรม หรือ new normal ในยุคหลังโควิด
3. สนับสนุนการสื่อสารสาธารณะด้วยช่องทางที่ทันสมัยและสอดคล้องกับพฤติกรรมผู้บริโภคกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเปลี่ยนแปลงวิถีคิด สร้างบรรทัดฐานทางสังคม (norm) ทศนคติเรื่องเพศในมุมมอง ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของการสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศที่ปลอดภัย

4. สานเสริมพลังภาคีเครือข่าย พร้อมขยายผลแนวทาง หรือระบบบริการที่พัฒนาร่วมกับภาคีเครือข่าย ไปสู่ระบบบริการพื้นฐานที่ตอบสนองต่อประชาชนที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในระบบบริการ และเป็นหลักประกันสุขภาพของประเทศต่อไป
5. สนับสนุนและขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการ ที่สร้างเสริมการมีสุขภาพะทางเพศที่ปลอดภัย โดยบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานหรือภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

### จุดเน้นกลุ่มแผนงานการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและพัฒนาระบบยา

1. สนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนมาตรการ นโยบาย รวมถึงการบังคับใช้กฎหมายที่มีประสิทธิผล เพื่อจัดการเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ สินค้า การบริการทางสุขภาพ และการใช้ยาที่ไม่ปลอดภัย
2. ส่งเสริมงานวิชาการ งานวิจัย (ประเด็นช่องว่าง) โดยมีการจัดการและส่งต่อทุนองค์ความรู้ เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ สินค้า การบริการทางสุขภาพ และการใช้ยาที่ไม่ปลอดภัย ให้นำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนา เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายหรือผลักดันนโยบายที่เกี่ยวข้อง เพื่อก่อให้เกิดมาตรการสำคัญในการควบคุม รวมทั้งมีการจัดการข้อมูลกำกับ-ติดตามสถานการณ์คุ้มครองผู้บริโภคและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล
3. ส่งเสริมระบบสนับสนุน ผ่านการพัฒนาเครื่องมือและนวัตกรรม เพื่อการขับเคลื่อนงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและระบบยา ให้เท่าทันยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลเพื่อสนับสนุนกลไกการเฝ้าระวังสินค้าออนไลน์ ด้วยเทคโนโลยีต่าง ๆ
4. ยกระดับกลไกการเฝ้าระวัง ผ่านการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้เครือข่ายในพื้นที่ แกนนำรุ่นใหม่ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยการขยายเครือข่ายและพัฒนาศักยภาพ เพื่อเป็นข้อต่อสำคัญในการดำเนินงานและการค้นหาเหตุการณ์ทางสังคม เพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนงานอันเกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคจากผลิตภัณฑ์สินค้า/การบริการทางสุขภาพ และการใช้ยาอันตราย ผ่านการกำกับดูแล เฝ้าระวัง โดยเฉพาะการเฝ้าระวังทางออนไลน์ และการโฆษณาที่ผิดกฎหมาย
5. เสริมสร้างกลยุทธ์ในการสื่อสาร รณรงค์ เพื่อส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และเป็นการป้องกันการถูกหลอกลวงในเรื่องการใช้ยา สินค้า และการบริการด้านสุขภาพที่ปลอดภัย (ยาจลชีพ เชื้อดื้อยา สมุนไพร และ กัญชา เป็นต้น) โดยมีการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในการเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารความรู้ เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ให้เท่าทันต่อสถานการณ์ ให้แก่เยาวชน ประชาชนและชุมชนได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และรวดเร็ว





กลุ่มเป้าหมาย: ประชาชนทุกช่วงวัยที่มีความเสี่ยงตามบริบทประเด็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ โดยเน้นกลุ่มเด็ก เยาวชน กลุ่มวัยทำงาน ประชาชนกลุ่มเปราะบาง กลุ่มผู้บริโภคสินค้าและบริการสุขภาพ และประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่เสี่ยงจากปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม

เป้าหมาย

ลดปัจจัยเสี่ยง  
ทางสุขภาพ  
ของประชาชน

ผลลัพธ์

1. ข้อเสนอเชิงนโยบาย มาตรการ และแนวปฏิบัติ ที่จำเป็นต่อการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพจิต และการบริหารจัดการควบคุมมลพิษสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ที่ได้รับการตอบรับหรือนำเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของหน่วยงานหรือองค์กรที่มีอำนาจออกนโยบายหรือกฎหมายนั้น
2. ผู้นำการเปลี่ยนแปลง แกนนำ และผู้ปฏิบัติงาน ในระดับต่าง ๆ ที่มีศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ ในด้านที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ มีศักยภาพไปปฏิบัติได้จริงตามบริบทที่เหมาะสม และสามารถสนับสนุนการขยายเครือข่ายเพื่อขับเคลื่อนการทำงานในพื้นที่ต้นแบบและพื้นที่อื่นได้
3. องค์ความรู้ทางวิชาการ นวัตกรรม เครื่องมือ และเทคโนโลยีดิจิทัล ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและขยายผลการดำเนินงานในบริบทที่จำเป็นต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ
4. การสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ผ่านการเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ ความเข้าใจ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพผ่านช่องทางต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างให้กลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ มีทัศนคติเชิงบวก สามารถนำความรู้และทักษะที่จำเป็นไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตประจำวันของตนเองและสื่อสารไปยังคนรอบข้างได้

งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)				
	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	220.00	230.00	240.00	240.00	240.00



## แผน 5 แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ

### สรุปภาพรวมระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570)

จากการดำเนินงานแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะในช่วง 3 แผนที่ผ่านมา ได้แก่ แผนหลัก 3 ปี รอบที่หนึ่ง (พ.ศ. 2555-2557) แผนหลัก 3 ปีรอบที่สอง (พ.ศ. 2558-2560) และแผนหลัก 3 ปี รอบที่สาม (พ.ศ. 2561-2563) ยังคงยึดหลักการเดียวกันมาโดยตลอด กล่าวคือ เพื่อลดความแตกต่างด้านการเข้าถึงสิทธิและโอกาสในการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะและไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากความแตกต่างของลักษณะประชากรด้วยการพัฒนาและจัดการข้อมูลองค์ความรู้ เครือข่ายวิชาการ เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงาน และพัฒนากลไกการทำงานเพื่อลดความไม่เป็นธรรมทางสังคมที่เป็นปัจจัยนำไปสู่ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในประชากรกลุ่มเฉพาะ รวมถึงการส่งเสริมกลไกการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิต โดยในแผนหลัก 3 ปีล่าสุด (พ.ศ. 2561-2563) ได้มีการตั้งเป้าหมายต่อยอดและมีความลงลึกมากขึ้นอย่างต่อเนื่องจากสองแผนที่ผ่านมา ได้แก่ 1) การพัฒนานวัตกรรม และระบบ/กลไกการดำเนินงาน 2) การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ 3) การพัฒนาศักยภาพแกนนำและร่วมผลักดันนโยบายเพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสังคมและสุขภาพ 4) การสื่อสารสาธารณะ และสร้างเครือข่ายด้านการสื่อสารสังคม ซึ่งเป้าหมายเหล่านี้เป็นการต่อยอดการทำงานให้นำไปสู่ความสำเร็จมากขึ้น และนำไปสู่การผลักดันให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมเมื่อเปรียบเทียบความต่อเนื่องของแผนจะเห็นได้ว่า ตลอดการทำงานของแผนทั้งสามแผนนั้นยังคงมีประเด็นที่เป็นผลลัพธ์สำคัญ 4 ด้านเช่นเดิม แต่มีการลงลึกในรายละเอียดและความก้าวหน้าของการดำเนินการที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากขึ้น ซึ่งถือได้ว่าการดำเนินงานที่ผ่านมามีความต่อเนื่องของการวางแผนเป็นอย่างดี

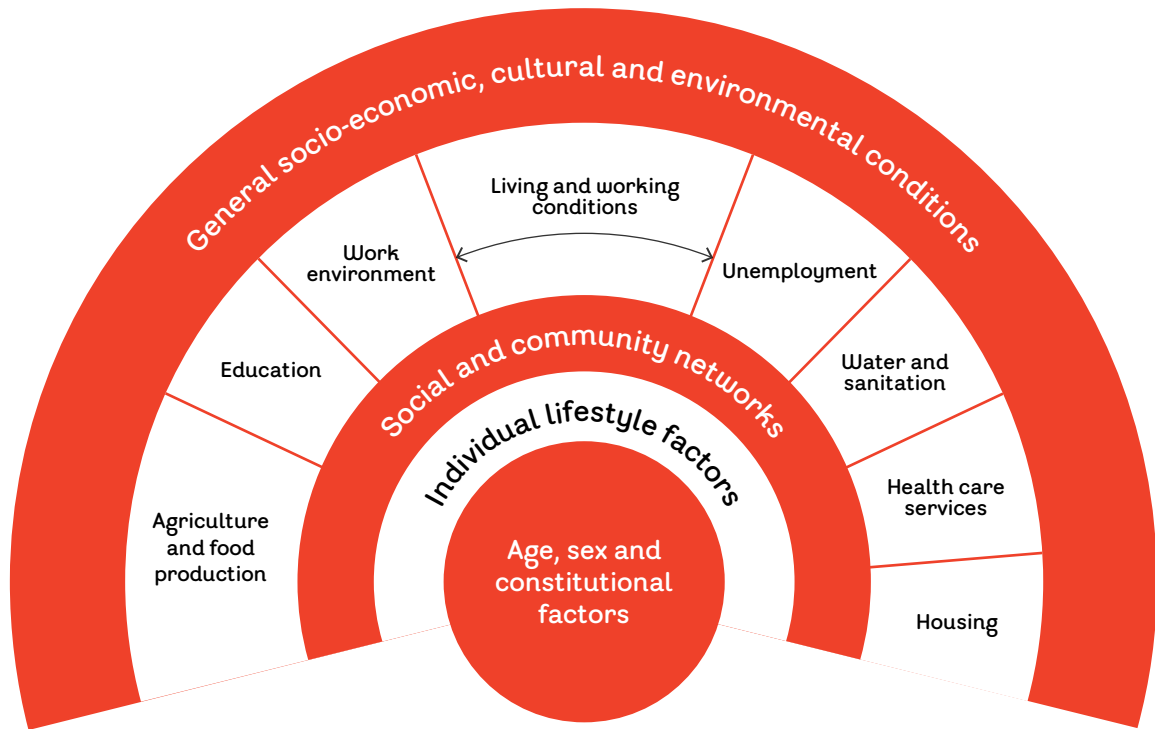
เมื่อพิจารณาการดำเนินงานของแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะตลอดช่วงเวลาที่ผ่านมากับความสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) จะพบว่าผลลัพธ์การดำเนินงานของแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะมีความสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ในทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะเป้าหมายทั่วไป (general strategic target) ที่ว่า “ทุกคนมีอายุยืนยาวขึ้นอย่างมีสุขภาวะ” ประกอบกับการดำเนินงานของภาคีที่ทำงานกับแต่ละกลุ่มเป้าหมายมีพัฒนาการการทำงานที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนมาอย่างต่อเนื่อง โดยพิจารณาจากการทำงานของภาคีที่ไม่มีการทำงานซ้ำเดิมและมีความคืบหน้าของงานที่ทำอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงระยะเวลาการทำงานที่ผ่านมา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว สามารถจำแนกได้เป็น 2 แนวทาง คือ แนวทางของการเสริมพลัง (empowerment) กลุ่มประชากร และแนวของของการปรับเปลี่ยนสถาบัน (institution) ที่มีผลต่อประชากรกลุ่มนั้น ๆ จากความต่อเนื่องของแนวทางการทำงานของแผน พบว่า แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะสามารถบรรลุ core values ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ Innovation Sustainable change Proactive และ Collective impact เป็นอย่างดี จึงเห็นได้ว่า การดำเนินงานของแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะมีความต่อเนื่องและก้าวหน้ามาโดยตลอด อย่างไรก็ตาม สถานการณ์สังคมไทยในปัจจุบัน ปัญหาความเหลื่อมล้ำยังคงทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะปัญหาความเหลื่อมล้ำของผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นหนึ่งในเป้าหมายที่นานาประเทศต่างก็ให้ความสำคัญเป็นอันดับต้น ๆ ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้บ่งชี้ว่าปัญหา

ความเหลื่อมล้ำของผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นจากพฤติกรรมส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังมีปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health: SDH) นำไปสู่ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพด้วย

แผนสุขภาพระดับประชากรกลุ่มเฉพาะจึงได้วิเคราะห์ประเด็นปัญหาที่เกิดจากการเชื่อมโยงปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ไปจนถึงสถานการณ์ทางสุขภาพของประชากรกลุ่มต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพของทุกคนบนแผ่นดินไทยตามวิสัยทัศน์ของกองทุน โดยใช้กรอบแนวคิดในการทำงานที่สำคัญคือ **กรอบปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (SDH) ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO)<sup>34</sup>** ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงานของแผน และเพื่อให้ยังคงความเป็นสากลในการทำงาน ซึ่งกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ ได้มุ่งความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงบริบทโครงสร้างทางสังคมที่เป็นอยู่ (structure determinants) ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง (socioeconomic and political context) อาทิ การกระจายทางรายได้ เพศ เชื้อชาติ ความพิการ และโครงสร้างการกำกับดูแลของภาครัฐ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ถือเป็นตัวกำหนดตำแหน่งและสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมให้กับบุคคล (socioeconomic position) เช่น ลำดับขั้นตามรายได้ การศึกษา อาชีพ เพศ เชื้อชาติ ที่ล้วนส่งผลต่อการมีสิทธิมีเสียงและการเข้าถึงทรัพยากรของบุคคลเหล่านั้น และ **ปัจจัยส่งผลทางสุขภาพ (intermediary determinants)** ที่เป็นตัวกลางสะท้อนให้เห็นถึงลำดับขั้น/สถานะสังคมของบุคคลที่มีความแตกต่างกัน และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนที่ต่างกัน ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ สภาพจิตใจ พฤติกรรม และปัจจัยทางชีววิทยา ซึ่งล้วนเป็นผลลัพธ์มาจากการมีปัจจัยเชิงโครงสร้าง บริบททางสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกันอีกทอดหนึ่ง เช่น การเข้าถึงอาหารที่ดีและมีคุณภาพ ประสิทธิภาพที่ทำ ระดับความเครียดจากสภาพแวดล้อม <sup>35</sup> ดังแสดงตามภาพ

34 การจำแนกปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพตามระดับความใกล้ชิดกับตัวบุคคล แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มแรก คือ อายุ เพศ และปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยกลุ่มที่สอง คือ ปัจจัยการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคล (Individual lifestyle factors) ปัจจัยกลุ่มที่สาม คือ อิทธิพลจากสังคมชุมชน (Social and community networks) ปัจจัยกลุ่มที่สี่ คือ สภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิตและการทำงาน (Living and working conditions) และปัจจัยกลุ่มที่ห้า คือ ปัจจัยทั่วไปทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสภาพแวดล้อม (General socio-economic, cultural and environmental conditions. World Health Organization. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion.

35 สารสำคัญของกรอบแนวคิดดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าปัจจัยสภาพแวดล้อม ตลอดจนสถานะทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองของประชาชนก่อให้เกิดตำแหน่งหรือสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกัน โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวเนื่อง ได้แก่ รายได้ การศึกษา อาชีพ เพศ เชื้อชาติ ตลอดจนปัจจัยส่งผ่านทางสุขภาพ. Health Organization (2010). A Conceptual Framework for Action on The Determinants of Health.



เมื่อนำกรอบปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) มาประกอบกับการศึกษาแผนยุทธศาสตร์พัฒนากลุ่มประชากรเฉพาะ ทำให้สามารถเชื่อมโยงปัญหาและจัดแบ่งลักษณะของปัญหาออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

หนึ่ง ปัญหาที่ท้าทายร่วมกันในระดับจุลภาค (ระดับปัจเจกบุคคล) ถือเป็นปัญหาที่ส่งผลต่อโอกาส สิทธิและเสรีภาพในการเข้าถึงทรัพยากรทางสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะ ซึ่งเผชิญปัญหาเหล่านี้จาก 3 ปีที่ผ่านมา และมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ปัญหาดังกล่าว ประกอบด้วย

1. **ความเสี่ยงสูง** คือ ประชากรกลุ่มเฉพาะที่เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูง หรือเป็นด่านหน้า หรือเป็นผู้ที่สัมผัสกับสารณะเป็นหลัก จึงส่งผลให้มีความเสี่ยงสูงขึ้นจากโรคระบาด สภาวะสิ่งแวดล้อม และสุขอนามัย ยกตัวอย่าง คนพิการ ผู้สูงอายุ หรือ คนไร้บ้าน เป็นต้น
2. **ไร้ตัวตน** คือ ประชากรกลุ่มเฉพาะไม่ถูกมองเห็นอย่างเป็นระบบจากภาครัฐและสังคม แต่ถูกตระหนักมากขึ้นโดยสาธารณะในปัจจุบัน ยกตัวอย่าง ในสถานการณ์ปัจจุบัน การลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือส่วนใหญ่ต้องทำผ่านช่องทางดิจิทัล ส่งผลให้ประชากรที่ไม่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ต หรือไม่มีความรู้ทางดิจิทัลไม่สามารถที่จะเข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือได้

3. **เข้าถึงไม่ถึง** คือ ประชากรกลุ่มเฉพาะที่ไม่สามารถเข้าถึง หรือมีต้นทุนในการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการพื้นฐานทางด้านสุขภาพ เช่น บริการทางการแพทย์ การฉีดวัคซีน ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งอาจมาจากการที่กลุ่มประชากรเฉพาะไม่มีศักยภาพในการแข่งขันทรัพยากรทางสุขภาพ หรือการขาดอำนาจ/สถานะในการต่อรอง
4. **ถูกกีดกัน** คือ ประชากรกลุ่มเฉพาะที่เป็นผู้ได้รับประโยชน์อย่างไม่ตรงจุดจากนโยบายที่ให้ความสำคัญกับคนส่วนใหญ่ (majority-concerned) มากกว่านโยบายที่กระจายผลประโยชน์อย่างครอบคลุม (universally-concerned) หรือเฉพาะเจาะจง (target-concerned) หรือการถูกมองเป็นคนนอก ยกตัวอย่าง แรงงานข้ามชาติ ผู้มีปัญหสถานะบุคคล หรือ กลุ่มชาติพันธุ์ เป็นต้น
5. **ยอมจำนน** คือ ประชากรกลุ่มเฉพาะจำนวนหนึ่งจำเป็นต้องยอมรับชะตากรรม หรือไม่มีพลังมากพอที่จะต่อสู้ให้ได้สิทธิและสวัสดิการที่พึงได้รับอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ประสบกับปัญหาสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า และอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

**สอง ปัญหาที่ทำทนายร่วมกันในระดับมหภาค (ระดับโครงสร้าง)** เป็นปัญหาที่เป็นได้ทั้งโอกาสและข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง ปัญหาดังกล่าว ประกอบด้วย

1. **สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19** เป็นปัญหาที่เพิ่มความเสี่ยงและลดความสามารถในการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการทางสุขภาพ แต่ได้สร้างความตระหนักถึงความสำคัญและความเท่าเทียมกันของสิทธิและสวัสดิการทางสุขภาพของคนทุกคนในสังคม
2. **โลกออนไลน์** หากไม่ได้ใช้ประโยชน์จากระบบฐานดิจิทัล โลกออนไลน์ก็จะสามารถก่อให้เกิดความไร้ตัวตนแก่ประชากรกลุ่มเฉพาะมากขึ้น ส่งผลให้เข้าถึงสิทธิและสวัสดิการทางสุขภาพยากขึ้น และมีแนวโน้มสูงที่จะถูกกีดกันจากการดำเนินนโยบายของภาครัฐง่ายขึ้น แต่หากใช้ประโยชน์จากโลกออนไลน์อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลดิจิทัลสามารถสร้างตัวตน เพิ่มความสามารถในการเข้าถึง และลดการกีดกันจากนโยบายได้
3. **คนรุ่นใหม่ และความเป็นพลเมืองโลก** โดยในปัจจุบันรูปแบบการใช้ชีวิต การติดต่อสื่อสาร และการแสวงหาความรู้มีการเปลี่ยนแปลงโดยสิ้นเชิง คนรุ่นใหม่ที่มีศักยภาพและสามารถเชื่อมโยงกับระบบโลกสูง นำมาสู่ความเท่าเทียมกันและความเป็นธรรมที่ได้รับการยอมรับในฐานะเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาสังคม แต่ต้องเป็นความเท่าเทียมกันและความเป็นธรรมที่เป็นรูปธรรม และสามารถวัดค่าได้
4. **พื้นที่และชุมชน** โดยในบริบทของโลกใหม่ส่งผลให้ปัญหาต่าง ๆ มีความรุนแรงมากขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงต้องมีกระบวนการทำงานที่เป็นระบบและตรงต่อเวลา เพื่อแก้ปัญหาได้อย่างตรงจุดและทันเวลา พื้นที่และชุมชนจึงเป็นกลไกด่านหน้าที่สำคัญ ซึ่งหากกระบวนการทำงานมีความโปร่งใสและสามารถตรวจสอบได้ จะได้รับแรงสนับสนุนและความร่วมมือจากคนรุ่นใหม่ในพื้นที่และชุมชนมากขึ้น
5. **ความจำกัดของทรัพยากร และการพัฒนาที่ยั่งยืน** การตระหนักถึงทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดนำมาสู่ข้อสนับสนุนต่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ผ่านการสร้างการบูรณาการการทำงานร่วมกันของไตรพลัง ทั้งพลังวิชาการ พลังนโยบาย และพลังสังคม ที่รวมถึงภาคธุรกิจ ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน

กรอบปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพยังสามารถเชื่อมโยงปัญหาและจัดแบ่งลักษณะของปัญหาได้ทั้งในระดับสากลและระดับชาติ ในระดับสากล การทำงานของแผนสุขภาพจะประชากรกลุ่มเฉพาะจะเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ซึ่งหมายถึงการพัฒนาให้ความสำคัญกับ



สมดุลใน 3 เสาหลักของมิติด้านความยั่งยืน (Three Pillars of Sustainability) นั่นคือ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม โดยเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน มีทั้งหมด 17 เป้าหมาย แบ่งออกเป็น 5 มิติ ได้แก่ มิติสังคม (People) มิติเศรษฐกิจ (Prosperity) มิติสิ่งแวดล้อม (Planet) มิติสันติภาพและสถาบัน (Peace) และมิติหุ้นส่วนการพัฒนา (Partnership) ซึ่งเป้าหมายที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการทำงานของแผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ คือ เป้าหมายที่ 1 No Poverty ขจัดความยากจนทุกรูปแบบทุกสถานที่ เป้าหมายที่ 2 Zero Hunger ขจัดความหิวโหย บรรลุความมั่นคงทางอาหาร ส่งเสริมเกษตรกรรมอย่างยั่งยืน และเป้าหมายที่ 3 Good Health and Well-being รับรองการมีสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนทุกช่วงอายุ เป้าหมายที่ 4 Quality Education รับรองการศึกษาที่เท่าเทียมและทั่วถึง ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตแก่ทุกคน เป้าหมายที่ 5 Gender Equality บรรลุความเท่าเทียมทางเพศ พัฒนาบทบาทสตรีและเด็กผู้หญิง เป้าหมายที่ 8 Decent Work and Economic Growth ส่งเสริมการเติบโตทางเศรษฐกิจที่ต่อเนื่องครอบคลุมและยั่งยืนการจ้างงานที่มีคุณค่า เป้าหมายที่ 10 Reduced Inequalities ลดความเหลื่อมล้ำทั้งภายในและระหว่างประเทศ เป้าหมายที่ 11 Sustainable Cities and Communities ทำให้เมืองและการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์มีความปลอดภัยทั่วถึง พร้อมรับความเปลี่ยนแปลง และการพัฒนาอย่างยั่งยืน เป้าหมายที่ 16 Peace and Justice Strong Institutions ส่งเสริมสังคมสงบสุข ยุติธรรม ไม่แบ่งแยกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน และเป้าหมายที่ 17 Partnerships for the Goals สร้างพลังแห่งการเป็นหุ้นส่วน ความร่วมมือระดับสากลต่อการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยจะเน้นเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับประชากรกลุ่มเฉพาะเท่านั้น จากกรอบแนวคิด SDGs ดังกล่าวจะแสดงให้เห็นถึงภาพรวมของความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยระดับมหภาคเชิงโครงสร้างและปัจจัยระดับปัจเจกบุคคล ซึ่งจะทำให้ทราบถึงสถานการณ์และความท้าทายที่ประชากรเฉพาะกำลังเผชิญอยู่ รวมถึงการทำงานของแผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะที่ช่วยให้เป้าหมายของสังคมไทยบรรลุเป้าหมายของสากลได้อย่างชัดเจน และเป็นรูปธรรมมากขึ้น

ขณะที่ในระดับชาติ การทำงานของแผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะจะเชื่อมโยงกับ**แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13** ในหมวดหมู่ที่ 8 ไทยมีพื้นที่และเมืองอัจฉริยะที่น่าอยู่ ปลอดภัย เติบโตได้อย่างยั่งยืน การแก้ปัญหาของกลุ่มเปราะบางในเมือง ทั้งในภาวะปกติและเมื่อเกิดภัยพิบัติ และเสริมสร้างสมรรถนะการบริหารจัดการพื้นที่ของท้องถิ่นทุกระดับ และหมวดหมู่ที่ 9 ไทยมีความยากจนข้ามรุ่นลดลง การสนับสนุนครัวเรือนยากจนข้ามรุ่นให้สามารถเลี้ยงดูเด็กได้อย่างมีคุณภาพ และส่งเสริมการจัดตั้งศูนย์เลี้ยงเด็กที่มีคุณภาพใน setting ต่าง ๆ รวมถึงการยกระดับความคุ้มครองทางสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นเป้าหมายการดำเนินงานโดยตรงของแผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ

อย่างไรก็ดี สถานการณ์โรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันในปัจจุบัน คือ การระบาดของโรคโควิด-19 ก็ได้ส่งผลกระทบต่อกลุ่มประชากรเฉพาะ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางโดยทั่วไปแล้ว ยิ่งจะมีความเปราะบางมากขึ้น ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 กลุ่มประชากรแรงงานจะได้รับผลกระทบในรูปของการลดชั่วโมงการทำงาน การลดวันทำงาน หรือในรูปของการเลิกจ้าง กลุ่มผู้สูงอายุและคนพิการยังมีความเสี่ยงในหน้าที่การงานมากกว่าคนทั่วไป เช่น การถูกยกเลิกสัญญา การห้ามดำเนินกิจการนวด (คนพิการ) และแม้ว่าบางส่วนจะมีสวัสดิการคุ้มครองเพื่อลดทอนปัญหาทางการเงิน แต่ความครอบคลุมของระบบสวัสดิการยังมีปัญหา อาทิ การตกสำรวจจากโครงการให้ความช่วยเหลือของรัฐ การขาดรายได้ ว่างงาน ไม่มีกำลังชำระหนี้สิน ทำให้เกิดความเครียด จนอาจนำไปสู่ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ในหลายกรณีพบว่าสถานที่พักอาศัยจะไม่ได้มีพื้นที่เพียงพอที่จะอาศัยอยู่

ร่วมกันได้อย่างยาวนาน ธรรมชาติของมนุษย์บางครั้งก็ต้องการความสงบบ้าง ซึ่งหากสถานที่พักมีขนาดที่จำกัดจะนำไปสู่ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มขึ้นได้ ปัญหาความรุนแรงนี้มักจะเกิดกับผู้หญิงที่เป็นเพศที่อ่อนแอกว่า และอาจจะเกิดการกระทำความรุนแรงทางจิตใจกับผู้สูงอายุ หรือคนพิการได้

การสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านประชากรกลุ่มเฉพาะต่าง ๆ ที่มีปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมเป็นเหตุที่นำไปสู่ภาวะทางสุขภาพที่เลวร้าย ให้เกิดการสร้างความเป็นธรรมให้แก่สังคมนั้น การทำงานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางโครงสร้างหรือปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจึงไม่ใช่เป็นเพียงการบรรเทาทุกข์ให้กลุ่มประชากรชายขอบหรือคนบางกลุ่มเท่านั้น หากเป็นการลดความเหลื่อมล้ำทางโครงสร้างของสังคมโดยรวม เพราะโครงสร้างความเหลื่อมล้ำนั้นไม่ได้กระทำต่อกลุ่มประชากรชายขอบเพียงกลุ่มเดียว หากครอบคลุมถึงกลุ่มประชากรทุกกลุ่มในสังคม ซึ่งความท้าทายของการทำงานเพื่อบรรลุความเป็นธรรมทางสุขภาพ เป็นการทำงานที่ลดความเหลื่อมล้ำผ่านปัจจัยทางสังคมที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับวิถีคิดและเชิงโครงสร้างได้ ต้องอาศัยยุทธศาสตร์การสร้างแนวร่วมสนับสนุนจากกลุ่มอื่น นอกเหนือจากการเสริมพลังอำนาจกลุ่มประชากรชายขอบแต่เพียงอย่างเดียว เพราะ (1) ประชากรทุกกลุ่มในสังคมได้รับประโยชน์จากการลดความเหลื่อมล้ำทางโครงสร้าง และ (2) ผู้คนกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่กลุ่มชายขอบมีอิทธิพลและต้นทุนทางสังคมมากพอที่จะมาหนุนเสริมอำนาจต่อรองของกลุ่มประชากรชายขอบ และสร้างระบบนิเวศของการขับเคลื่อนเชิงนโยบายที่เกื้อหนุนการตัดสินใจร่วมกันได้

แม้ว่า กองทุนจะกำหนดให้ทุกแผนหลักดำเนินงานโดยคำนึงถึงปัญหาความเหลื่อมล้ำแต่ก็มีความจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับ “ประชากรกลุ่มเฉพาะ” ซึ่งหมายถึงประชากรบางกลุ่มที่มีทั้งความเปราะบาง (vulnerability) มีความเสี่ยง (risk) หรือต้องการกระบวนการพิเศษในการเข้าถึงการสร้างเสริมสุขภาพ สุขภาวะอันถือเป็นปัจจัยส่งผ่านสังคมกำหนดสุขภาพ (intermediary determinants) ที่ทำให้สูญเสียสุขภาพ เข้าไม่ถึงบริการ และไม่ได้ได้รับประโยชน์จากการส่งเสริมสุขภาพตามนโยบายในภาพรวม และในปัจจุบัน พบว่า ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ศาสนา และวัฒนธรรม ส่งผลให้ประชากรกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพ และสถานการณ์ปัญหาที่ทำทลายร่วมกันตามที่กล่าวไปข้างต้น ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะนี้ จึงต้องมีการทำงานผ่านปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในระดับต่าง ๆ ตั้งแต่การรับรองและพิสูจน์สิทธิที่จะนำมาซึ่งการพัฒนาชุดบริการและการเข้าถึงตามความเหมาะสมของกลุ่มประชากร และทำให้ประชากรกลุ่มเฉพาะสามารถเข้าถึงสิทธิและบริการได้อย่างเป็นธรรม และมีการสื่อสารสังคมมีเจตคติที่เหมาะสมสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ ซึ่งการดำเนินงานของแผนประชากรกลุ่มเฉพาะในช่วงที่ผ่านมาได้สนับสนุนการดำเนินงานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเท่าเทียม ความเป็นธรรมทางสุขภาพในกลุ่มประชากรเฉพาะกลุ่มต่าง ๆ ที่มีสถานการณ์ปัญหาและผลกระทบจากความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพอย่างชัดเจน และยังคงมีประชากรกลุ่มเฉพาะบางส่วนที่ยังคงต้องติดตามสถานการณ์และผลกระทบต่อการมีสุขภาพที่ดี เพื่อนำมาสู่การวางยุทธศาสตร์ แนวทางการดำเนินงานในอนาคตอย่างเหมาะสมต่อไป

โดยประเด็นที่ใช้พิจารณาในการวางยุทธศาสตร์ แนวทางการดำเนินงานสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะในระยะต่อไป มีดังนี้

**ทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565–2574)** ให้ความสำคัญกับบทบาทของปัจจัยเชิงโครงสร้างต่อการสร้างความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงสุขภาวะของประชากรทุกกลุ่มจากเดิมที่เคยมีบทบาทร่วมกับปัจจัยเชิงบุคคล แต่ต้องเป็นการทำงานเชิงโครงสร้างที่วัดผลได้ รวมถึงการทำงานร่วมกันระหว่างเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของกองทุน ระยะ 10 ปี เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ได้แก่ ยาสูบ สุราและสิ่งเสพติด อาหาร กิจกรรมทางกาย ความปลอดภัยทางถนน สุขภาพจิต มลพิษทางสิ่งแวดล้อม ปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น

**สร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดด ขยายผลต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพ** สามารถทำได้ด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมกับประชาชนในวงที่กว้างขึ้น โดยเฉพาะกับคนรุ่นใหม่ และการขยายผลต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการพิสูจน์ผลงานอย่างเป็นรูปธรรมที่สามารถทำได้จริงจากการสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชน วิชาชีพ เพื่อสังคม หรือสตาร์ทอัพ

**สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ** เนื่องจากการพัฒนาระบบดิจิทัลให้เข้ามามีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพต้องเริ่มต้นจากการมีฐานข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัยและครอบคลุมด้วยการสร้างระบบนิเวศที่เอื้อต่อการเก็บข้อมูลผ่านการนำเทคโนโลยีมาใช้ ซึ่งการสร้างการมีส่วนร่วมกับนักวิทยาศาสตร์ข้อมูล วิศวกร สถาปนิก หรือนักเศรษฐศาสตร์ให้มากขึ้น จะช่วยพัฒนางานส่วนนี้ได้

**ให้คำนึงถึงผลกระทบต่อการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัจจัยเสี่ยงอุบัติใหม่ที่เกี่ยวข้อง** โดยมุ่งเน้นการสร้างระบบสวัสดิการพื้นฐาน ที่มีความยืดหยุ่นทั้งในแง่ของเวลาและประชากร รวมถึงการพัฒนากลไกที่สอดคล้องกับแนวทางรัฐบาลอัจฉริยะ (smart government) เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและออกแบบนโยบายที่ตรงกลุ่มเป้าหมายบนพื้นฐานของการใช้ข้อมูลอย่างตรงความต้องการ และตรงเวลา

**สร้างความเชื่อมโยงเครือข่ายสนับสนุนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพทั้งในระดับชาติและสากล** เนื่องจากความเป็นพลเมืองในระดับโลก มีความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมในการกำหนดสิทธิและสวัสดิการขั้นพื้นฐานทางด้านสุขภาวะของประชากร โดยอาจจะเป็นส่วนร่วมของประชากรกลุ่มอื่นในการกำหนดให้ประชากรกลุ่มเฉพาะก็ได้ รวมถึงการขยาย หรือเผยแพร่องค์ความรู้ในลักษณะของ mentoring system โดยภาคี ให้เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหรือกลไกเพื่อการเสริมสร้างสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ

## ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะ

เป้าหมาย

แนว  
นโยบาย

SDGS

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13

ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ

แผนระดับชาติตามกลุ่มเป้าหมาย

แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว

มติ ครม. ที่เกี่ยวข้อง

ผู้สูงอายุ

คนพิการ

คนไร้บ้าน

แรงงานนอกระบบ

ประชากรข้ามชาติ

กลุ่มชาติพันธุ์

LGBTQ+

ผู้หญิงที่ถูกกระทำความรุนแรง

ผู้ต้องขัง

มุสลิม

กลุ่ม  
เป้าหมาย  
(10 กลุ่ม)

การ  
ดำเนินงาน  
ตามประเด็น

การพัฒนาศักยภาพ/การพึ่งตนเอง

Social Protection

ธนาคารเวลา

Social Enterprise

ความรู้รอบรู้ทางสุขภาพ

Universal Design

ความรุนแรง

ส่งเสริมความเข้มแข็งภาคประชาสังคม



ความรู้



นโยบาย



เครือข่ายและ  
พัฒนาศักยภาพ



พื้นที่ต้นแบบ



การสื่อสาร

รูปแบบ  
การ  
สนับสนุน

### จุดเน้นของแผน

แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะได้ทบทวนสถานการณ์และแนวทางการดำเนินงานร่วมกับภาคีหลัก พร้อมทั้งนำ ทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) และข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ 2 เป็นกรอบแนวทางในการจัดทำแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) ตลอดจนระดมความคิดเห็นร่วมกับภาคีเครือข่าย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสอดคล้องกับนโยบายระดับประเทศ เช่น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 นโยบายรัฐบาล และนโยบายระดับกระทรวงต่าง ๆ ที่แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงาน และได้ทบทวนเตรียมแนวทางการดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะในระยะถัดไป โดยมุ่งเน้น การดำเนินงานที่รองรับกับสถานการณ์วิกฤตต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างกระทันหันได้อย่างเหมาะสม และยังคงเน้นการลด ความแตกต่างด้านการเข้าถึงสิทธิและโอกาสในการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะ ไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากความแตกต่าง ของลักษณะประชากร และรองรับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยเฉพาะในประชากรกลุ่มเฉพาะที่มีความยากลำบาก ตลอดจนบูรณาการ เชื่อมร้อยแนวทางการดำเนินงานระหว่างกลุ่มประชากรเฉพาะเพื่อสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืน ในการดำเนินงาน

จากกรอบนโยบายในการจัดทำแผนการดำเนินงานข้างต้น สามารถสรุปเป็นแนวทางในการจัดทำแผนหลัก (พ.ศ. 2566–2570) โดยมีจุดเน้นในภาพรวมของแผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ ดังนี้

### ใช้ทิศทางและเป้าหมายกองทุน ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565–2574)

เป็นกรอบในการจัดทำแผนหลัก 5 ปี และแผนการดำเนินงานประจำปี โดยสอดคล้องกับแนวนโยบายในการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจ ตามทิศทางของยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ โดยให้ความสำคัญกับการกำหนดห่วงโซ่ผลลัพธ์ของค่าเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ รวมถึงการใช้กลไกการกำกับติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ควบคู่กันไป

1. ปัจจัยเชิงโครงสร้างมีความสำคัญต่อการพัฒนาโลกในระยะยาว ช่วยสนับสนุนการสร้างความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงสุขภาพของกลุ่มประชากรทุกกลุ่ม โดยการทำงานด้านการพัฒนาปัจจัยเชิงโครงสร้างนั้น จำเป็นต้องวัดผลได้
2. การทำงานร่วมกันระหว่างเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของกองทุน ระยะ 10 ปี และห่วงโซ่ผลลัพธ์เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ได้แก่ ยาสูบ สุราและสิ่งเสพติด อาหาร กิจกรรมทางกาย ความปลอดภัยทางถนน สุขภาพจิต มลพิษทางสิ่งแวดล้อม ปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น ที่แต่ละกลุ่มประชากรเฉพาะจำเป็นต้องมีบทบาทในการทำงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

### สร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดด ขยายผลค้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพ

ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ทุกภาคส่วน โดยพิจารณาถึงการขยายงานต้นแบบสร้างสุขภาพะทางการผลักดันนโยบาย ผ่านกระบวนการเรียนรู้และผ่านการสื่อสารที่มีประสิทธิผล

1. การขยายองค์ความรู้ไปสู่ภาคประชาชน ภาคเอกชน โดยเฉพาะกลุ่มคนรุ่นใหม่หรือกลุ่มธุรกิจ จะช่วยสร้างผลลัพธ์อย่างก้าวกระโดดได้ง่ายมากขึ้น
2. การถอดบทเรียนองค์ความรู้อย่างเป็นกลไกบูรณาการและสามารถพิสูจน์ผลงานความสำเร็จต่าง ๆ ได้ จะสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือกับกลุ่มธุรกิจสตาร์ทอัพ (startup) และกลุ่มวิสาหกิจเพื่อสังคม (social enterprise) ได้ง่ายขึ้น นำไปสู่การขยายผลต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพ

## สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

โดยคำนึงถึงการลดความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัลในกลุ่มประชากร เพื่อสร้างและรองรับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร การจัดการ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในยุคดิจิทัล

1. การสร้างเครื่องมือกลไกหรือระบบเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่สามารถเข้ามาช่วยสนับสนุนงานด้านส่งเสริมสุขภาพ เอื้อต่อการเชื่อมโยงข้อมูล และการเข้ามามีส่วนร่วมของกลุ่มประชากรได้มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างฐานข้อมูลดิจิทัลที่จะเป็นประโยชน์ต่อไปในระยะยาวต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มประชากร
2. คำนึงถึงการสร้างความร่วมมือและการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้กับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เช่น สถาบัน นักนวัตกรรมสังคม วิศวกร นักวิทยาศาสตร์ หรือ นักเศรษฐศาสตร์ เพื่อพัฒนาเครื่องมือ/กลไก สร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มประชากร

## คำนึงผลกระทบต่อเนื่องจากการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 และปัจจัยเสี่ยงอุบัติใหม่ที่เกี่ยวข้อง

ที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม วิถีชีวิตและสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบาง ให้มีความพร้อมสามารถรับมือกับวิกฤติการณ์ด้านสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

1. การสร้างระบบสวัสดิการพื้นฐานที่มีความยืดหยุ่น รวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และคำนึงถึงความสิ้นเปลืองของกลุ่มประชากรเฉพาะต่าง ๆ ที่สามารถเปลี่ยนแปลงสถานภาพไปตามเงื่อนไขทางสังคมหรือปัจจัยทางกายภาพได้ตลอดเวลา เช่น แรงงานสตรีนอกระบบที่อาจกำลังเข้าสู่ภาวะไร้บ้าน หรือ ผู้พิการที่กำลังเข้าสู่วัยชรา เป็นสิ่งจำเป็น
2. การพัฒนากลไกที่สอดคล้องกับแนวทางรัฐบาลอัจฉริยะ (smart government) เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม และการออกแบบนโยบายที่ตรงกลุ่มเป้าหมายบนพื้นฐานของการใช้ข้อมูลโดยการเชื่อมต่อฐานข้อมูลกับภาครัฐ หรือ การสื่อสารกับภาครัฐอย่างเป็นระบบ

## สร้างความเชื่อมโยงเครือข่ายสนับสนุนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพทั้งในระดับชาติและสากล

ทั้งในเชิงผลักดันนโยบายและงานวิชาการ ส่งเสริมบทบาท ภาวลักษณ์ และความรับผิดชอบงานด้านสร้างเสริมสุขภาพของไทยในประชาคมโลก เพื่อสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพโลกของประเทศไทย (พ.ศ. 2564–2570)

1. ความเป็นพลเมืองในระดับโลก มีความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมในการกำหนดสิทธิและสวัสดิการขั้นพื้นฐานทางด้านสุขภาพของประชากร โดยอาจจะเป็นส่วนร่วมของประชากรกลุ่มอื่นในการกำหนดให้ประชากรกลุ่มเฉพาะก็ได้



2. การขยาย หรือเผยแพร่องค์ความรู้ของภาคีในลักษณะของระบบพี่เลี้ยง (mentoring system) โดยภาคี จะช่วยสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหรือกลไกเพื่อการเสริมสร้างสุขภาวะประชากร กลุ่มได้ให้ผสมผสานระหว่างวิธีการทำงานแบบไทยและเป้าหมายในระดับชาติหรือสากลได้

### **สร้างและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน (fundamental) เพื่อสนับสนุนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ของประชากรกลุ่มเฉพาะ บนพื้นฐานของข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นรูปธรรม**

ที่ส่งผลกระทบต่อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรม/วิถีชีวิต ในการสร้างเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะ อันจะนำไปสู่ต้นแบบการมีสุขภาพดีของประชากรกลุ่ม เฉพาะ เพื่อตอบสนองตัวชี้วัดตามห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome) ของกองทุน

1. การสร้างและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน จะเป็นพื้นฐานการพัฒนากลไก และระบบการทำงานเพื่อพัฒนา สุขภาวะของประชากรกลุ่มเฉพาะที่ลงลึกถึงรากฐานของปัญหา เป็นระยะยาว และปรับเปลี่ยนได้เร็ว
2. ความร่วมมือของหน่วยงานต่าง ๆ ในโครงสร้างพื้นฐานของระบบสนับสนุนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ของประชากรกลุ่มเฉพาะ จะมีลักษณะของการบูรณาการอย่างเป็นรูปธรรม และสามารถบรรลุตัวชี้วัด ตามห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome) ของกองทุน

### **จุดเน้นของแผนตามกลุ่มประชากร**

#### **ผู้สูงอายุ**

สนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนา นโยบาย ระบบและกลไกที่มีประสิทธิภาพเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ยุกระดับคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุ และพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้มีความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ต่าง ๆ ส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ตลอดจนการช่วยเหลือเกื้อกูลกันเองในเครือข่าย และผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากในการดำรงชีวิต ผ่านการใช้เทคโนโลยีและรูปแบบที่เหมาะสมเพื่อยกระดับคุณภาพ ชีวิตให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ดำเนินชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี และเป็นพลังของสังคม ชุมชนอย่างต่อเนื่อง

#### **คนพิการ**

สนับสนุนให้คนพิการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพในทิศทางที่ดีขึ้น ผ่านรูปแบบที่หลากหลายและ เหมาะสมกับคนพิการในแต่ละประเภท โดยให้ความสำคัญกับการเสริมความเข้มแข็งของศูนย์บริการคนพิการ ทั่วไประ่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้มีกระบวนการทำงานที่เป็นระบบครบวงจรสามารถให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ เชิงรุกที่มีคุณภาพและคนพิการเข้าถึงได้ง่าย รวมทั้งการสานต่อกลไกการบริหารระบบการจ้างงานและสร้างโอกาส การมีงานทำที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

## คนไร้บ้าน

สนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย ให้คนไร้บ้านสามารถเข้าถึงระบบการสนับสนุน พื้นฟู สิทธิสุขภาพ สวัสดิการพื้นฐานของรัฐ และมีศักยภาพในการจัดการตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตร่วมกับคนในสังคมได้ มีความพร้อมในการกลับคืนสู่สังคมอย่างมีคุณภาพ รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนากลไกบนฐานชุมชนในการป้องกันความเสี่ยงของการเข้าสู่ภาวะไร้บ้าน จากการบูรณาการงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานในระดับพื้นที่

## แรงงานนอกระบบ

สนับสนุนให้แรงงานนอกระบบมีศักยภาพในการรวมกลุ่มที่มีความเข้มแข็ง มีความสามารถในการขับเคลื่อน และใช้ประโยชน์จากกฎหมายหรือนโยบาย มีความสามารถในการดูแลสุขภาพ ความปลอดภัย คุณภาพชีวิต และความเป็นธรรมในการทำงาน ผ่านการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย และสนับสนุนการขับเคลื่อนกฎหมายหรือนโยบาย การพัฒนา ต่อยอด องค์ความรู้และกลไกที่สอดคล้องกับบริบท

## กลุ่มชาติพันธุ์และประชากรข้ามชาติ

สนับสนุนการเข้าถึงความเป็นธรรมทางสุขภาพ ได้รับการคุ้มครองสิทธิทางสุขภาพ ผ่านการ สนับสนุนงานวิชาการ และการพัฒนาฐานข้อมูลสุขภาพ การพัฒนาและขับเคลื่อนกฎหมายและนโยบายการเข้าถึงสิทธิสุขภาพและหลักประกันทางสังคม การสนับสนุนการส่งเสริมความเข้มแข็งของเครือข่าย และกลไกที่จำเป็น รวมไปถึงการสนับสนุนนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และการสื่อสารลดอคติสร้างความเข้าใจในการอยู่ร่วมกันท่ามกลางความหลากหลายในสังคม

## ผู้หญิงที่ถูกระทำความรุนแรง

สนับสนุนการลดความรุนแรงอันเนื่องมาจากเหตุแห่งเพศและความรุนแรงในครอบครัว และผลักดันประเด็นความรุนแรง เป็นประเด็นสาธารณะที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ผ่านการพัฒนาต้นแบบกระบวนการ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้หญิง การพัฒนาศักยภาพแกนนำ จากฐานงานวิชาการองค์ความรู้ และการเชื่อมโยงเครือข่ายคนรุ่นใหม่ ในการร่วมออกแบบนวัตกรรมการป้องกันและลดความรุนแรงในระดับต่าง ๆ ด้วย

## ผู้ต้องขัง

สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังโดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาเรือนจำสุภาพใน 7 ด้าน ซึ่งเป็นแนวทางการดำเนินงานและการสื่อสารกับผู้เกี่ยวข้องถึงแนวทางที่จำเป็นและเหมาะสมในการกำหนดนโยบายและพัฒนาเรือนจำ ให้เป็นพื้นที่ที่เอื้ออำนวยให้ผู้ต้องขังมีสุขภาพที่ดี ภายใต้หลักการที่ว่า สุขภาวะเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ทุกคนต้องได้รับ และผู้อยู่ในเรือนจำต้องไม่เป็น “ข้อยกเว้น” ของการมีสุขภาพที่ดี

## ผู้มีความหลากหลายทางเพศ

สนับสนุนการเข้าถึงความเป็นธรรมทางสุขภาพ ไม่ถูกเลือกปฏิบัติด้วยอัตลักษณ์ทางเพศภาวะและเพศวิถี ตลอดจนปัจจัยการกดขี่ทับซ้อน ได้รับการปกป้องคุ้มครองในสิทธิทางสุขภาพ โดยการพัฒนาชุดความรู้ งานวิชาการ กลไก และรูปแบบเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานที่ให้ความสำคัญกับความละเอียดอ่อนต่อความหลากหลายทางเพศ

## มุสลิมไทย

มุสลิมไทยในพื้นที่ดำเนินงานมีคุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่ดี ลดความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ภายใต้แนวทางการดำเนินงานโดยมีศาสนาอิสลามเป็นศูนย์กลาง และการพัฒนา กลไกทางสังคมและสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทสังคมมุสลิมไทย

### คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่นำไปใช้ในแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ

**ความเป็นธรรมทางสุขภาพ** หมายถึง ความเสมอภาค เท่าเทียมด้านสิทธิและโอกาสที่จะเข้าถึงการมีสุขภาพที่ดี ตามความจำเป็นทางสุขภาพ โดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากความแตกต่างของลักษณะประชากร อาทิ เพศ สัญชาติ เชื้อชาติ ศาสนา ชนชั้น สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการจัดระบบสุขภาพและบูรณาการ แก้ไขปัญหาสอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชนที่ยอมรับในระดับสากล

**ความเป็นธรรมทางสังคม** หมายถึง ความเป็นธรรมในทุกมิติของสังคมที่มนุษย์พึงได้รับตามมาตรฐานทางสากล และหลักมนุษยธรรม โดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติ มีความเสมอภาค เท่าเทียมในการเข้าถึงสิทธิ โอกาส และทรัพยากรต่าง ๆ ที่พึงได้รับการปฏิบัติจากรัฐ และได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมเพื่อสร้างโอกาส ในการมีสุขภาวะที่ดี

**ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ** หมายถึง ความแตกต่างระหว่างคนกลุ่มต่าง ๆ ด้านสถานะสุขภาพ เช่น อายุคาดเฉลี่ย อัตราการเจ็บป่วย ภาระโรค ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพอาจมีได้เกิดจากความไม่เป็นธรรมทางสังคมและความไม่เป็นธรรม ทางสุขภาพเสมอไป อาจมีปัจจัยอื่น ๆ เกี่ยวข้อง เช่น เพศ อายุ พันธุกรรม ซึ่งมีผลให้คนกลุ่มต่าง ๆ มีสถานะสุขภาพ แตกต่างกัน อย่างไรก็ดี แนวคิดเรื่อง SDH ชี้ว่าความไม่เป็นธรรมทางสังคมเป็นสาเหตุหลักของความความเหลื่อมล้ำ ทางสุขภาพในประเทศต่าง ๆ

**ความเหลื่อมล้ำทางสังคม** หมายถึง ความแตกต่างด้านสภาพแวดล้อมการดำรงชีวิตระหว่างคนกลุ่มต่าง ๆ ในสังคม เช่น ความเหลื่อมล้ำทางรายได้ ความเหลื่อมล้ำในการถือครองที่ดิน ความเหลื่อมล้ำในด้านผลสัมฤทธิ์การศึกษา ความเหลื่อมล้ำด้านความเสี่ยงต่อภัยพิบัติ ความเหลื่อมล้ำทางสังคมอาจมีได้เกิดจากความไม่เป็นธรรมทางสังคมเสมอ ไป อาจมีปัจจัยอื่น ๆ เกี่ยวข้อง แต่สังคมที่มีความเหลื่อมล้ำสูงส่วนใหญ่่มักมีสาเหตุสำคัญมาจากความเป็นธรรมทาง สังคม ในทางกลับกัน สังคมที่มีพื้นฐานความไม่เป็นธรรมในบางเรื่องสูง แต่มีนโยบายและมาตรการป้องกันมิให้ส่งผล กระทบต่อความไม่เป็นธรรมในเรื่องอื่น ๆ ก็อาจทำให้เป็นสังคมที่มีความเหลื่อมล้ำต่ำได้

**นวัตกรรมสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ** หมายถึง รูปแบบ วิธีการทำงานใหม่ การสร้างสิ่งแวดลอมหรือเงื่อนไขใหม่ การพัฒนาผลิตภัณฑ์ใหม่ที่มีมูลค่าทางสังคม เศรษฐกิจ หรือสิ่งแวดลอม ที่เกิดจากวิคิดใหม่ หรืออาจใหม่จาก การเปรียบเทียบกับสิ่งที่เคยมีโดยที่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงสถานะของความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในทางที่ ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด และสามารถนำไปใช้ขยายผลได้กว้างขวาง

**ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy)** หมายถึง การที่บุคคลมีความสามารถในการเข้าถึงข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพจากแหล่งความรู้ที่หลากหลาย มีความเข้าใจในเนื้อหาต่าง ๆ สามารถประเมินความน่าเชื่อถือและความเหมาะสมของเนื้อหาที่ตนเอง ใช้ความคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลในการให้ความสำคัญกับข่าวสารความรู้ที่นั้น ๆ ตลอดจนนำไปสู่การตัดสินใจนำมาลองปฏิบัติและประเมินผลการทดลองจนสามารถเกิดการใช้ในชีวิตประจำวันได้

**บริการสุขภาพที่เป็นธรรม** หมายถึง การจัดการบริการด้านสุขภาพคำนึงถึงความเสมอภาค ไม่เลือกปฏิบัติจากความแตกต่างของเพศ เพศภาวะ สังคม และวัฒนธรรม เอื้อต่อการเข้าถึง และตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

**ผู้นำการเปลี่ยนแปลง** หมายถึง ประชากรกลุ่มเฉพาะ หรือคนทำงานเพื่อความเป็นธรรมทางสังคมและสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะ ที่สร้าง ส่งเสริม และสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน 3 ระดับ ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงในตนเอง (self-transformation) การเปลี่ยนแปลงองค์กรและชุมชน (organization and community transformation) และการเปลี่ยนแปลงสังคม (social transformation) โดยผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะมีคุณลักษณะสำคัญ ได้แก่ มีความสามารถสร้างความสมดุลในชีวิตและการทำงาน มีความเข้าใจเรื่องความเป็นธรรมทางสังคมและสุขภาพ เข้าใจภาวะการนำร่วม และสามารถทำงานแบบใช้อำนาจร่วม ให้ความสำคัญของการทำงานที่เป็นเครือข่าย และการทำงานขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม

**สุขภาวะของคนพิการ** หมายถึง สุขภาวะหรือสุขภาพที่เหมาะสมในการดำรงชีพของบุคคลอย่างมีสุข แบ่งเป็น 1) ทางกาย คือ การดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง มีระดับสมรรถนะในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เต็มตามศักยภาพ ไม่เกิดโรคเพิ่มจากการทำงาน มีการตรวจสุขภาพประจำปี ลดปัจจัยเสี่ยงหลักที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย ได้แก่ บุหรี่ เหล้า เพิ่มกิจกรรมทางกาย เลือกรับประทานอาหารที่ไม่เป็นโทษต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว 2) ทางสังคม คือ สามารถพึ่งพาตนเองได้(อาจต้องใช้อุปกรณ์หรือผู้ช่วยตามความเหมาะสม) และมีส่วนร่วมในชุมชน 3) ทางเศรษฐกิจ คือ การมีงานทำและมีรายได้ต่อเนื่อง สามารถลด/ ปลดหนี้ได้ 4) ทางปัญญา คือ การเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของตนเอง มีความสุขและภาคภูมิใจในตนเอง

**เรือนจำสุขภาพ** หมายถึง เรือนจำซึ่งมีสภาวะแวดล้อมทางกายภาพ สังคม และวัฒนธรรมที่ผู้ต้องขังได้รับการปฏิบัติที่เคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งมีองค์ประกอบอย่างน้อย 7 ด้าน ดังนี้ (1) ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ต้องขัง (self-care) (2) ลดความเสี่ยงของโรคที่มักมีในเรือนจำ (3) เข้าถึงการบริการสุขภาพ (สุขภาพกาย สุขภาพจิต และทันตสุขภาพ) (4) ผู้ต้องขังมีพลังชีวิต คิดบวก และมีกำลังใจ (5) มีระบบความสัมพันธ์ที่เป็นมิตรและเอื้ออาทร (6) ผู้ต้องขังสามารถอ้างรับบาทของการเป็นแม่/ พ่อ/ ลูก/ และสมาชิกของครอบครัว และ (7) ผู้ต้องขังมีโอกาสสร้างที่ยืนในสังคม<sup>36</sup>

36 นภาพร ทัศวานนท์ และ กฤตยา อาชวนิจกุล. (2559). "งานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังหญิง 2558-2560". (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ).

**เพศภาวะ** หมายถึง สิ่งที่ถูกประกอบสร้างทางวัฒนธรรมเพื่อกำหนดบทบาท พฤติกรรม การกระทำ และอัตลักษณ์ พื้นฐานที่บ่งบอกถึงความเป็นหญิง ความเป็นชาย และความเป็นเพศอื่น ๆ รวมทั้งปฏิสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศ ที่ถูกกำหนดและควบคุมด้วยเงื่อนไขของบริบทสังคมวัฒนธรรมหนึ่ง ๆ

**การออกแบบเพื่อทุกคน (universal design)** หมายถึง การออกแบบและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ บริการสาธารณะ และผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ เพื่อให้ทุกคนสามารถใช้ประโยชน์จากสิ่งเหล่านั้นได้อย่างเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้เจ็บป่วย หรือผู้ที่มีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันแตกต่างจากบุคคลทั่วไปด้วย ข้อจำกัดทางร่างกาย

**กลไก** หมายถึง คณะกรรมการ คณะทำงาน อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ตลอดจนกระบวนการ หรือเครื่องมือ ที่ส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนทำงานของภาคีเครือข่าย เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะ ลดความเหลื่อมล้ำ และลดความไม่เป็นธรรม ทางสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะ

**โครงสร้าง (structure)** หมายถึง ระบบหรือองค์ประกอบทางสังคมในระดับมหภาคที่อาจเกี่ยวข้องกับการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมที่ทำหน้าที่จัดเรียงความสัมพันธ์ของสำนัก 9 ภาคี และประชากรกลุ่มเฉพาะ อันมีประสิทธิผล ต่อผลลัพธ์จากการทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายของกองทุน

**พื้นที่ หรือโมเดลต้นแบบ (upscaling sandbox)** หมายถึง พื้นที่ หรือโมเดลที่ได้รับการถอดบทเรียนให้สามารถ นำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้ โดยพื้นที่ หรือโมเดลต้นแบบจะต้องมีองค์ประกอบคือ การประเมินสถานการณ์ ก่อนเริ่มโครงการ วัตถุประสงค์ของกิจกรรมในโครงการ การประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่เกี่ยวข้องโดยตรง กับกิจกรรมที่ดำเนินการในโครงการ การวิเคราะห์ปัจจัยของความสำเร็จ ข้อพึงระวังในการไปประยุกต์ใช้ และอุปสรรค ในกิจกรรมที่ดำเนินการ

**โครงสร้างพื้นฐาน (fundamental)** หมายถึง ระบบที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อต่อยอด หรือนำไปใช้เพื่อประโยชน์ในการ วิเคราะห์ปัญหา และนำเสนอแนวทางแก้ไขที่มีความรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ โดยมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ กรอบนโยบาย/กลไกการทำงาน (institutional framework) ข้อมูลพื้นฐาน (datasets) มาตรฐานหรือแนวทางการทำงาน (technical standard) และเครือข่ายการทำงาน (network)

## เป้าหมายการดำเนินงาน

พิจารณำกรอบ Objectives and Key Results (OKRs) หรือการตั้งเป้าหมายและการวัดผลความสำเร็จ เป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานและการตั้งเป้าหมายระดับแผนประชากรกลุ่มเฉพาะ โดย OKRs เป็นกรอบที่ใช้ประโยชน์ได้จริงสำหรับกลุ่มประชากรเฉพาะในการดำเนินการวางแผนการดำเนินงาน เนื่องจากมีความยืดหยุ่น และเปิดโอกาสให้แต่ละกลุ่มสามารถเปลี่ยนยุทธศาสตร์การดำเนินงานได้ตามสถานการณ์ ซึ่งการใช้กรอบ OKRs มีความเหมาะสมกับบริบทปัญหาในปัจจุบันที่มีความไม่แน่นอนสูง

จากการทบทวนแผนการดำเนินงานของแผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ ภาคี และกลุ่มประชากรเฉพาะที่ผ่านมา พบปัญหาหรือช่องว่างซึ่งเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการสร้างผลกระทบในเชิงโครงสร้างและนโยบาย การวิเคราะห์แผนการดำเนินงานของทุกกลุ่มประชากรเฉพาะที่มีขอบเขตการดำเนินงานที่มุ่งเน้นสร้างกลไก ต้นแบบ และผลักดันนโยบาย พบช่องว่างของปัญหาของแผนในช่วง 4 ปีที่ผ่านมาในเรื่องของการออกแบบต้นแบบเพื่อขยายผล การพัฒนาระบบเชิงโครงสร้าง และการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม จึงนำเอากรอบของกระบวนการออกแบบเชิงความคิด (design thinking) มาใช้ในการออกแบบแผนของภาคีและกลุ่มประชากรเฉพาะ เพื่อชี้ให้เห็นถึงภาพรวมของกระบวนการดำเนินงานตามกรอบดังกล่าว

นอกจากนี้ แนวทางการทำงานของแผน 5 ปี จะมุ่งเน้นการสื่อสารและการกระจายองค์ความรู้ให้กับคนรุ่นใหม่และภาคีใหม่เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในวงกว้างมากขึ้นผ่านการสร้างแพลตฟอร์มที่ทำหน้าที่เป็นฐานข้อมูลกลางของทุกภาคีและกลุ่มประชากรเฉพาะ (common platform) ซึ่งแพลตฟอร์มดังกล่าวจะเป็นฐานข้อมูลที่สำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคีใหม่และประชาชนกลุ่มใหม่ ๆ อันจะนำไปสู่การเกิดข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม เป็นรูปธรรม วัดค่าได้และเป็นระบบในทุกกลุ่มประชากร



## ตัวชี้วัดระดับเป้าหมาย (Ultimate Goals) และตัวชี้วัดระดับผลลัพธ์ (Output)

1. ฐานข้อมูลหรือระบบจัดเก็บข้อมูล (Digital Database) ที่มีการจัดเก็บในรูปแบบดิจิทัลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของทุกแผนและทุกกลุ่มประชากรเฉพาะ เพื่อบรรลุเป้าหมายของกองทุนฯ และกรอบแนวคิดเรื่องเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals–SDGs) ที่มีองค์ประกอบของข้อมูลอย่างน้อย 20 ชุดข้อมูล ใน 7 กลุ่มประชากร และเผยแพร่ข้อมูล บทวิเคราะห์ องค์ความรู้ กระบวนการทำงาน และจริยธรรมในการทำงานในทุกกลุ่มประชากร
2. ความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมของภาคีกลุ่มใหม่ ทั้งคนรุ่นใหม่ ผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ และคนทั่วไป ที่สนใจ (New Participation) ที่มาจากการสร้างพัฒนา หรือขยายผลการดำเนินงานของแผนประชากรกลุ่มเฉพาะให้เกิดการมีส่วนร่วมรายกลุ่ม หรือในภาพรวม เพื่อขยายความครอบคลุม และความเชี่ยวชาญในการทำงานของแผนกลุ่มประชากรเฉพาะให้บรรลุเป้าหมายของกองทุนจำนวนอย่างน้อย 20 กลุ่ม/เครือข่าย ไม่น้อยกว่า 5 ประเด็น
3. การมีส่วนร่วมในการนำเสนอข้อค้นพบ/บทเรียน/ข้อสรุปของการทำงาน หรือข้อเสนอเชิงนโยบายที่มาจากการออกแบบหรือการดำเนินงานร่วมกันระหว่างภาคีของสำนักอื่น หน่วยงานอื่น คนรุ่นใหม่ และผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ (Cross-group Collaboration) เพื่อสร้างหรือพัฒนาพื้นที่หรือต้นแบบ (model) ข้ามกลุ่มประชากร หรือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบองค์รวมเพื่อบรรลุเป้าหมายการเสริมพลังให้กับประชากรกลุ่มเฉพาะ (Empowerment) โดยมุ่งเน้นการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ/พัฒนาระบบสวัสดิการพื้นฐานที่ตอบสนองต่อโรคอุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ไม่น้อยกว่า 10 ต้นแบบ
4. ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม (Inclusive Policy) ในหลายกลุ่มประชากรที่เชื่อมระหว่างโครงสร้างที่มาจากพื้นที่และต้นแบบ (model) กับปัญหาของกลุ่มประชากรจากฐานข้อมูลที่ถูกจัดเก็บอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายที่ได้รับการยอมรับจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง สามารถเชื่อมโยงหรืออ้างอิงกับมาตรฐานระดับประเทศ และระดับสากลที่เป็นรูปธรรม และวัดค่าได้ ตามตัวชี้วัดของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals–SDGs) ไม่น้อยกว่า 5 ประเด็น

ทั้งนี้ กรอบแผนการดำเนินงานดังกล่าวจะเป็นกรอบการดำเนินงานของภาคีและกลุ่มประชากรเฉพาะที่นำไปสู่การดำเนินงานที่สอดคล้องและบรรลุวัตถุประสงค์ของแผน (marginal objectives) เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีและลดความเหลื่อมล้ำและความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะ อันเป็นจุดเน้นของแผนหลัก (พ.ศ. 2566–2570)

### วัตถุประสงค์ของแผน

จากกรอบนโยบายและจุดเน้นของการจัดทำแผนงาน 5 ปี ที่กำหนดโดยกองทุน จึงนำไปสู่การจัดทำแผนการทำงานของกลุ่มประชากรแต่ละกลุ่ม ซึ่งการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของแผนมีเป้าหมายมุ่งเน้นการดำเนินงานต่อยอดองค์ความรู้เดิมเพื่อขยายผลการดำเนินงานให้กว้างขวางขึ้น พิจารณาให้มีการประเมินสถานการณ์ปัจจุบันก่อนการดำเนินงานและการประเมินผลหลังการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม (pre – post evaluation) ซึ่งจะเป็นส่วนสำคัญของแผนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะของกลุ่มประชากรในระยะ 5 ปี เพื่อให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนของการดำเนินงานของแต่ละกลุ่มประชากรมากขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อพัฒนาองค์ความรู้สนับสนุนการทำงานเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะและลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะ ให้เกิดความยั่งยืน ต่อเนื่อง และต่อยอดการทำงานในระยะยาวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. เพื่อออกแบบการสื่อสารสาธารณะให้เกิดการมีส่วนร่วม อันนำไปสู่การปรับเจตคติของสังคมสู่สังคมที่ยอมรับความหลากหลายและให้ความสำคัญกับความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการทางสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น
3. เพื่อเสริมสร้างพื้นที่ หรือโมเดลต้นแบบ เพื่อการขยายผลในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น
4. เพื่อส่งเสริมศักยภาพของกลไกการทำงานของภาคีเครือข่าย เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการทำงานได้อย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น
5. เพื่อขับเคลื่อนนโยบายที่มีเป้าหมายในการเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีและลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะ ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น
6. เพื่อวางโครงสร้างในการพัฒนาความสามารถในตัวเองของประชากรกลุ่มเฉพาะ (empowerment) และส่งเสริมศักยภาพการทำงานของภาคี (capacity) ในระยะยาว

## **กลุ่มเป้าหมาย/ขอบเขตการดำเนินงาน**

### **กลุ่มเป้าหมาย**

กลุ่มเป้าหมายที่แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะสนับสนุนการดำเนินงานจำนวน 10 กลุ่มประชากรประกอบด้วย

- 1) คนพิการ 2) ผู้สูงอายุ 3) คนไร้บ้าน 4) แรงงานนอกระบบ 5) กลุ่มชาติพันธุ์ 6) ประชากรข้ามชาติ 7) กลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ 8) ผู้หญิงที่ถูกระทำความรุนแรง 9) ผู้ต้องขัง และ 10) มุสลิมไทย

### **ขอบเขตการดำเนินงาน**

1. พัฒนานวัตกรรม กลไก และนโยบายสาธารณะ เพื่อการมีสุขภาวะ ลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ โดยสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดด และยกระดับการขยายผลต้นแบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ
2. สนับสนุนการเตรียมความพร้อมและปรับตัวของประชากรกลุ่มเฉพาะต่อผลกระทบเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และปัจจัยเสี่ยงอุบัติใหม่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ประชากรกลุ่มเฉพาะสามารถดำเนินชีวิต หรือได้รับการช่วยเหลือ เยียวยา พ้นฟู ช่วยเหลือเกื้อกูลกันได้อย่างเหมาะสม
3. สนับสนุนและเสริมศักยภาพการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลเพื่อเป็นเครื่องมือในการยกระดับการสร้างเสริมสุขภาพและมีสุขภาวะที่ดีของประชากรกลุ่มเฉพาะต่าง ๆ อย่างเหมาะสม โดยไม่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำจากการใช้เทคโนโลยี
4. พัฒนาต้นแบบและยกระดับการขยายผลการดำเนินงานในระดับพื้นที่ โดยมีพื้นที่เป้าหมายทั้งบริบทเขตเมืองและชุมชนท้องถิ่น ซึ่งมีจุดเน้นแตกต่างกันตามความเหมาะสม และบริบทของประชากรกลุ่มเฉพาะนั้น ๆ
5. พัฒนาศักยภาพแกนนำประชากรกลุ่มเฉพาะ คนทำงานกับประชากรกลุ่มเฉพาะ และเครือข่ายประชากรกลุ่มเฉพาะ ให้มีความสามารถจัดการตัวเอง เข้าถึงสวัสดิการขั้นพื้นฐาน นำไปสู่การลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ

- สร้างและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน (fundamental) เพื่อสนับสนุนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะบนพื้นฐานของข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นรูปธรรมที่ได้ดำเนินการตามข้อ 2.1-2.5
- สนับสนุนการดำเนินงานของแผนกลุ่มพื้นที่ องค์กร กลุ่มประชากร ของ สสส. ในการดำเนินการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และเขตเมืองใหญ่ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ส่งเสริมความเข้มแข็งและเปิดโอกาสการเข้าถึงบริการสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ

## ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์การดำเนินงานของทุกกลุ่มประชากรเฉพาะมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ไตรพลังของ สสส. คือ ความรู้ นโยบาย สื่อสารและขับเคลื่อนสังคม โดยเพิ่มเติมประเด็นการพัฒนาศักยภาพภาคีและแกนนำกลุ่มประชากรเฉพาะ เพื่อสนับสนุนการรวมกลุ่มและการพัฒนาภาคีและองค์กรตัวแทนกลุ่มประชากรเฉพาะให้เข้มแข็ง ที่จะนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพและลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะ โดยมียุทธศาสตร์ 6 ข้อ ดังนี้

- พัฒนาองค์ความรู้ เพื่อสนับสนุนการทำงาน เสริมสร้างสุขภาพ และลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะ ให้เกิดความยั่งยืน ต่อเนื่อง และต่อยอดการทำงานในระยะยาวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
- ออกแบบการสื่อสารสาธารณะให้เกิดการมีส่วนร่วม อันนำไปสู่การปรับเจตคติของสังคมสู่สังคมที่ยอมรับความหลากหลายและให้ความสำคัญกับความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการทางสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น
- เสริมสร้างพื้นที่หรือโมเดลต้นแบบ เพื่อการขยายผลในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น สามารถทำให้หน่วยงานที่รับผิดชอบเห็นประโยชน์และรับไปดำเนินงานต่อเพื่อความยั่งยืน
- ส่งเสริมศักยภาพของกลไกการทำงานของภาคีเครือข่าย ให้สามารถขับเคลื่อนแบบเสริมพลังกันและทำงานได้อย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น
- ขับเคลื่อนนโยบายที่มีเป้าหมายในการเสริมสร้างสุขภาพที่ดีและลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะ ทั้งโดยตรงและโดยอ้อมที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น
- สร้างและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เพื่อสนับสนุนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะ ให้ตอบสนองตัวชี้วัดตามห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome) ของ สสส.

## งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)				
	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ	310.00	320.00	340.00	300.00	310.00



## แผน 6 แผนสุขภาพชุมชน

### สรุปภาพรวมระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570)

#### **ที่มาและความสำคัญ ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ แผนเฉพาะในแต่ละด้าน และทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี**

แผนหลักของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่มีเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์และดำเนินงานกับชุมชนท้องถิ่น โดยตรงคือแผนสุขภาพชุมชนที่ได้ออกแบบการทำงานใน 2 หลักการคือ การใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนาและคำนึงถึงสุขภาพในทุกนโยบาย นับตั้งแต่ปี 2552 จนถึงปัจจุบัน เพื่อมุ่งเป้าสนับสนุนกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นให้เกิด “ชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง” “ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง” “ชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่” ที่เป็นฐานสำคัญของการพัฒนาประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี (พ.ศ.2555-2564) และ ทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ.2565-2574) ต่อไปที่มุ่งเป้า 8 ประเด็นท้าทายสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ (1) การบริโภคน้ำสะอาด (2) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สิ่งเสพติด (3) กิจกรรมทางกาย (4) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (5) สุขภาพจิต (6) การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (7) มลพิษทางอากาศ และ (8) โรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ

กฎบัตรรอดตายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ได้มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ประการ หนึ่งในนั้นคือการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น และจากวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุน ข้อ 5 ระบุว่า “เพื่อพัฒนาความสามารถของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชน หรือองค์กรเอกชน องค์กรสาธารณประโยชน์ ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ” ทั้งนี้ในหลาย ๆ แผนของประเทศที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย (1) แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580): ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์และด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม (2) แผนปฏิรูปประเทศด้านสังคม: ประเด็นปฏิรูปที่ 4 ระบบสร้างเสริมชุมชนเข้มแข็ง (3) สนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) อาทิ ขจัดความยากจน ขจัดความหิวโหย การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี การศึกษาที่เท่าเทียม การจัดการน้ำและสุขาภิบาลพลังงานสะอาดที่ทุกคนเข้าถึงได้ แผนการบริโภคและการผลิตที่ยั่งยืน การรับมือการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การใช้ประโยชน์จากมหาสมุทรและทรัพยากรทางทะเล การใช้ประโยชน์จากระบบนิเวศทางบก สังคมสงบสุขยุติธรรมไม่แบ่งแยก และ (4) การพัฒนาบนหลักของศาสตร์พระราชา 3 ประการ ประกอบด้วย 1) เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา 2) ระเบิดจากข้างใน และ 3) ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง รวมถึงสอดคล้องกับจุดเน้นและหมุดหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) ที่ประกอบด้วย 13 หมุดหมาย และมีจุดเน้น 4 องค์ประกอบ (เศรษฐกิจ สังคม วิถีชีวิตที่ยั่งยืน ปัจจัยสนับสนุน)

ผลการประเมิน 10 ปี ของ สสส. มีข้อเสนอแนะสำคัญสำหรับ สสส. เพื่อพัฒนาการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นสรุปพอสังเขปดังนี้ (1) ควรทำข้อมูลพื้นที่ปฏิบัติการที่เข้าไปสนับสนุนการดำเนินงานในระดับต่าง ๆ

ให้เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ (2) ควรให้ความสำคัญกับการลงทุนพัฒนาระบบการติดตามประเมินผลและฐานข้อมูลที่เป็นเอกภาพ เพื่อใช้ร่วมกันทั้งภายในองค์กรและภาคีเครือข่าย (3) ควรมีการสรุปคุณลักษณะและบริบทของพื้นที่ที่ผ่านเกณฑ์ที่ สสส. ดำเนินการสนับสนุนจนพัฒนาเป็นต้นแบบไว้หลาย ๆ ด้าน และ (4) ยกระดับการทำงานด้วยการผลักดันองค์ความรู้ รูปแบบ กลไกตำบลจัดการตนเองเข้าสู่ระบบหลัก

กอปกับข้อเสนอแนวทางการปรับทิศทาง การขับเคลื่อนแผนจากผลการประเมิน 3 ปี (พ.ศ. 2561-2563) ของแผนสุขภาพชุมชน สรุปได้เป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ดำเนินการต่อเนื่องจากระบบเดิมที่มี อปท. เป็นแกนนำในการขับเคลื่อน โดยต้องกำหนดให้มีการบริหารจัดการความรู้ที่เข้มข้นขึ้นจาก (1) เพิ่มคู่มือหรือตัวอย่างในกระบวนการอบรมแกนนำและมีการอธิบายโดยละเอียด (2) เพิ่มโอกาสให้แกนนำหรือสมาชิกของชุมชนได้รับรู้ตัวอย่างจริงของชุมชนที่มีการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเกิดจินตภาพที่ชัดเจน และ (3) เพิ่มกระบวนการในการทบทวน และกระบวนการหมุนรอบปฏิบัติการด้วยตนเองเพื่อสร้างการเรียนรู้จากการทำงานเป็นระยะ สามารถปรับตัวและปรับแผนให้เร็ว ส่วนที่ 2 ออกแบบเพื่อดำเนินการในพื้นที่ที่มีบริบทเปลี่ยนแปลงไปเป็นชุมชนเมือง ยุคดิจิทัลซึ่งจะเน้นการขับเคลื่อนเชิงประเด็นเป็นหลัก รวมไปถึงการออกแบบและพัฒนา Platform for Healthy Community และพัฒนาเครือข่ายผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มาจาก influencers ที่อยู่บนแพลตฟอร์มออนไลน์ และ ส่วนที่ 3 สิ่งที่ได้เพิ่มเติมความรู้ของชุมชนอีกส่วนหนึ่งที่สำคัญ คือ สถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือ ซึ่งในอนาคตบทบาทของการสนับสนุนวิชาการจะมีความเชี่ยวชาญหลากหลายมากขึ้น และมีบทบาทในการเป็นที่ปรึกษาและพี่เลี้ยงรวมถึงอาจจะมีการพัฒนาเป็นศูนย์การเรียนรู้ แหล่งถ่ายทอดความรู้ และคลังเครื่องมือของแผนสุขภาพชุมชน เพื่อให้ทันต่อการปรับตัวภายใต้บริบทที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและคาดการณ์ได้ยาก

ข้อเสนอแนะจากภาคีต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นโดยแผนสุขภาพชุมชน จำนวน 3 กลุ่ม ประกอบด้วย (1) ภาคีปฏิบัติการในระดับพื้นที่ (2) ภาคีขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และนโยบายสู่การปฏิบัติ และ (3) ภาคียุทธศาสตร์ รวมถึงคณะทำงานของแผนสุขภาพชุมชน คณะกรรมการกำกับทิศทางของแผนสุขภาพชุมชน และคณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ 3 โดยสรุปดังนี้ 1) กำหนดเป้าหมายการทำงานให้ชัดเจนผ่านการบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพ 2) ยกระดับการทำงานให้มีความหลากหลายตามบริบทของสังคมที่มีความแตกต่างและตามสังคมที่เปลี่ยนไป 3) มีระบบสนับสนุนทางด้านวิชาการตามยุทธศาสตร์การทำงานของ สสส. 4) ถอดบทเรียน ยกระดับและขยายผลจากต้นแบบสู่ความยั่งยืน และ 5) คำนึงถึงเรื่องความเสมอภาคและความเหลื่อมล้ำในการดำเนินงาน

ดังนั้น การดำเนินงานในระยะ 5 ปี พ.ศ. 2566-2570 ของแผนสุขภาพชุมชนจึงใช้ 2 หลักการ ได้แก่ (1) ใช้ความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานในการจัดการกับสุขภาพชุมชนและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน และ (2) คำนึงถึงการพัฒนอย่งยั่งยืนและการตอบสนองต่อวิกฤตภายในประเทศและระดับโลก มาเป็นหลักการสำคัญในการออกแบบกระบวนการทำงานที่เชื่อมโยงกันและแปลงแผนสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ โดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นใน 6 ปัจจัยสำคัญ ประกอบด้วย (1) ผู้นำชุมชนท้องถิ่นมีทักษะและความสามารถในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น (2) กลไกขับเคลื่อนที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้ การมีส่วนร่วม และสร้างการเปลี่ยนแปลงในระดับพื้นที่ (3) นโยบายสาธารณะและมาตรการทางสังคมที่กำหนดโดยชุมชนท้องถิ่นสามารถสร้างรูปธรรมแสดงถึงความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น (4) แนวทางการนำนโยบายสู่การปฏิบัติเป็นรูปธรรมและมีคุณภาพ (5) ระบบข้อมูลและเครื่องมือทางวิชาการที่มีคุณภาพและไวต่อการนำไปใช้ในการตัดสินใจ และ (6) ระบบ

บริการสาธารณะและบริการอื่นโดยชุมชนท้องถิ่นครอบคลุม เข้าถึงและมีคุณภาพ เพื่อให้คนในชุมชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตดีขึ้น

## การดำเนินงานที่ผ่านมา

กว่าหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมาของแผนสุขภาพชุมชนได้มุ่งเน้นเสริมศักยภาพให้กับ 4 องค์กรหลัก อันประกอบด้วย ท้องถิ่น ท้องที่ องค์กรชุมชน และหน่วยงานรัฐในพื้นที่ ให้สามารถใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพจัดการกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพได้ จนเกิดเป็นเครือข่ายขนาดใหญ่ โดยมีจุดเริ่มต้นจาก หนึ่งตำบล ขยายเป็นเครือข่ายตำบล เครือข่ายอำเภอ เครือข่ายภูมิภาคที่กระจายตัวอยู่ทุกภูมิภาคของประเทศ จนเป็น “เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่” ร่วมขับเคลื่อนชุมชนท้องถิ่นให้น่าอยู่ โดยมีบทบาทสำคัญในการสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน ผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะระดับตำบล อำเภอ เครือข่าย และจังหวัด รวมไปถึงการขับเคลื่อนและรณรงค์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน

การดำเนินงานอย่างต่อเนื่องของแผนสุขภาพชุมชนยังผลให้ปัจจุบันมีสมาชิกเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ที่ยอมรับในหลักการทำงานร่วมกันมากถึง 3,496 ตำบล หรือคิดเป็นร้อยละ 44.97 ของ อบท. ทั้งหมด<sup>37</sup> และแผนสุขภาพชุมชนกำหนดให้ทุกตำบลที่เป็นสมาชิกเครือข่ายจัดเก็บข้อมูล TCNAP และ ข้อมูล RECAP แล้วนำเอาข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาแนวทางพัฒนา และยกระดับพื้นที่เป็นศูนย์เรียนรู้ (ศร.) ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาพชุมชน (ศจค.) ศูนย์ประสานงานเครือข่ายเฉพาะประเด็น (ศปง.) ศูนย์เชี่ยวชาญ (ศชช.) และศูนย์ฝึกอบรม รวมกันแล้วมากถึง 361 แห่ง จากประสบการณ์ในการดำเนินงานที่กล่าวมาพบว่าในแต่ละตำบลจะมีทุนทางสังคมได้มากถึง 110 ทุน มีผู้นำชุมชนท้องถิ่นอย่างน้อย 200 คนต่อตำบล จนเกิดเป็นโครงข่ายความคุ้มครองทางสังคมขนาดใหญ่ที่มีทุนทางสังคมกว่า 350,000 ทุน และมีผู้นำชุมชนท้องถิ่นกว่า 640,000 คน ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงบทบาทหน้าที่ในการหนุนเสริมภาคประชาชนให้มีศักยภาพในการจัดการตนเอง สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและมีการนำไปเผยแพร่อย่างกว้างขวางมากขึ้น รวมถึงการเอื้ออำนวยให้ชุมชนมีความเข้มแข็งในการจัดการตนเองและปกป้องภาวะคุกคามได้อย่างทันการและมีประสิทธิภาพ และเกิดเป็นเครือข่าย 5 นักสร้างเสริมสุขภาพชุมชน จำนวนกว่า 450,000 คน ได้แก่ นักบริหาร นักวิชาการชุมชนท้องถิ่น นักจัดการข้อมูล นักสื่อสารชุมชน นักจัดการ และนักจัดกระบวนการ ที่มีศักยภาพในการดำเนินงานด้านต่าง ๆ ในชุมชนท้องถิ่นและร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ

ผลลัพธ์การดำเนินงานดังกล่าวข้างต้นนับเป็นต้นแบบ (prototype) ที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานในพื้นที่ปฏิบัติการนั้น ๆ และแผนสุขภาพชุมชนจะนำต้นแบบดังกล่าวไปพัฒนาระดับให้เป็นรูปแบบ (model) เพื่อใช้ในการขยายผลไปยังพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป โดยคำนึงถึงบริบทของแต่ละพื้นที่ที่มีรายละเอียดแตกต่างกันไป

37 จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด ไม่รวม อบจ. กทม. และ เมืองพัทยา จำนวน 7,774 แห่ง



## สถานการณ์และแนวโน้มที่เกี่ยวข้อง

**แนวโน้มของสถานการณ์ที่ส่งผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ** จากการทบทวนแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่จะส่งผลกระทบต่อทั่วโลก (megatrends) ในช่วงปี 2563 – 2573 ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพในอนาคต พบว่าปัจจุบันมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่กำลังเข้ามามีบทบาทอย่างมากต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) สรุปได้ดังนี้ (1) การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ จากการวิเคราะห์ของ TDRi คาดการณ์ว่าอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจของไทยจะมีอัตราลดลงเรื่อย ๆ (2) การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและโครงสร้างประชากร จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าในอนาคตโครงสร้างประชากรของโลกจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยก็เช่นกัน (3) การเปลี่ยนแปลงของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ด้วยสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (4) การเปลี่ยนแปลงด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ปัจจุบันโลกอยู่ในยุคการเปลี่ยนผ่านทางเทคโนโลยี (disruptive technology) (5) การเปลี่ยนแปลงทางการเมือง สถานการณ์ภาพรวมการเมืองระหว่างประเทศมีการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนสถานการณ์การเมืองในประเทศจะถึงวาระการเลือกตั้งระดับประเทศซึ่งเป็นโอกาสสำคัญสำหรับการนำเสนอและผลักดันนโยบายสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อประชาชน (6) การเปลี่ยนแปลงสู่การเป็นมหานครและการขยายตัวของพื้นที่เขตเมือง ก่อให้เกิดประโยชน์ทางเศรษฐกิจและสังคมในหลายมิติ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรในพื้นที่ และ (7) ผลกระทบและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสำคัญจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ยังไม่สิ้นสุดและมีการคาดการณ์ว่าจะกลายเป็นโรคประจำถิ่นในระยะใกล้นี้ ขณะที่สถานการณ์หลังการแพร่ระบาดได้ส่งผลกระทบต่อมิติด้านเศรษฐกิจ สังคม และวิถีชีวิตของประชากร

**การปรับบทบาทหรือวิถีการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน** จากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงทั้งในด้านเทคโนโลยี และสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อบริบทของชุมชนท้องถิ่นเป็นอย่างมาก ได้แก่ (1) ความสะดวกในการติดต่อค้าขาย และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ง่ายและมากขึ้น และมีกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่เป็นเชิงการค้าเพิ่มขึ้น นำไปสู่พฤติกรรมปัจเจกแบบทุนนิยมมากขึ้น (2) ประชาชนมีความเป็นปัจเจกชนนิยม (individualism) มากขึ้น ความรู้ และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารมีมากขึ้น ความต้องการพึ่งพา และการยอมตามอำนาจรัฐในปฏิบัติการที่อาศัยความสมัครใจ หรือต้องการความร่วมมือมีน้อยลง (3) การปรับพฤติกรรมไปกับเทคโนโลยี ดิจิทัล หรือ digital transformation คือปัจจัยขับเคลื่อนหลักของการสร้างให้เกิดความเปลี่ยนแปลง เพราะทำให้ประชาชนโดยเฉพาะในพื้นที่เมืองทั่วประเทศ จำเป็นต้องมี digital literacy เพิ่มขึ้นมาก ซึ่งจะเป็นการช่วย empower individualism ในการดำเนินชีวิตของประชาชน และเป็นปัจจัยขับเคลื่อนหลักในการสลายรูปแบบเดิมของชุมชน และเปลี่ยนรูปแบบชุมชนไปเป็นรูปแบบ online หรือ virtual มากขึ้น

**การเปลี่ยนแปลงสู่การเป็นมหานครและการขยายตัวของพื้นที่เขตเมือง** สำหรับประเทศไทยสัดส่วนความเป็นเมืองและจำนวนประชากรในเขตเมืองของประเทศไทยยังอยู่ในระดับไม่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับภาพรวมในระดับโลก (ในปี 2561 ประชากรในกรุงเทพมหานครและในเขตเทศบาลมีจำนวน 22.87 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 34.44) แต่การพัฒนาเชิงพื้นที่ของประเทศไทยกลับมีการกระจุกตัวสูงซึ่งส่งผลให้หลายพื้นที่ในเมืองหลักของไทยเผชิญความท้าทายด้านการจัดการขยะ น้ำเสีย ความแออัดและเสื่อมโทรมของที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรในพื้นที่ รวมถึงข้อมูลของศูนย์ศึกษามหานครและเมือง พบว่า เมืองของไทยขยายตัวมากขึ้นตลอดช่วงปี 2546–2557 ในระยะ 10 ปีนี้ ประชากรในเขตเมืองเพิ่มขึ้นเท่าตัวจาก 22.06% เป็นร้อยละ 43.79

และ UN ได้คาดการณ์ว่า ในปี 2573 ประเทศไทยจะมีประชากรอาศัยอยู่ในเมืองราวร้อยละ 63.9 ซึ่งยังใช้พื้นที่เทศบาลเป็นตัวบ่งบอกความเป็นเมือง ในปัจจุบันประเทศไทยมีเทศบาลทั้งหมด 2,441 แห่ง แบ่งเป็นเทศบาลนคร 30 แห่ง เทศบาลเมือง 178 แห่ง และเทศบาลตำบลอีก 2,233 แห่ง จึงเป็นข้อมูลที่ยืนยันว่าไทยเข้าสู่สังคมเมืองมากขึ้นแล้ว เพียงแต่ระดับความเป็นเมืองอาจจะแตกต่างกันไปตามแต่ละพื้นที่ ดังนั้นเมืองจึงเป็นแหล่งรวมของความเจริญทุกด้านที่จะช่วยตอบโจทย์คุณภาพชีวิตของคน แต่อย่างไรก็ตาม การกระจุกตัวของคนเมืองก็อาจเป็นแหล่งรวมของปัญหาและความเสี่ยงต่อสุขภาพได้เช่นกัน

ด้วยเหตุนี้การสานพลังเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ในการตั้งรับและปรับตัวต่อสถานการณ์ทั้งในสภาวะปกติและสภาวะวิกฤต โดยใช้องค์ความรู้ในชุมชนและเครือข่ายมารับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งสร้างนวัตกรรมปรับพฤติกรรมของชุมชนและสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพของคนในชุมชน จึงมีความสำคัญที่จะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ดังคำกล่าวที่ว่า “ชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง นำมาสู่การมีสุขภาวะที่ดี” ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการมีสุขภาวะที่ดีของคนในชุมชน เป้าหมายในทศวรรษหน้าคือการต่อยอดสุขภาวะของคนในพื้นที่ให้เกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

### สถานการณ์สำคัญของชุมชนท้องถิ่น

ข้อมูลของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่จากระบบข้อมูลตำบลโดยการสำรวจ (Thailand Community Networking Appraisal Program: TCNAP) ในปี 2564 ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2564 จำนวน 2,179 ตำบล มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 8,585,621 จากครัวเรือนจำนวน 2,738,723 ครัวเรือน มีข้อมูลสถานการณ์สำคัญของชุมชนท้องถิ่นใน 13 ประเด็น ดังนี้

1. **พฤติกรรมการสูบบุหรี่** พบว่า มีผู้ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำ จำนวน 137,176 คน คิดเป็นร้อยละ 1.06 มีครัวเรือนที่มีคนสูบบุหรี่ในครอบครัวเป็นประจำ จำนวน 103,277 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 3.77 แบ่งเป็นวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ จำนวน 98,436 คน คิดเป็นร้อยละ 1.15 และผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 38,643 คน คิดเป็นร้อยละ 0.45

จากข้อมูลทำให้ชุมชนท้องถิ่นสร้างมาตรการหรือข้อตกลงร่วมของชุมชนและบังคับใช้กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ สร้างผู้นำต้นแบบ ลด ละ เลิกยาสูบ พัฒนานวัตกรรมช่วยเหลือ สื่อสารรณรงค์สร้างความตระหนัก และสร้างเงื่อนไขการควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นเงื่อนไขของการพัฒนาพื้นที่

2. **พฤติกรรมการดื่มสุรา** พบว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมดื่มสุราเป็นประจำ จำนวน 618,294 คน คิดเป็นร้อยละ 7.20 มีครัวเรือนที่มีผู้ดื่มสุราในครอบครัวเป็นประจำ จำนวน 438,307 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 16.00 ประกอบด้วยผู้ดื่มสุราอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 15,229 คน คิดเป็นร้อยละ 7.20 ผู้ดื่มสุราในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี จำนวน 4,271 คน คิดเป็นร้อยละ 0.05 วัยทำงานอายุ 15-59 ปี ที่ดื่มสุราเป็นประจำ จำนวน 186,860 คน คิดเป็นร้อยละ 2.18 และจำนวนประชากรผู้ดื่มสุราแล้วขับขี้นานพาหนะ จำนวน 34,468 คน คิดเป็นร้อยละ 5.57

จากพฤติกรรมของประชากรทำให้ต้องมีการสร้างมาตรการของชุมชน บังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด พัฒนาศักยภาพผู้นำ เกิดเป็นผู้นำต้นแบบ สร้างเครือข่ายชุมชนปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และนำใช้ข้อมูลตำบลอย่างต่อเนื่องในการจัดการปัญหาและสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพให้กับคนในชุมชน

3. **การจัดการอาหารชุมชน** พบว่าจำนวนของประชากรที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวนทั้งสิ้น 2,493,303 คน คิดเป็นร้อยละ 32.58 จำแนกตามการประกอบอาชีพเกษตรกรรมได้ 7 ประเภท ได้แก่ ทำนา จำนวน 249,841 คน คิดเป็นร้อยละ 9.12 ทำสวน จำนวน 115,673 คน คิดเป็นร้อยละ 4.22 ปศุสัตว์ จำนวน 7,930 คน คิดเป็นร้อยละ 0.29 ทำไร่ จำนวน 54,788 คน คิดเป็นร้อยละ 2.00 เกษตรผสมผสาน จำนวน 5,211 คน คิดเป็นร้อยละ 0.19 ทำประมง จำนวน 3,726 คน คิดเป็นร้อยละ 0.14 เพาะเลี้ยงสัตว์น้ำ จำนวน 1,457 คน คิดเป็นร้อยละ 0.05 ตามลำดับ  
 เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่มีเป้าหมายของสุขภาวะชุมชนในการสร้างความเข้มแข็งของการจัดการอาหารโดยชุมชนท้องถิ่นเพื่อลดผลกระทบด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจ เช่น ระดมทรัพยากรเพื่อส่งเสริมการผลิต การกระจายเพื่อการบริโภคอาหารปลอดภัยอย่างครอบคลุมทุกกลุ่มวัยที่จะส่งผลให้เกิดความมั่นคงทางอาหารในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์วิกฤตของชุมชนท้องถิ่น
4. **กิจกรรมทางกาย** พบว่าประชากรมีพฤติกรรมเสี่ยงที่จำแนกตามกิจกรรม คือ ไม่ได้ออกกำลังกาย 520,421 คน คิดเป็นร้อยละ 29.66 ไม่ได้ตรวจสุขภาพประจำปี 425,820 คน คิดเป็นร้อยละ 24.84 ทำงานหนัก พักผ่อนน้อย จำนวน 335,805 คน คิดเป็นร้อยละ 19.14 และมีความเครียด จำนวน 54,677 คน คิดเป็นร้อยละ 3.12 เมื่อพิจารณาตามประชากรที่ไม่ออกกำลังกาย จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ วัยผู้ใหญ่ (20-59 ปี) จำนวน 107,193 คน คิดเป็นร้อยละ 56.52  
 จากข้อมูลปัจจัยหนึ่งที่สามารถเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายของชุมชนให้มากขึ้นและลดความเสี่ยงทางสุขภาพ คือ การส่งเสริมและกระตุ้นวัฒนธรรมของชุมชนในการมีกิจกรรมทางกาย จึงกำหนดให้กิจกรรมทางกายเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมชุมชนตามวาระต่าง ๆ สร้างผู้นำ “คนต้นแบบ” โดยใช้บทเรียนความสำเร็จเป็นต้นแบบ และกลุ่มทางสังคม องค์กร ชุมชน ในการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย รวมถึงผลักดันนโยบายด้านกีฬาและกิจกรรมทางกายให้อยู่ในแผนพัฒนาท้องถิ่นและกองทุนหลักประกันสุขภาพ
5. **อุบัติเหตุจราจร** ในกลุ่มประชากรมีพฤติกรรมเสี่ยงในการขับขี่ (ผู้มีอายุ 15 ปีขึ้นไป) พบว่า ดื่มสุรแล้วขับขี่ยานพาหนะ จำนวน 34,468 คน คิดเป็นร้อยละ 0.61 มีพฤติกรรมการขับรถเร็วเกินเวลาที่กฎหมายกำหนด จำนวน 39,149 คน คิดเป็นร้อยละ 0.69 ขับขี่รถยนต์โดยไม่คาดเข็มขัดนิรภัย จำนวน 29,423 คน คิดเป็นร้อยละ 0.52 ขับขี่รถจักรยานยนต์โดยไม่สวมหมวกนิรภัย จำนวน 169,316 คน คิดเป็นร้อยละ 2.99 เมื่อจำแนกตามประเภทรถของคร่าวเรือน รถจักรยานยนต์ จำนวน 2,148,306 คัน คิดเป็นร้อยละ 78.44 รถจักรยาน จำนวน 1,189,354 คัน คิดเป็นร้อยละ 43.43 และรถยนต์ จำนวน 1,131,199 คัน คิดเป็นร้อยละ 41.30  
 จากพฤติกรรมเสี่ยงในการขับขี่จึงมีการสร้างข้อตกลงร่วมกันของเครือข่ายผู้นำในการขึ้นการแก้ปัญหาและเชื่อมประสานความร่วมมือเชิงนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหา รวมทั้งเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงและจุดเสี่ยง โดยการปรับสภาพจราจรที่ครอบคลุมจุดเสี่ยง เสริมความรอบรู้ให้กับประชาชน ตลอดจนการนำใช้ข้อมูลและเทคโนโลยีดิจิทัลสนับสนุนการรณรงค์
6. **สุขภาพจิต** พบว่า กลุ่มอายุของผู้พิการทางจิต พฤติกรรมทางเพศ อันดับมากที่สุด คือ วัยผู้ใหญ่ (20-59 ปี) จำนวน 10,190 คน คิดเป็นร้อยละ 0.20 รองลงมาวัยผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) จำนวน 4,520 คน คิดเป็นร้อยละ 0.22 พิจารณาถึงปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต พบว่ามีความเครียด จำนวน 54,677 คน คิดเป็นร้อยละ 3.12 เจ็บป่วยเป็นโรคทางจิตเวช ซึมเศร้า จำนวน 11,660 คน คิดเป็นร้อยละ 1.06 และมีการฆ่าตัวตาย จำนวน 8,435 คน คิดเป็นร้อยละ 0.10 จำแนกตามกลุ่มประชากรที่ต้องการความช่วยเหลือ ผู้พิการทางกาย/การเคลื่อนไหว จำนวน 81,572 คน คิดเป็นร้อยละ 9.98 ผู้พิการทางการได้ยิน/สื่อความหมาย จำนวน 27,660 คน คิดเป็นร้อยละ 3.38 และผู้พิการทางสติปัญญา/การเรียนรู้ จำนวน 26,032 คน คิดเป็นร้อยละ 3.18

เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ยังคงเน้นการใช้ทุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพจิตของกลุ่มเปราะบางตามวิถีของแต่ละชุมชน การทำงานร่วมมือกันของ 4 องค์กรหลัก (ท้องถิ่น ท้องที่ องค์กรชุมชน หน่วยงานรัฐในพื้นที่) โดยใช้ศักยภาพของเครือข่ายผู้นำชุมชนท้องถิ่น ในการระดมทรัพยากรเพื่อการเข้าถึงสิทธิ การให้การช่วยเหลือ และการสร้างโอกาส รวมถึงการให้บริการที่เร่งด่วนและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้กลุ่มเปราะบางได้เข้าถึงบริการและการดูแลที่ครอบคลุม

7. **การจัดการสิ่งแวดล้อม** เมื่อจำแนกตามการจัดการขยะ ครั้วเรือนที่ไม่มีการจัดการขยะ จำนวน 1,786,804 ครั้วเรือน คิดเป็นร้อยละ 68.7 ครั้วเรือนที่มีการจัดการขยะ จำนวน 813,903 ครั้วเรือน คิดเป็นร้อยละ 31.3 รูปแบบการจัดการขยะ แบ่งออกเป็น 5 ประเภท 1) การเผา จำนวน 217,466 ครั้วเรือน คิดเป็นร้อยละ 26.72 2) การฝัง จำนวน 171,713 ครั้วเรือน คิดเป็นร้อยละ 21.10 3) นำขยะไปทิ้งที่อื่น จำนวน 97,829 ครั้วเรือน คิดเป็นร้อยละ 12.02 4) ทำปุ๋ยหมัก จำนวน 66,008 ครั้วเรือน คิดเป็นร้อยละ 8.11 และ 5) ทำน้ำหมัก จำนวน 36,060 ครั้วเรือน คิดเป็นร้อยละ 4.43 ตามลำดับ โดยมีการลดขยะด้วยแนวคิด 3R ด้วยวิธีการคัดแยกขยะ จำนวน 330,532 ครั้วเรือน คิดเป็นร้อยละ 40.61 และการลดใช้ถุงพลาสติก โฟม และวัสดุที่ทำให้เกิดขยะ จำนวน 132,543 ครั้วเรือน คิดเป็นร้อยละ 16.28

การจัดการมลพิษหรือมลภาวะต่าง ๆ ครั้วเรือนมีการจัดการมลพิษหรือมลภาวะ จำนวน 2,043,185 ครั้วเรือน คิดเป็นร้อยละ 79.17 การจัดการน้ำเสียกรณีบ้านอยู่ใกล้แหล่งน้ำหรือท่อระบายน้ำเชื่อมกับรางระบายน้ำสาธารณะ มีการตักเศษขยะก่อนปล่อยสู่รางระบายน้ำ จำนวน 252,160 ครั้วเรือน คิดเป็นร้อยละ 46.92 การจัดการมลพิษ (ฝุ่น) โดยการใช้วัสดุหรืออุปกรณ์ป้องกันการเกิดควันหรือฝุ่นละออง จำนวน 83,798 ครั้วเรือน คิดเป็นร้อยละ 15.59

การดำเนินงานขับเคลื่อนของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ สนับสนุนให้กำหนดเรื่องการจัดการสิ่งแวดล้อมเป็นเรื่องสำคัญผ่านการดำเนินงาน พัฒนาคุณภาพระบบข้อมูล การถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม การพัฒนาศักยภาพพลไกอาสาสมัครในชุมชน

8. **การรับมือภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน** พบว่า มีการจัดการสถานการณ์ภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน ดังนี้ จำนวนครั้วเรือนที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ จำนวน 324,162 ครั้วเรือน คิดเป็นร้อยละ 10.75 โดยแบ่งเป็นประเภทภัยพิบัติตามลำดับมากไปน้อย ดังนี้ ภัยแล้ง จำนวน 259,167 ครั้วเรือน คิดเป็นร้อยละ 79.95 น้ำท่วม จำนวน 145,673 ครั้วเรือน คิดเป็นร้อยละ 44.94 วาตภัย จำนวน 92,914 ครั้วเรือน คิดเป็นร้อยละ 28.66 ไฟป่า จำนวน 28,343 ครั้วเรือน คิดเป็นร้อยละ 8.74 ดินถล่ม จำนวน 7,222 ครั้วเรือน คิดเป็นร้อยละ 2.23 แผ่นดินไหว จำนวน 5,455 ครั้วเรือน คิดเป็นร้อยละ 1.68 น้ำกัดเซาะชายฝั่งทะเล จำนวน 2,288 ครั้วเรือน คิดเป็นร้อยละ 0.70 ทั้งนี้ ครั้วเรือนที่มีการจัดการปัญหาภัยพิบัติ เตรียมอุปกรณ์ หรือของใช้จำเป็นเมื่อเกิดภัยพิบัติ 203,052 ครั้วเรือน คิดเป็นร้อยละ 66.08 ซ่อมแซม หรือปรับปรุงบ้านเรือน จำนวน 135,421 ครั้วเรือน คิดเป็นร้อยละ 44.07 ร่วมประชุมวางแผนป้องกัน หรือแก้ไขปัญหา 86,656 ครั้วเรือน คิดเป็นร้อยละ 28.20

การดำเนินงานขับเคลื่อนของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่สนับสนุนให้ชุมชนเสริมศักยภาพผู้นำชุมชนให้สามารถวางแผนในการรับมือสถานการณ์ภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน พัฒนาศักยภาพพลไกอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) และอาสาสมัครของชุมชน โดยจัดหลักสูตรการฝึกอบรม พร้อมทั้งสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานยุทธศาสตร์เพื่อใช้พื้นที่ขยายผลในเชิงนโยบายได้

9. **การดูแลผู้สูงอายุ** พบว่า มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 2,040,451 คิดเป็นร้อยละ 23.77 ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่ 38,643 คน คิดเป็นร้อยละ 0.45 ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ดื่มสุรา 431,431 คน คิดเป็นร้อยละ 5.05 มีพฤติกรรมเสี่ยงไม่ได้ออกกำลังกาย 189,472 คน คิดเป็นร้อยละ 35.98 โรคเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบมากที่สุด

5 อันดับ คือ 1) กลุ่มโรคความดันโลหิต 696,168 คน คิดเป็นร้อยละ 55.53 2) โรคเบาหวาน 378,511 คน คิดเป็นร้อยละ 30.19 3) โรคกระดูก กล้ามเนื้อและข้อ 266,505 คน คิดเป็นร้อยละ 21.26 4) โรคภูมิแพ้ 89,577 คน คิดเป็นร้อยละ 7.15 และ 5) โรคหอบหืด 84,369 คน คิดเป็นร้อยละ 6.73

การขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่น เพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุนั้น ควรคำนึงถึงการทำงานร่วมกันของ 4 องค์กรหลักในการประสานและบริการ รวมถึงจัดบริการในการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุม ทั้งถึง และมีคุณภาพ อีกทั้งครอบครัวและผู้สูงอายุเองที่จะต้องพัฒนาตนเองและช่วยเหลือตนเอง และจัดการภายในท้องถิ่นให้ตั้งรับกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาาระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยการใช้ข้อมูลและทุนทางสังคมทุกมิติที่สามารถทำงานและสร้างผลกระทบต่อผู้สูงอายุได้ในทุกโอกาสและทุกสถานการณ์ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ทุกคนในชุมชนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชมรมหรือโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชน พร้อมขับเคลื่อนความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง และสถาบันวิชาการ หนุนเสริมการทำงาน เป็นกลไกร่วมในการขับเคลื่อนงานเพื่อการพัฒนาาระบบการดูแลผู้สูงอายุ

10. **การเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน** พบว่า ประชากรเด็กปฐมวัย (แรกเกิด-5 ปี) จำนวน 138,883 คน คิดเป็นร้อยละ 1.62 เด็ก (อายุ 6-12 ปี) จำนวน 865,617 คน คิดเป็นร้อยละ 10.08 คน เด็กและเยาวชน (อายุ 13-24 ปี) จำนวน 925,618 คน คิดเป็นร้อยละ 10.78 พบปัญหาของเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 1,969 คน คิดเป็นร้อยละ 0.22 เด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน ที่ไม่ได้กินนมแม่อย่างเดียว จำนวน 3,347 คน คิดเป็นร้อยละ 0.37 เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ที่มีพัฒนาการที่ล่าช้า จำนวน 3,615 คน คิดเป็นร้อยละ 0.40 เด็กอายุน้อยกว่า 12 ปีที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคไม่ครบ จำนวน 7,348 คน คิดเป็นร้อยละ 0.80 ไม่ได้เรียน จำนวน 470,397 คน คิดเป็นร้อยละ 5.83 และกำลังศึกษา จำนวน 1,582,766 คน คิดเป็นร้อยละ 19.61

การดำเนินงานขับเคลื่อนของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ สนับสนุนให้กำหนดเรื่องการพัฒนาเด็กและเยาวชนให้อยู่ในแผนพัฒนาท้องถิ่น สนับสนุนการพัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์เพื่อเปิดโอกาสให้เด็กได้เรียนรู้และให้ความสามารถของเด็กถูกนำไปใช้ในการพัฒนาชุมชน สร้างเครือข่ายสภาเด็กและเยาวชนอาสาพัฒนาท้องถิ่น และพัฒนาศักยภาพผู้นำต้นแบบในการถ่ายทอดวัฒนธรรม ภูมิปัญญา ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตและสร้างคุณค่าความเป็นพลเมือง

11. **การควบคุมโรคติดต่อ** พบว่า ประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงคือ (1) กลุ่มเด็กแรกเกิด-5 ปี จำนวน 138,883 คน คิดเป็นร้อยละ 1.62 และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 2,040,451 คน คิดเป็นร้อยละ 23.77 และโรคติดต่อที่พบมากในเครือข่ายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา 5 อันดับแรก คือ 1) โรคอุจจาระร่วง จำนวน 6,253 คน คิดเป็นร้อยละ 25.26 2) โรคไข้เลือดออก จำนวน 5,868 คน คิดเป็นร้อยละ 23.71 3) โรคชิคุนกุนยา จำนวน 2,200 คน คิดเป็นร้อยละ 8.89 4) วัณโรค จำนวน 2,004 คน คิดเป็นร้อยละ 8.10 และ 5) โรคมาลาเรีย จำนวน 1,220 คน คิดเป็นร้อยละ 4.93

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อส่งผลกระทบต่อชุมชนท้องถิ่น ควรมุ่งเน้นการสร้างระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อโดยชุมชนท้องถิ่น เพื่อลดอัตราการเกิดโรคติดต่อ โดยสร้างการมีส่วนร่วมของทุนทางสังคมทุกฝ่ายในพื้นที่เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ โดยผู้นำชุมชนท้องถิ่นจากทั้ง 4 องค์กรหลัก และผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังควบคุมโรคต้องทำความเข้าใจ สร้างนวัตกรรมสำคัญ กำหนดกติกา จัดทำแผนจัดสภาพแวดล้อมของครัวเรือนและชุมชน และเชื่อมโยงการทำงานระหว่างพื้นที่เพื่อควบคุมการแพร่ระบาด รวมถึงไปถึงความพร้อมของบุคคลและครอบครัวเอง เพื่อจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อตัวกำหนดสุขภาวะชุมชนที่เกี่ยวข้องตามมาตราการ/กิจกรรม ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการจัดการพื้นที่ การขับเคลื่อน



ความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ และการหนุนเสริมจากสถาบันวิชาการที่เกี่ยวข้อง ในการป้องกัน ฝ้าระวัง และควบคุมโรคติดต่อโดยชุมชนท้องถิ่น

12. **เศรษฐกิจชุมชน** พบว่ามีประชากรวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) ทั้งหมดจำนวน 5,613,337 คน โดยเป็นผู้ที่มีอาชีพหลัก จำนวน 5,477,088 คน คิดเป็นร้อยละ 74.66 สัดส่วนในการประกอบอาชีพมากที่สุด 3 อาชีพ ได้แก่ 1) เกษตรกรรม (ทำนา) 1,604,546 คน คิดเป็นร้อยละ 29.30 2) รับจ้างทั่วไป/รับจ้างรายวัน 1,297,873 คน คิดเป็นร้อยละ 23.70 3) พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน 624,054 คน คิดเป็นร้อยละ 11.39 โดยครัวเรือนมีภาระหนี้สิน 1,325,071 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 56.57 ซึ่งเป็นหนี้จากการทำการเกษตร 829,965 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 62.64 จากการศึกษาบุตร 404,527 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 30.53 ครัวเรือนที่มีการออม 1,341,823 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 57.91 โดยเป็นการออมกับธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตรมากที่สุด 544,578 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 40.58

เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ มีเป้าหมายในการสร้างความเข้มแข็งของเศรษฐกิจชุมชนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีจากระบบเศรษฐกิจที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม จึงได้ส่งเสริมให้เกิดการบูรณาการร่วมกันของ 4 องค์กรหลักในการส่งเสริมเศรษฐกิจชุมชนที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม พัฒนากลุ่มวิสาหกิจชุมชน สร้างความยั่งยืนในเศรษฐกิจชุมชนท้องถิ่น รวมทั้งสร้างความร่วมมือกับสถาบันวิชาการเพื่อสนับสนุนการสร้างมูลค่าเพิ่มทรัพยากรท้องถิ่นในการจำหน่ายและแปรรูปสินค้าทางการเกษตรให้เกิดรายได้ และให้ทุกครัวเรือนในชุมชนท้องถิ่นสามารถพึ่งพาตนเองได้

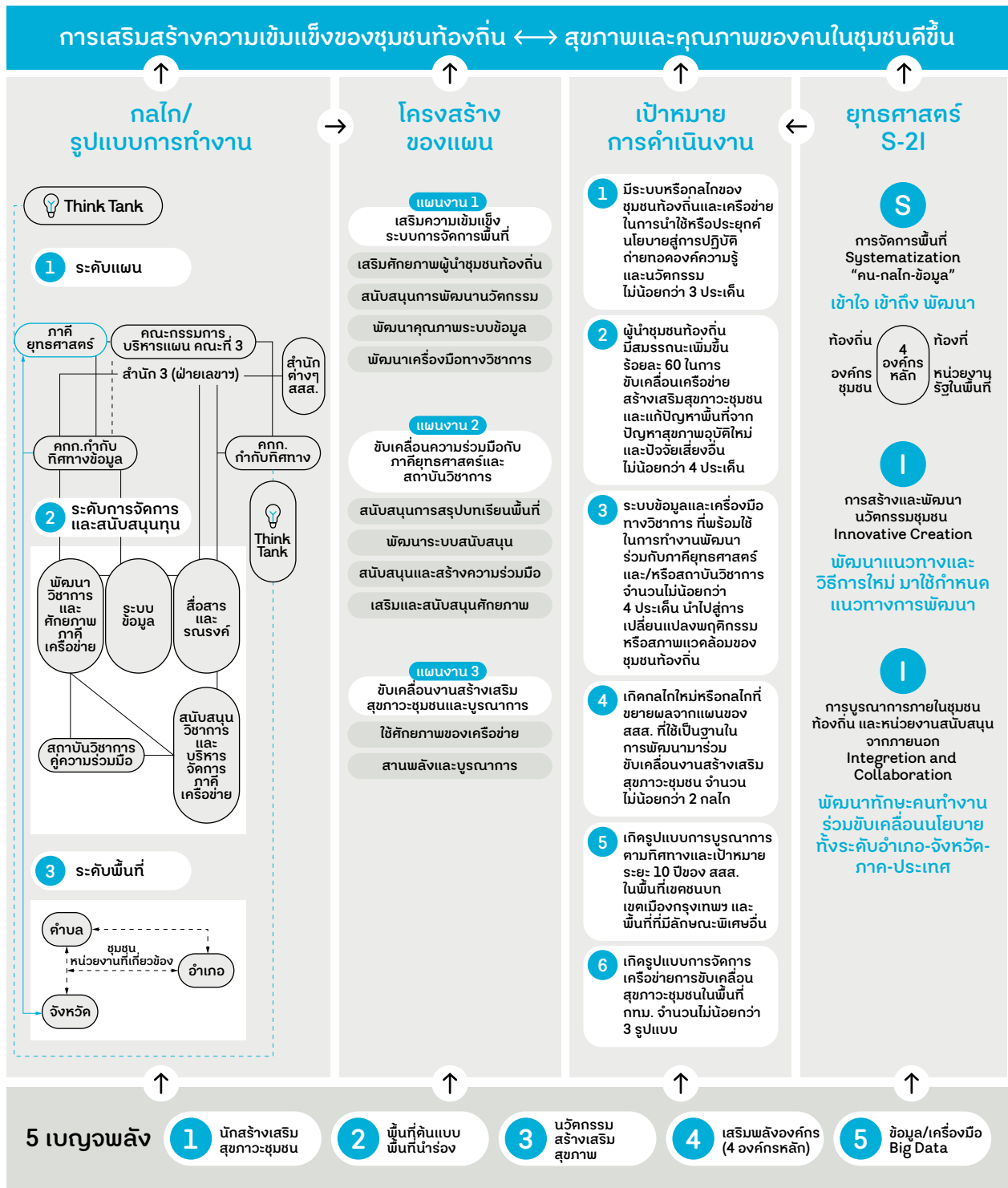
13. **โครงข่ายความคุ้มครองทางสังคม** พบว่า ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 2,040,451 คน คิดเป็นร้อยละ 23.77 ผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 1,095,491 คน คิดเป็นร้อยละ 12.76 เด็กและเยาวชน (13-24 ปี) 925,618 คน คิดเป็นร้อยละ 10.78 เด็กอายุ 6-12 ปี 865,617 คน คิดเป็นร้อยละ 10.08 เด็กอายุ 3-5 ปี 129,408 คน คิดเป็นร้อยละ 1.51 ผู้พิการทางกาย/การเคลื่อนไหว 81,572 คน คิดเป็นร้อยละ 0.95 ผู้พิการทางการได้ยิน/สื่อความหมาย 27,660 คน คิดเป็นร้อยละ 0.32 ผู้พิการทางสติปัญญา/การเรียนรู้ 26,032 คน คิดเป็นร้อยละ 0.30 ผู้พิการทางการมองเห็น 24,265 คน คิดเป็นร้อยละ 0.28

จากความต้องการที่หลากหลายกลุ่ม เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่มีการสร้างระบบการดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมของ 4 องค์กรหลักในพื้นที่ ใช้ทุนทางสังคมที่เป็นคนเก่ง คนสำคัญ กลุ่มองค์กร หน่วยงาน เครือข่ายในพื้นที่ที่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหาทั้งในสถานการณ์ปกติ และเมื่อเกิดภาวะวิกฤต

### ภาพกรอบแนวคิดการดำเนินงานของแผน (conceptual framework)

แผนสุขภาพชุมชนกำหนดกรอบแนวทางการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2570 ดังภาพ ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นเพื่อสุขภาพของคนในชุมชนดีขึ้น ผ่านกลไกและรูปแบบการดำเนินงาน ที่ประกอบด้วย 3 ระดับหลัก คือ 1) ระดับแผน (นโยบาย) 2) ระดับการจัดการและสนับสนุนวิชาการ และ 3) ระดับพื้นที่ (ตำบล-อำเภอ-จังหวัด) เพื่อให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่วางไว้ตามโครงสร้างของแผนทั้ง 3 แผนงาน ประกอบด้วย 1) เสริมความเข้มแข็งระบบการจัดการพื้นที่ 2) ขับเคลื่อนความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์และสถาบันวิชาการ และ 3) ขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพชุมชนและบูรณาการ โดยใช้ “ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น: S-2I (เอสทูไอ)” ซึ่งมี 5 เเบัญพลังที่ประกอบด้วย 1) นักสร้างเสริมสุขภาพชุมชน 2) พื้นที่ต้นแบบ/พื้นที่นำร่อง 3) นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 4) เสริมพลังองค์กร (4 องค์กรหลัก) และ 5) ข้อมูล/เครื่องมือ big data มาทำให้การทำงานในพื้นที่พัฒนาไปอย่างมีทิศทางและเป้าหมาย





## คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

**ชุมชน** หมายถึง หมู่คน กลุ่มคนหรือครอบครัวที่อยู่รวมกันเป็นสังคมขนาดเล็ก อาศัยอยู่ในอาณาบริเวณเดียวกันและมีผลประโยชน์ร่วมกัน

**ชุมชนท้องถิ่น** หมายถึง ชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งระดับหมู่บ้าน กลุ่มของหมู่บ้าน และตำบล

**สุขภาวะชุมชน** หมายถึง ความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งด้านการเมืองการปกครอง สังคม เศรษฐกิจ สภาวะแวดล้อม และสุขภาพโดยตรง

**การจัดการสุขภาวะเขตเมือง** หมายถึง การดำเนินงานของภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคมหรือชุมชน เพื่อการสนับสนุนให้ประชาชนที่อยู่อาศัยในพื้นที่ความเป็นเมืองมีวิถีชีวิต ที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี เข้าถึงบริการสุขภาพ โดยอาจเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อสุขภาวะ การบริหารจัดการพื้นที่ การบริการด้านสาธารณสุข การสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมหรือป้องกันโรค การดูแลประชาชนตามกลุ่มวัย การบริหารจัดการขยะ เป็นต้น

**ชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง** หมายถึง คุณลักษณะของชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ 7 ประการ ดังนี้ (1) สร้างการเรียนรู้ มีกระบวนการเรียนรู้ และสร้างความเข้าใจร่วมกัน (2) มีองค์กรที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนให้เกิดการแก้ปัญหาและพัฒนาครอบคลุมทุกด้าน (3) สร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลง (4) สร้างโอกาสให้ทุกภาคส่วนร่วมแก้ปัญหาและพัฒนา (5) สามารถระดมเงินและทรัพยากรเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนา (6) มีข้อตกลงและกติกาของชุมชน และ (7) สร้างความร่วมมือกับองค์กรหน่วยงานภายใน และภายนอกพื้นที่ได้

**ทุนทางสังคม** หมายถึง ความสัมพันธ์เชื่อมโยงของคนในชุมชนทั้งงาน เงิน และข้อมูลเสริมสร้างความเข้มแข็งในการจัดการตนเองที่เกิดขึ้นในพื้นที่ โดยมี 3 องค์ประกอบหลัก คือ (1) ทุนมนุษย์ (human capital) (2) ทุนองค์กร/สถาบัน (institute capital) และ (3) ทุนภูมิปัญญา/วัฒนธรรม (wisdom capital) ทั้งนี้ทุนทางสังคมแบ่งได้เป็น 6 ระดับ ประกอบด้วย ระดับบุคคลและครอบครัว ระดับกลุ่มทางสังคม องค์กรชุมชน ระดับหน่วยงานและแหล่งประโยชน์ ระดับชุมชนหรือหมู่บ้าน ระดับตำบล และ ระดับเครือข่าย

**องค์กรหลัก** หมายถึง องค์กรในชุมชนท้องถิ่น ประกอบด้วย 4 องค์กรเป็นอย่างน้อย คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องที่ (กำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน) องค์กรชุมชน และหน่วยงานรัฐในพื้นที่ (ในบางพื้นที่อาจจะมืองค์กรศาสนาเข้ามาร่วมเป็นองค์กรหลักด้วยตามบริบทของพื้นที่)

**องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล** หมายถึง กลไกที่ได้รับการยอมรับในระดับตำบล มี 2 ลักษณะ ประกอบด้วย 1) มีกฎหมายรองรับ เช่น สภาองค์กรชุมชน มูลนิธิ สมาคม เป็นต้น และ 2) เกิดจากรวมตัวกันของบุคคลหรือคณะบุคคล เช่น คณะกรรมการพัฒนาตำบล คณะกรรมการบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล เป็นต้น

**พื้นที่ตัวอย่าง/ศูนย์เรียนรู้** หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือโดยองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล มีทุนทางสังคมและศักยภาพในการออกแบบ สนับสนุนและสร้างการเรียนรู้ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ภาควิทยาศาสตร์ สถาบันวิชาการ องค์กร บุคคลและผู้ที่เกี่ยวข้อง

**เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่** หมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องที่ (กำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน) องค์กรชุมชน กลุ่มทางสังคม หน่วยงานรัฐ สถาบันวิชาการหรือองค์กรทางวิชาการ องค์กรภาคเอกชน ศูนย์สนับสนุนวิชาการของแผนสุขภาวะชุมชนและสำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชน (สำนัก 3) ที่มีเป้าหมายเพื่อร่วมขับเคลื่อนชุมชนท้องถิ่นให้น่าอยู่ โดยมีบทบาทสำคัญในการสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน การผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะระดับตำบล อำเภอ เครือข่าย และจังหวัด รวมถึงการขับเคลื่อนและระดมแรงค์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน รวมถึงร่วมผลักดันให้มีการคืนอำนาจให้ชุมชนท้องถิ่น

**สุดยอดผู้นำชุมชนท้องถิ่น** หมายถึง บุคคลที่มีความรู้ ความสามารถและมีความเชี่ยวชาญ โดยมีคุณสมบัติเป็นไปตาม สัตยาบัน 10 ประการ ที่เป็นข้อตกลงในการปฏิบัติร่วมกันของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ได้ประกาศไว้ เมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2561 ดังนี้ (1) คำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตน (2) ตั้งใจ เอาใจใส่ และรับผิดชอบต่อหน้าที่ (3) ซื่อสัตย์ สุจริต โปร่งใส ตรวจสอบได้ (4) รักษาไว้ซึ่งคุณธรรม มีจริยธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ ไม่ขัดต่อศีลธรรม ประเพณี กติกาและข้อตกลงของสังคม (5) ประพฤติตนให้เป็นที่ยอมรับนับถือจากสังคม (6) เรียนรู้และพัฒนางานด้วยข้อมูลที่เป็นความจริง และใช้ข้อมูลในการพัฒนางาน (7) คิดริเริ่ม สร้างสรรค์ หาทางออกให้กับชุมชนท้องถิ่น และไม่หยุดนิ่ง (8) ร่วมสร้างผู้นำชุมชนท้องถิ่นรุ่นใหม่ (9) สร้างและสานเครือข่ายในหลากหลายลักษณะ และ (10) ทำงานร่วมกับทุกฝ่ายทุกภาคส่วน

**สถาบันวิชาการ** หมายถึง หน่วยงาน องค์กร สถาบัน ที่ทำหน้าที่สนับสนุนให้เกิดการจัดการความรู้และสร้างความรู้ใหม่ เพื่อหนุนเสริมการดำเนินงานของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ พร้อมทั้งผลักดันกระบวนการกำหนดยุทธศาสตร์ในการสร้างการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย

**การวิจัยชุมชน** หมายถึง การประเมินชุมชนด้วยการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วน (Rapid Ethnographic Community Assessment Process: RECAP) ในการพัฒนาทักษะด้านการถอดบทเรียนและการเขียนสรุปข้อมูลทุนทางสังคมและศักยภาพของกลุ่มหรือแหล่งปฏิบัติการในพื้นที่ ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้างชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง โดยการนำใช้ศักยภาพในการจัดการปัญหาสู่การจัดการตนเองในระดับพื้นที่ รวมถึงการสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงกับองค์กรและหน่วยงานหนุนเสริมเพื่อเข้ามาเกื้อกูลให้ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองได้ดีขึ้น

**ระบบข้อมูลตำบล** หมายถึง การจัดทำข้อมูลตำบลโดยใช้โปรแกรม TCNAP (Thailand Community Networking Appraisal Program: TCNAP) ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำท้องที่ ภาคประชาชน และหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบ นำใช้ข้อมูล และเป็นเจ้าของ โดยการสร้างทีมพัฒนาฐานข้อมูลตำบลในการเก็บรวบรวมข้อมูลและนำใช้ข้อมูลของชุมชนเพื่อจัดการกับปัญหาที่สอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิตของแต่ละชุมชน จนเกิดการพึ่งตนเองและนำไปสู่การพัฒนาตำบลสู่การเป็นตำบลน่าอยู่ (สุขภาวะ)

## จุดเน้นของแผน

1. สร้างความร่วมมือและเพิ่มขีดความสามารถกับภาคีที่เกี่ยวข้องเพื่อขยายแนวคิด ศูนย์เรียนรู้ พื้นที่ต้นแบบ และแนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งชุมชนท้องถิ่นที่สามารถรองรับวิถีชีวิตใหม่ ใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อสร้างการพัฒนาแบบก้าวกระโดดในการสร้างเสริมสุขภาวะในระบบการทำงานและการพัฒนาบุคลากร
2. พัฒนาพื้นที่ตัวอย่าง ศูนย์เรียนรู้ รูปแบบการทำงานและเสริมพลังบุคคล ชุมชน และองค์กรทุกภาคส่วนในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นรองรับชุมชนที่หลากหลาย ในเขตชนบท<sup>38</sup> เขตเมือง<sup>39</sup> กรุงเทพมหานคร และพื้นที่ที่มีลักษณะพิเศษอื่น<sup>40</sup>
3. ใช้ศักยภาพเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ในการรับมือกับวิกฤติจากปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่ ปัจจัยเสี่ยงอื่น และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม
4. การทำงานในพื้นที่ของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ต้องคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล สังคม และบริบทของพื้นที่เพื่อก่อให้เกิดความเสมอภาคหรือเพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพของคนในชุมชน
5. สานพลังและบูรณาการภายใน สสส. อย่างมีเอกภาพและมีประสิทธิภาพในการประสานความร่วมมือกับภาคี ยุทธศาสตร์และสถาบันวิชาการ

## เป้าหมายการดำเนินงาน



# ชุมชนท้องถิ่นมีความเข้มแข็งในการจัดการ สุขภาวะชุมชน

และการลดความเหลื่อมล้ำ รับมือกับภาวะวิกฤต

และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต

38 พื้นที่ชุมชนเมือง เช่น ปริมณฑล และ/หรือ เขตเทศบาล (ระดับเทศบาลเมืองขึ้นไป) และ/หรือ องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบลในพื้นที่ เป็นต้น

39 ชุมชนชนบท เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล และ/หรือ เทศบาลตำบล และ/หรือ องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบลในพื้นที่ เป็นต้น

40 พื้นที่ที่มีลักษณะพิเศษ เช่น พื้นที่อนุรักษ์ พื้นที่ชายแดน พื้นที่ที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ พื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ เป็นต้น

## ผลลัพธ์

1. กลไกชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งและเครือข่าย นำใช้หรือประยุกต์นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาวะและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนสู่การปฏิบัติ ไม่น้อยกว่า 10 เรื่อง<sup>41</sup> โดยคำนึงถึงความเหลื่อมล้ำตามบริบทของกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ในการดำเนินงาน
2. ผู้นำชุมชนท้องถิ่น มีสมรรถนะในการขับเคลื่อนเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนและแก้ปัญหาพื้นที่จากปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น ไม่น้อยกว่า 5 ประเด็น<sup>42</sup>
3. การพัฒนาระบบข้อมูลและเครื่องมือทางวิชาการร่วมกับภาคียุทธศาสตร์และ/หรือสถาบันวิชาการ เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือสภาพแวดล้อมของชุมชนท้องถิ่นตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปีของ สสส.
4. การพัฒนาเครือข่ายทางเลือกเชิงพื้นที่ โดยการยกระดับหรือขยายผลกลไกเดิมหรือเครือข่ายเดิมจากแผนสุขภาวะชุมชนของ สสส. หรือพัฒนากลไกใหม่เพื่อใช้เป็นฐานในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน เช่น เครือข่ายระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด เป็นต้น จำนวนไม่น้อยกว่า 2 กลไก<sup>43</sup>
5. การบูรณาการตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปีของ สสส. ในพื้นที่เขตชนบท เขตเมือง จังหวัดกรุงเทพมหานคร และพื้นที่ที่มีลักษณะพิเศษอื่น

## วัตถุประสงค์

### วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการสุขภาวะชุมชนและการลดความเหลื่อมล้ำ รับมือกับภาวะวิกฤตและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต

### วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อยกระดับชุมชนท้องถิ่น (พื้นที่) ที่มีความเข้มแข็งในการทำหน้าที่ ขยายผลโดยการถ่ายทอดองค์ความรู้และนวัตกรรมการจัดการสุขภาวะชุมชนและรับมือภาวะวิกฤต ให้เป็นพื้นที่ตัวอย่าง ศูนย์เรียนรู้และรูปแบบการจัดการสุขภาวะชุมชนในเขตชนบท เขตเมือง กรุงเทพมหานคร และพื้นที่ที่มีลักษณะพิเศษอื่น
2. เพื่อเสริมศักยภาพผู้นำชุมชนท้องถิ่นให้มีทักษะและขีดความสามารถในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการสุขภาวะชุมชน การพัฒนาอย่างยั่งยืน การรับมือภาวะวิกฤตและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

41 10 เรื่อง เช่น 1) กองทุนสุขภาพตำบล-กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น 2) การถ่ายโอนโรงพยาบาลสุขภาพตำบล 3) การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่น 4) ตำบลซบซึ่ปลอดภัย เป็นต้น รวมถึงประเด็นที่สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายทิศทางระยะ 10 ปี ของ สสส. และประเด็นสำคัญของชุมชนท้องถิ่น

42 5 ประเด็น ประกอบด้วย ประเด็นที่สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายทิศทางระยะ 10 ปี ของ สสส. และประเด็นสำคัญของชุมชนท้องถิ่น

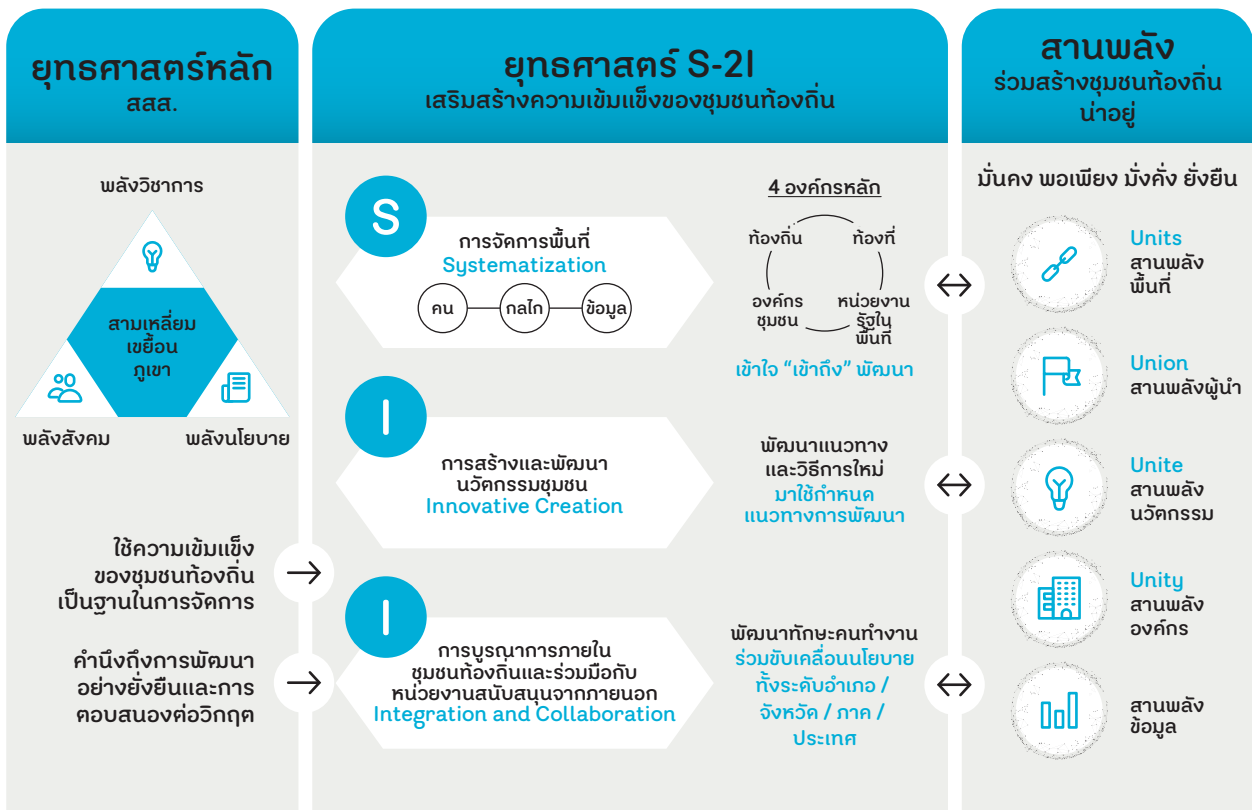
43 2 กลไก เช่น กลไกในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด กลไกที่มีการรวมตัวของบุคคลหรือคณะบุคคลที่มีกฎหมายและระเบียบรองรับ กลไกภาคประชาชน ประชาสังคม เอกชน ที่มีกิจกรรมเป็นที่ประจักษ์ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยไม่แสวงหากำไร เป็นต้น

3. เพื่อพัฒนาระบบหรือกลไกสนับสนุนในการขยายพื้นที่ตัวอย่าง ศูนย์เรียนรู้ รูปแบบการทำงานและแนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นที่สามารถรองรับวิถีชีวิตใหม่ การใช้ดิจิทัลเทคโนโลยีที่เหมาะสม และปรับตัวตามเทคโนโลยีที่ก้าวกระโดด
4. เพื่อใช้ศักยภาพของกลไกของแผนสุขภาวะชุมชนร่วมขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านกลไกทั้งภายในและภายนอก สสส. เพื่อการประสานความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ ภาคีปฏิบัติการ และสถาบันวิชาการ

## ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

แผนสุขภาวะชุมชนใช้ “ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น: S-2I (เอสทูไอ)” ในการหนุนเสริม “ยุทธศาสตร์สามพลัง” ของ สสส. คือ พลังทางปัญญา พลังทางสังคม และพลังทางนโยบาย มาดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2560 ประกอบด้วยกิจกรรมเชิงยุทธศาสตร์ 3 ประการ ได้แก่ (1) การจัดการพื้นที่ (2) การสร้างและพัฒนานวัตกรรมชุมชน และ (3) การบูรณาการภายในชุมชนท้องถิ่นและร่วมมือกับหน่วยงานสนับสนุนจากภายนอก ร่วมกับการสรุปบทเรียนจากประสบการณ์ร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นนำอยู่ในทศวรรษที่ผ่านมา พบว่าหากพื้นที่ใดสามารถสาน 5 พลัง คือ สานพลังพื้นที่ สานพลังผู้นำ สานพลังนวัตกรรม สานพลังองค์กร และสานพลังข้อมูลได้สำเร็จแล้วนั้น การทำงานย่อมราบรื่นสามารถสร้างการมีส่วนร่วม สร้างการเรียนรู้ สร้างความเปลี่ยนแปลง และทำให้พื้นที่พัฒนาไปอย่างมีทิศทางและเป้าหมายที่มั่นคง พอเพียง มั่งคั่ง และยั่งยืน ดังภาพ

## ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น: S-2I (เอสทูไอ)





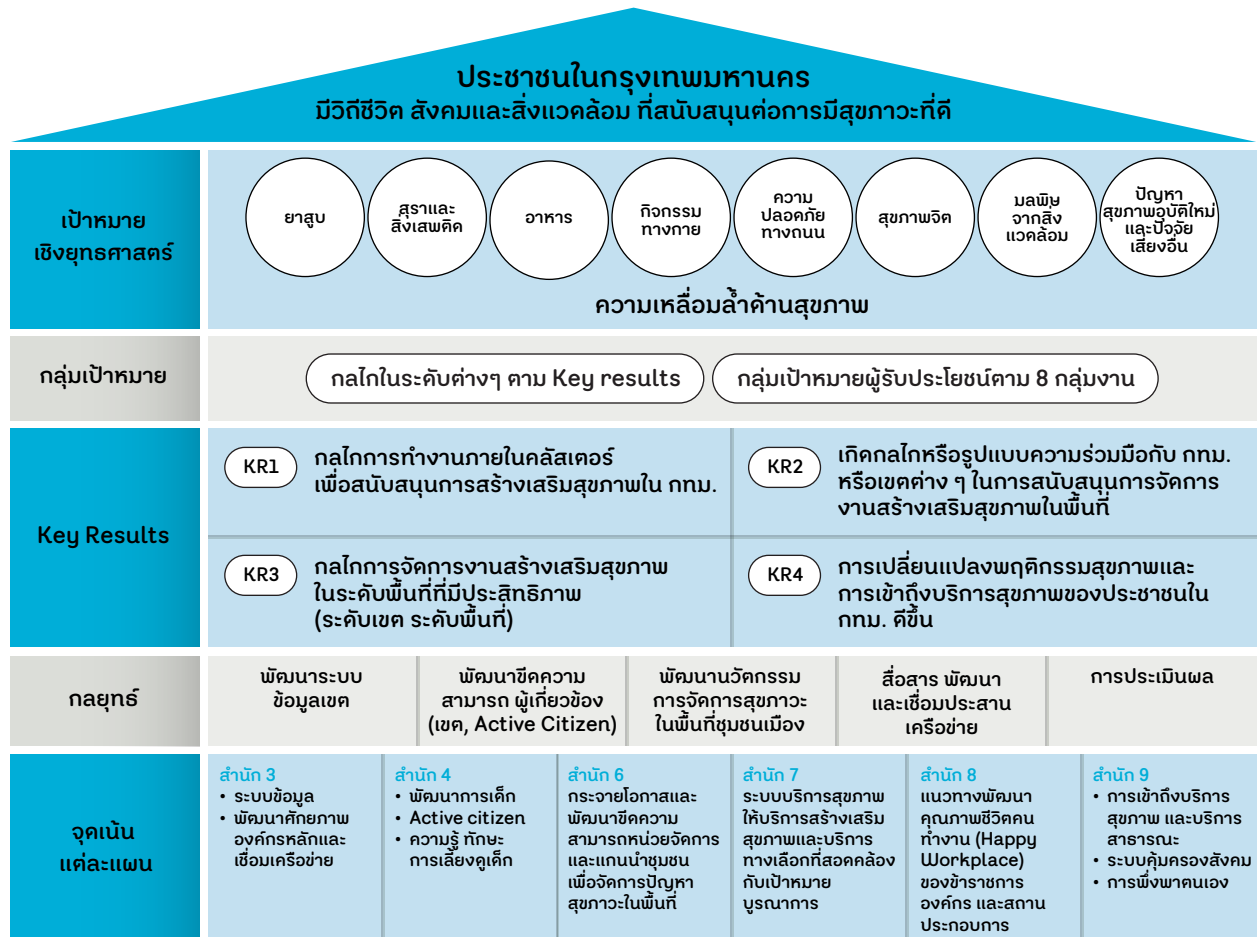
**การจัดการพื้นที่ (Systematization)** ดำเนินการจัดระบบในพื้นที่โดยดำเนินการใน 3 ส่วน ประกอบด้วย (1) ความร่วมมือของผู้นำชุมชนท้องถิ่นจากทั้ง 4 องค์กรหลัก (2) ผู้นำชุมชนท้องถิ่นจาก 4 องค์กรหลักร่วมกันออกแบบกลไกในการขับเคลื่อนการพัฒนาทุกด้าน และ (3) ผู้นำชุมชนท้องถิ่นจัดทำข้อมูลเพื่อการตัดสินใจและการติดตามประเมินผล

**การสร้างและพัฒนานวัตกรรมชุมชน (Innovative Creation)** กระตุ้นให้ 4 องค์กรหลักพัฒนาแนวทางและวิธีการใหม่ ๆ ในการจัดการสุขภาวะชุมชนที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการแก้ปัญหาเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและมีแนวโน้มที่จะนำไปสู่ความยั่งยืน

**การบูรณาการภายในชุมชนท้องถิ่นและร่วมมือกับหน่วยงานสนับสนุนจากภายนอก (Integration and Collaboration)** ผ่านการเรียนรู้ร่วมกันในพื้นที่และข้ามพื้นที่ในหลากหลายรูปแบบ เพื่อผลักดันให้มีการปรับใช้เข้าสู่ระบบการทำงานของ 4 องค์กรหลัก พร้อม ๆ กับการนำศักยภาพของชุมชนท้องถิ่นเชื่อมต่อกับหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงกับพื้นที่ตามโครงสร้างการบริหารราชการ และการเชื่อมโยงกับแผนของ สสส.

ในช่วง 5 ปี แผนสุขภาวะชุมชนร่วมกับกลุ่มแผนเชิงพื้นที่ องค์กร กลุ่มประชากรกำหนดแผนขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะในพื้นที่กรุงเทพมหานครให้เป็นเมืองที่น่าอยู่ โดยมีกรอบการดำเนินงานสอดคล้องตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) มีรายละเอียดดังภาพ

## แผนขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตในพื้นที่กรุงเทพมหานคร



เป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ต้องการให้ประชาชนในกรุงเทพมหานคร มีวิถีชีวิต สังคม และสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาพที่ดี

เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ที่มีจุดเน้นการทำงานและเป็นเป้าหมายหลัก 8 เรื่อง ตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ซึ่งใช้เป็นเป้าหมายร่วมของ สสส. และภาคีเครือข่ายในการทำงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลกับสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

จุดเน้น ประกอบด้วย 1) การพัฒนาระบบ/ฐานข้อมูลที่จะใช้ประโยชน์ในการทำงานร่วมกันในรูปแบบต่าง ๆ อาทิ ฐานข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมาย (ระดับเขต) รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและทุนทางสังคมในพื้นที่ ฐานข้อมูล/แผนที่ศักยภาพของภาคีเครือข่าย เป็นต้น 2) การสร้างกลไกความร่วมมือทั้งในระดับเขตและระดับ กรุงเทพมหานคร ที่ครอบคลุมทั้งเรื่องข้อมูล ภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชนและชุมชน ชุดความรู้/สื่อการเรียนรู้ และเครื่องมือ/คู่มือประกอบการปฏิบัติงานต่าง ๆ และ 3) การสร้างพื้นที่การทำงานร่วมกัน (sandbox) ด้วยการบูรณาการประเด็นงานสำคัญเข้าด้วยกันและทดลองนำร่องในบางพื้นที่ เพื่อสรุปถอดบทเรียนและพัฒนาเป็นต้นแบบ สำหรับขยายผลในประเด็นงานอื่น ๆ และพื้นที่เขตอื่น ๆ ต่อไป

## กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

### กลุ่มเป้าหมาย

1. กลุ่มประชากร<sup>44</sup> (setting) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล
2. พื้นที่ (area) ชุมชนชนบท และชุมชนเมือง รวมถึงชุมชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และพื้นที่ที่มีลักษณะพิเศษ เช่น พื้นที่อนุรักษ์ พื้นที่ชายแดน พื้นที่ที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ พื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ เป็นต้น
3. ระบบ (system) ประเด็นและวาระสำคัญของ สสส. และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น

### ขอบเขตการดำเนินงาน

1. เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นผ่านบริบทหรือสภาพแวดล้อมของชุมชนด้วยการทำงานร่วมกันของ 4 องค์กรหลัก (ท้องถิ่น ท้องที่ องค์กรชุมชน หน่วยงานรัฐในพื้นที่) โดยใช้ทุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย สังคม เศรษฐกิจ สภาวะแวดล้อม สุขภาพ และการเมืองการปกครอง
2. ความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นขับเคลื่อนขบวนการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพและความพร้อมในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในทุกมิติ

## งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)				
	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
แผนสุขภาพชุมชน	340.00	350.00	320.00	330.00	320.00

44 ครอบคลุม 13 กลุ่มประชากร ประกอบด้วย 1) เด็ก 0-3 ปี 2) เด็ก 3-5 ปี 3) เด็ก 6-12 ปี 4) เด็กและเยาวชน 5) หญิงตั้งครรภ์ 6) กลุ่มวัยทำงาน 7) ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) 8) ผู้ป่วยเอดส์ 9) ผู้ป่วยจิตเวช 10) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 11) ผู้ด้อยโอกาส 12) คนพิการ และ 13) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย



## แผน 7 แผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว

### สรุปภาพรวมระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570)

แผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว สนองตอบกรอบนโยบายการจัดทำแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) แผนการดำเนินงานและข้อเสนอวาระกลางประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 อีกทั้งเป็นส่วนหนึ่งของห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome) ตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) โดยจัดวางบทบาทหน้าที่ของแผนให้เป็นแพลตฟอร์มของความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มประชากรวัยเด็กและเยาวชน ซึ่งถือเป็นวัยแห่งการสร้างฐานทุนสุขภาพตลอดช่วงชีวิต (lifelong health) โดยห้วงเวลาห้าปีจากนี้ แผนต้องการให้เกิดการสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดดผ่านการขยายผลต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว การผลักดันนโยบาย การขับเคลื่อนกระบวนการเรียนรู้และการสื่อสารแบบมุ่งเป้าที่มีประสิทธิผลและยั่งยืน การสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลให้เกิดประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว โดยไม่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำ โดยให้ความสำคัญอย่างยิ่งยวดกับผลกระทบต่อเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และปัจจัยเสี่ยงอุบัติใหม่ที่จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม ชีวิตและสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก เยาวชน และครอบครัวที่มีภาวะเปราะบาง เพื่อให้มีความพร้อมสามารถรับมือกับวิกฤติการณ์ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ตลอดจนยกระดับการพัฒนาศักยภาพภาคีและเชื่อมโยงเครือข่ายการทำงาน เพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว ทั้งระดับเครือข่าย ระดับพื้นที่ จนถึงระดับประเทศ

### **ที่มาและความสำคัญ ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ แผนเฉพาะในแต่ละด้าน และทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี**

แผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ แผนเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับเด็ก เยาวชนและครอบครัว ตลอดจนทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ดังนี้

1. **ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์** ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ชาติในการส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์
2. **แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติฯ ประเด็นที่ 11 การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต** มุ่งเน้นการพัฒนาคนทุกช่วงวัยอย่างสมดุลทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา คุณธรรม จริยธรรม เป็นผู้มีความรู้และทักษะในศตวรรษที่ 21 รักการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต
3. **แผนปฏิรูปประเทศด้านสังคม** ในประเด็น “ปลดอุปสรรค” ให้กลุ่มผู้เสียเปรียบในสังคมเข้าถึงการคุ้มครองทางสังคม และประเด็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วม การเรียนรู้ การรับรู้ และการส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม โดยยกระดับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สนับสนุนให้สภาเด็กและเยาวชนดำเนินกิจกรรมจิตอาสาในด้านต่าง ๆ และการพัฒนาพื้นที่ศูนย์การเรียนรู้ทักษะชีวิตในชุมชน

4. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13** ในหมวดหมู่ที่ 9 ไทยมีความยากจนข้ามรุ่นลดลง มุ่งสนับสนุนครัวเรือนยากจนข้ามรุ่นให้สามารถเลี้ยงดูเด็กได้อย่างมีศักยภาพ และส่งเสริมการจัดตั้งศูนย์เลี้ยงเด็กที่มีคุณภาพใน setting ต่าง ๆ และ หมวดหมู่ที่ 12 ไทยมีกำลังคนสมรรถนะสูง มุ่งเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ตอบโจทย์การพัฒนาแห่งอนาคต มุ่งพัฒนาเด็กช่วงตั้งครรภ์ถึงปฐมวัยให้มีพัฒนาการรอบด้าน มีอุปนิสัยที่ดี และพัฒนาระบบนิเวศเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิตและสร้างการสื่อสารการเรียนรู้ ที่ไม่ทิ้งใครไว้เบื้องหลัง
5. **แผนยุทธศาสตร์กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. 2560-2579** โดยสอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาศักยภาพคน ครอบคลุมครัว ชุมชนให้มีความเข้มแข็งและสร้างระบบที่เอื้อต่อการพัฒนาคนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างหลักประกันทางสังคมที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ และประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบสู่การเป็นหุ้นส่วนทางสังคม
6. **แผนยุทธศาสตร์กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น พ.ศ. 2560-2569** ในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 การส่งเสริมและพัฒนาบริการสาธารณะของท้องถิ่นที่มีคุณภาพเพื่อคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นการพัฒนาทุนมนุษย์ ผ่านการสนับสนุนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน กิจกรรมนันทนาการและการเรียนรู้
7. **แผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2564-2570** สอดคล้องกับยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยทั้ง 7 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (1) การจัดและทำให้บริการแก่เด็กปฐมวัย (2) การพัฒนาและสร้างความเข้มแข็งให้กับสถาบันครอบครัวในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย (3) การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการพัฒนาเด็กปฐมวัย (4) การพัฒนาระบบและกลไกการบูรณาการสารสนเทศด้านเด็กปฐมวัย และการนำไปใช้ประโยชน์ (5) การจัดทำและปรับปรุงกฎหมาย กฎระเบียบ ที่เกี่ยวกับเด็กปฐมวัย และดำเนินการตามกฎหมาย (6) การวิจัยพัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ และ (7) การบริหารจัดการ การสร้างกลไกการประสานการดำเนินงาน และการติดตามประเมินผล
8. **แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560-2564** ซึ่งขยายเวลาการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ของแผน ได้แก่ “เด็กและเยาวชนไทย มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีพัฒนาการเหมาะสมตามวัย เป็นพลเมืองสร้างสรรค์ และมีส่วนร่วมในฐานะภาคีที่มีพลังในกระบวนการพัฒนา” ภายใต้ยุทธศาสตร์ 5 ด้าน ประกอบด้วย (1) การพัฒนาศักยภาพและสร้างภูมิคุ้มกันเด็กและเยาวชน (2) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการพัฒนาเด็กและเยาวชนอย่างมีประสิทธิภาพ (3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชน (4) การส่งเสริมบทบาทและระดมความร่วมมือของทุกภาคส่วน ในการพัฒนาเด็กและเยาวชน และ (5) การพัฒนานวัตกรรมการบริหารจัดการในการพัฒนาเด็กและเยาวชน
9. **(ร่าง) แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว (พ.ศ. 2565-2580)** ในยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างครอบครัวที่มีคุณภาพ และพัฒนาระบบที่เอื้อต่อการมีและเลี้ยงดูบุตร โดยมีแนวทางในการพัฒนา 6 แนวทาง ประกอบด้วย (1) ผลักดันประเด็นการพัฒนาครอบครัวเป็นวาระสำคัญของชาติ (2) เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจสำหรับการมีบุตรและการดูแลครอบครัว (3) สนับสนุนให้หน่วยงานภาครัฐและเอกชนสร้างความสมดุลระหว่างการทำงานและการดูแลครอบครัว รวมถึงระบบสนับสนุนครอบครัวหลากหลายรูปแบบ (4) จัดหาสิทธิประโยชน์ในการจูงใจและลดภาระจากการมีบุตร (5) ส่งเสริมการมีบุตรในกลุ่มประชากรที่ต้องการมีบุตรหรือกลุ่มผู้มีบุตรยาก และ (6) สร้างศูนย์ดูแลและพัฒนาเด็กเล็กที่มีคุณภาพ
10. **เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs)** ในตัวชี้วัดที่ 2.1.1 อัตราความชุกของการขาดอาหาร หรือภาวะทุพโภชนาการ ตัวชี้วัดที่ 2.2.2 อัตราความชุกของคนที่มีภาวะแคระแกร็น (ความสูง

ต่ำกว่าเกณฑ์) ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ตัวชี้วัดที่ 4.2.1 ร้อยละของเด็กอายุ 5 ปีขึ้นไปที่มีการติดตามการพัฒนาทางด้านสุขภาพ การเรียนรู้ และจิตวิทยาสังคมที่ดี และตัวชี้วัดที่ 16.2.1 ร้อยละของเด็กที่มีอายุ 1-14 ปีที่ประสบการลงโทษทางร่างกายโดยผู้ดูแลในเดือนที่ผ่านมา

11. **ทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)** แผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัวมุ่งเน้นดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายสูงสุดของกองทุน ได้แก่ การมีสุขภาพดี 4 มิติของเด็กและเยาวชน คือการมีสุขภาพกายดี สุขภาพจิตดี สุขภาวะทางปัญญาดี และมีสังคมที่ดี ซึ่งจะนำไปสู่การมีพลเมืองรุ่นใหม่ที่มีวิถีชีวิตสุขภาวะ มีสมรรถนะสอดคล้องกับโลกยุคพลิกผัน พร้อมรับมือปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่นในอนาคต

## การดำเนินงานที่ผ่านมา

แผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว และภาคีเครือข่าย ได้ร่วมกันดำเนินงานและสะสมฐานทุนในการทำงานที่สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายของแผนหลักระยะ 5 ปี ดังนี้

1. **พื้นที่นำร่องและต้นแบบ** ประกอบด้วยพื้นที่หลากหลายรูปแบบด้วยจุดเน้นที่แตกต่างกัน อาทิ พื้นที่นำร่องด้านการส่งเสริมการเล่นอิสระสำหรับเด็กเล็ก พื้นที่เรียนรู้และกิจกรรมสร้างสรรค์สำหรับวัยรุ่น 66 แห่ง ต้นแบบศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยกระดับมาตรฐานแบบก้าวกระโดด 23 แห่ง โรงเรียนสร้างเสริมสุขภาวะแบบพัฒนาทั้งระบบ (whole school approach) 15 แห่ง โรงเรียนนำร่องพัฒนาความร่วมมือครูและผู้ปกครองบนฐานจิตวิทยาเชิงบวก 16 แห่ง ตำบลนำร่องการปฏิบัติการแบบบูรณาการภารกิจเพื่อสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัวในชุมชน และตำบลนำร่องโปรแกรมอาสาสมัครเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดูที่เหมาะสม 104 ตำบล ศูนย์เรียนรู้ในชุมชนเพื่อถ่ายทอดหลักสูตรเสริมสร้างทักษะการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึงสามปี ศูนย์เรียนรู้เพื่อจัดกิจกรรมหลังเลิกเรียน (After School Club) เป็นต้น
2. **ชุดความรู้และเครื่องมือพร้อมใช้** สำหรับเด็กและเยาวชน พ่อแม่ ครู ผู้ดูแลเด็ก คนทำงานด้านเด็กและเยาวชน อาทิ หลักสูตรเสริมสร้างทักษะการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึงสามปีแบบเอาใจใส่ (Nurturing Care Framework) ชุดเครื่องมือเสริมสร้างทักษะชีวิตแบบ active learning สำหรับเด็กวัย 6-12 ปี (survival kits) เครื่องมือสำหรับครูปฐมวัยเพื่อช่วยวิเคราะห์และออกแบบการจัดการที่ส่งเสริมทักษะสมอง EF ของเด็ก คู่มือพัฒนาทักษะสมอง (Executive Functions: EF) 4 ช่วงวัย (ตั้งแต่ปฐมวัย-18 ปี) ชุดเครื่องมือส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะด้วยกระบวนการพัฒนาคุณธรรมในโรงเรียน หลักสูตรสร้างเสริมศักยภาพบุคลากรท้องถิ่นด้านเยาวชน สื่อนวัตกรรมเสริมศักยภาพการเรียนรู้สำหรับเด็กปฐมวัยที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 “Co-wish Empower Box: กล่องของขวัญจากมนุษย์อวกาศ” หลักสูตรการจัดอบรมผู้อำนวยการเล่น (play worker) สำหรับพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู และคนทำงานด้านเด็กให้มีความพร้อมความเข้าใจเรื่องการพัฒนาการเด็กตามวัยผ่านการเล่น คู่มือแนวทางจัดสภาพแวดล้อมการเล่นสำหรับเด็ก “เล่นเพื่อสร้างโลกที่เป็นสุข” สำหรับส่งเสริมการเล่นและการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเล่นของเด็กแบบมีส่วนร่วม
3. **แพลตฟอร์มออนไลน์เพื่อการเรียนรู้ การจัดทำฐานข้อมูลและเครื่องมือดิจิทัล** ประกอบด้วยแพลตฟอร์มการเรียนรู้สำหรับเด็ก แพลตฟอร์มการเรียนรู้สำหรับพ่อแม่ ผู้ดูแลเด็ก และแพลตฟอร์มการเรียนรู้สำหรับคนทำงานด้านเด็ก แพลตฟอร์ม Child Impact เป็นดิจิทัลแพลตฟอร์มที่เชื่อมโยงองค์ความรู้ เครื่องมือผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งระดมทรัพยากรและความร่วมมือพหุภาคี ในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กและเยาวชน โปรแกรมสอนเทคนิคการปรับพฤติกรรมเด็ก สำหรับผู้ปกครองผ่านระบบอินเทอร์เน็ต หรือ เน็ตป้าม้า (First



Internet-based Parent Management Training in Thailand: Net PaMa) แพลตฟอร์ม**คุณเปลี่ยนลูกเปลี่ยน** ห้องเรียนในระบบออนไลน์ที่เปิดโอกาสให้พ่อแม่ผู้ปกครองได้เรียนรู้ทักษะการสื่อสาร และการเลี้ยงลูกเชิงบวก **Mappa** แพลตฟอร์มเพื่อการเรียนรู้แบบไฮบริด เป็น EdTech ที่ออกแบบการเรียนรู้แนวผจญภัย ทั้งครอบครัวไปพร้อมกัน **แซทบอท**ช่วยแก้ปัญหาและส่งเสริมสุขภาวะวัยเรียนวัยรุ่น ได้แก่ แซทบอท “ไม่ซ่า” ช่วยเหลือเด็กจากการถูกลั่นแกล้งรังแก แซทบอท “เจนเซ็กซ์” ให้คำปรึกษาเรื่องเพศวัยรุ่น แซทบอท “ใจดี” ให้คำปรึกษาปัญหาชีวิตวัยรุ่น แพลตฟอร์ม **Coach for Change** ที่รวบรวมเครื่องมือสำหรับพี่เลี้ยง โค้ช หรือบุคคลที่ทำงานกับสภาเด็กและเยาวชน แกนนำเด็กและเยาวชน **พื้นที่รังสรรค์นวัตกรรม (innovation sandbox)** ในกรุงเทพมหานคร ที่เชื่อมโยงบริการทุกด้านบนฐานข้อมูลเด็กรายบุคคลเพื่อให้เกิดการร่วมจัดบริการแบบไร้รอยต่อ (seamless co-production) แก่เด็กตลอดช่วงวัย

4. **งานศึกษาวิจัยที่สำคัญต่อการผลักดันเชิงนโยบายและการประยุกต์ใช้ในบริบทต่าง ๆ** ประกอบด้วย การศึกษายุคนิเวศน์ (child ecology) ของประชากรเจนเนอเรชั่น Z-Alpha การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเป็นสาวก่อนวัยของเด็กไทย การศึกษาเพื่อพัฒนาตัวชี้วัดและฐานข้อมูลเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาวะของเด็กในโรงเรียน การศึกษาของประมาณรายจ่ายภาครัฐเพื่อการพัฒนาเด็กในช่วงอายุ 0-3 ปี ในประเทศไทย การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างครอบครัวประเภทต่าง ๆ บทบาทของบิดาและมารดากับการดูแลสุขภาพและพัฒนากายของเด็กช่วงอายุปฐมวัยในประเทศไทย ความสุขของเด็กไทยในวัยเรียน (6-12 ปี) การกวดวิชาในบริบทของระบบการศึกษาไทย ณ ศตวรรษที่ 21 การศึกษาการเล่นของเด็กไทย การพัฒนาความฉลาดรู้ด้านSTEMศึกษาของเด็กไทยเพื่อให้ก้าวไกลทันยุค 4.0 การพัฒนาองค์ความรู้และขับเคลื่อนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเยาวชนที่ไม่ได้อยู่ในการจ้างงาน การศึกษา หรือการฝึกอบรม และเยาวชนที่ไม่ได้อยู่ในกิจกรรมการสะสมทุนมนุษย์ (Not in Education, Employment, or Training: NEETs) เพื่อส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพเยาวชนให้เข้าสู่ตลาดแรงงานอย่างเหมาะสม และการวิจัยเพื่อประเมินผลกระทบของโครงการเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิดซึ่งร่วมดำเนินการกับสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) และองค์การยูนิเซฟ รายงานการศึกษานโยบายเด็กและครอบครัวแห่งอนาคต: ขยายพื้นที่ปฏิรูปสาธารณะเพื่ออนาคตของเด็กไทย ซึ่งเป็นรายงานวิชาการที่ทบทวนสถานการณ์ ทิศทางและแนวโน้มของการพัฒนาสุขภาวะ และคุณภาพชีวิตของเด็กเยาวชนและครอบครัว และการร่วมก่อตั้งศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว (คิด for คิดส์) ทำหน้าที่เป็นแหล่งผลิตงานวิชาการ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสำคัญ และแหล่งสร้างเครือข่ายความรู้ เพื่อเป็นฐานในการผลักดันนโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว
5. **ศักยภาพของภาคีเครือข่าย** ประกอบด้วย เครือข่ายขับเคลื่อนสวัสดิการสำหรับเด็กเล็ก 340 องค์กร เครือข่ายสถานประกอบการที่เป็นมิตรกับครอบครัว 31 องค์กร เครือข่ายศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในตำบลสุขภาวะ เครือข่ายตำบลสนับสนุนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว (ครอบครัวยิ้ม) เครือข่ายบัณฑิตอาสาสมัครนักสร้างสรรค์กระบวนการพัฒนาเยาวชนในท้องถิ่น เครือข่ายนวัตกรรมคนรุ่นใหม่สร้างสรรค์สังคม เครือข่ายสนับสนุนความรอบรู้ด้านสุขภาพนักเรียน เครือข่ายสภาเด็กและเยาวชน เครือข่าย Thailand EF Partnership เป็นต้น ถือเป็นฐานทุนภาคีเครือข่ายที่กว้างขวาง เข้มแข็งและมีศักยภาพในการสานพลังเพื่อกำหนดเป้าหมายร่วมและยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนสังคมในระยะยาวเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับนโยบายและระบบที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาวะของประชากรเด็กและเยาวชนทุกคน



6. **ความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์** ปัจจุบันแผนสุขภาพวัยเด็ก เยาวชน และครอบครัวได้พัฒนาความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์หลายภาคส่วน ได้แก่ ร่วมกับกรมอนามัยในการขยายผลการขับเคลื่อนนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก ร่วมกับกรมกิจการเด็กและเยาวชนในการขับเคลื่อนนโยบายสวัสดิการเงินอุดหนุนเด็กเล็กแบบถ้วนหน้า ร่วมกับสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษาในการขับเคลื่อนระบบและกลไกการพัฒนาเด็กปฐมวัย ร่วมกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นในการหนุนเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสภาเด็กและเยาวชน และการขยายผลศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแบบก้าวกระโดด ร่วมกับกรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัวในการขับเคลื่อนสมัชชาครอบครัวระดับชาติเรื่องสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อครอบครัว: สร้างสุขทุกพื้นที่ปลอดภัย การขยายเครือข่ายสถานประกอบการที่เป็นมิตรกับครอบครัว (Family-friendly Workplace Network) และร่วมกับกรุงเทพมหานครและสำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัลในโครงการพัฒนานวัตกรรมต้นแบบที่ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กแบบไร้รอยต่อ
7. **ข้อเสนอแนะจากการประเมินผลความสำเร็จของแผนสุขภาพวัยเด็ก เยาวชน และครอบครัว พ.ศ. 2561-2563**
- กรอบคิดทฤษฎี (Program Theory) ของแผนช่วยก่อให้เกิดทิศทางการทำงานที่ตอบโจทย์สังคม วัตถุประสงค์ และเอื้อให้เกิดผลสัมฤทธิ์และความสำเร็จของแต่ละแผนงานย่อยและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะได้อย่างชัดเจน แต่ยังมีข้อจำกัดของการสร้างความเชื่อมโยงในรูปแบบการประสานแผนหรือประเด็นระหว่างแผนย่อยเพื่อการขับเคลื่อนสุขภาพวัยเด็ก เยาวชน และครอบครัว ที่กำลังทวีความสลับซับซ้อนมากขึ้นในสังคมไทย
  - กระบวนการทำงานกับกลุ่มเป้าหมายและชุมชน พบว่าเป็นข้อดีที่สนับสนุนให้โครงการต่าง ๆ วางแผนการทำงานผ่านข้อมูลกลุ่มเป้าหมายในระดับชุมชน ในอนาคตควรเพิ่มการเชื่อมโยงข้อมูลเหล่านี้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและทำให้เป็นฐานข้อมูลที่มีชีวิต มีการเคลื่อนไหว และปรับปรุงให้ทันสมัย
  - ระบบกลไกสนับสนุนภาคี มีการออกแบบกระบวนการดำเนินงานที่เน้นเสริมพลังการทำงานให้แก่ภาคี และกระตุ้นให้เกิดการต่อยอดความสำเร็จที่สอดคล้องกับทิศทางและแนวโน้มในอนาคต เช่น การต่อยอดเป็นธุรกิจขนาดเล็ก การเป็นผู้ประกอบการทางสังคม และการต่อยอดธุรกิจเพื่อสังคม
  - การสนับสนุนการวิจัยและลงทุนในงานพัฒนาองค์ความรู้ ที่เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับเด็ก เยาวชน และครอบครัว ควรเพิ่มการเชื่อมโยงเพื่อการประยุกต์ใช้จริงในการขับเคลื่อนหรือคืนประเด็นสู่นักปฏิบัติ/นักขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคม
  - การพัฒนา “สื่อ” และ “ช่องทางการสื่อสาร” ในฐานะที่เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ ควรเสริมขั้นตอนและกระบวนการประเมินความต้องการของผู้รับสารหรือตกตะกอนความต้องการจากผลการดำเนินงานของแผนงานย่อยต่าง ๆ เพื่อทำให้เกิดการบูรณาการที่สอดคล้องกันอย่างเป็นระบบ
  - การดำเนินงานภายใต้กรอบการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรรอตตาดา พบว่า โครงการทั้งหมดมีส่วนสนับสนุนส่งเสริมและพัฒนาทักษะระดับบุคคล รองลงมาคือการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ โดยก่อให้เกิดความหลากหลายของการทำงานแบบสหวิทยาการ การสนับสนุนความเข้มแข็งของชุมชน โดยมากกว่าร้อยละ 40 มีแนวทางในการรื้อสร้าง ปรับเปลี่ยน หรือพัฒนาปัจจัยสนับสนุนเชิงสภาพแวดล้อม จัดปัจจัยคุกคาม แต่ในภาพรวมยังดำเนินงานที่สัมพันธ์กับการพัฒนานโยบายสาธารณะค่อนข้างน้อย
  - การดำเนินงานที่สอดคล้องกับการส่งเสริมทักษะในศตวรรษที่ 21 ของเด็กและเยาวชน พบว่า การดำเนินงานเกินร้อยละ 90 สามารถพัฒนาระบบคิดและทักษะการแก้ปัญหา พัฒนาทักษะและศักยภาพในการสื่อสาร พัฒนาความคิดสร้างสรรค์ แต่ยังไม่บรรลุผลในการพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีมเนื่องจากข้อจำกัดของกรอบเวลาในการทำกิจกรรมและเงื่อนไขความรับผิดชอบที่อาจเกินศักยภาพการบริหารจัดการของเด็กและเยาวชน เป็นจุดสำคัญที่ควรหาแนวทางพัฒนาในอนาคต

8. ข้อเสนอแนะสำคัญของภาคีปฏิบัติการ ภาคียุทธศาสตร์ คณะกรรมการกำกับทิศทางแผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว และคณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ 4 ต่อการขับเคลื่อนแผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว ช่วง พ.ศ. 2566-2570<sup>45</sup>

- การออกแบบแผนให้สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายของกองทุน โดยมุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับผลลัพธ์ ผลกระทบ แต่ต้องเป็นแผนที่สามารถยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนแผนเพื่อรองรับสถานการณ์ที่อาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา
- ให้ความสำคัญกับเด็ก เยาวชน และครอบครัวที่มีความเปราะบาง อาทิ เด็กพิเศษ เด็กที่หลุดจากระบบการเลี้ยงดูของครอบครัว เด็กในครอบครัวคนจนเมือง เด็กที่ติดตามผู้ปกครองที่เป็นแรงงานย้ายถิ่น ครอบครัวที่มีความเปราะบางด้านต่าง ๆ และความยากจน
- ส่งเสริมครอบครัวแห่งการเรียนรู้ เสริมศักยภาพและความเข้มแข็งแก่ครอบครัว ชุมชน และระบบนิเวศในการเลี้ยงดูและพัฒนาเด็กและเยาวชน
- สนับสนุนให้เกิดระบบข้อมูล เชื่อมโยงฐานข้อมูลเด็กกับฐานข้อมูลสวัสดิการ เพื่อการดูแลคุ้มครองสิทธิของเด็กและครอบครัวให้เข้าสู่บริการภาครัฐได้อย่างทั่วถึง ติดตามช่วยเหลือไม่ให้เด็กตกหล่น
- สื่อสารสังคม 1) สื่อสารความรู้ ความเข้าใจและวิธีการเลี้ยงดูและพัฒนาเด็กในรูปแบบที่เข้าใจง่าย ทันสถานการณ์ 2) สื่อสารให้สังคมรับรู้ ช่วยเฝ้าระวังปัญหาเด็กเยาวชน และ 3) สื่อสารให้สังคมรับรู้ประโยชน์ของงานด้านเด็กเยาวชนที่ สสส. และภาคีเครือข่ายช่วยกันขับเคลื่อน
- ในระดับปฏิบัติการ ควรเน้นความร่วมมือและเชื่อมโยงทรัพยากรกับท้องถิ่น เพราะท้องถิ่นเป็นจุดจัดการสำคัญที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน
- พัฒนาศักยภาพคนทำงานด้านเด็กเยาวชน และผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ เติมความรู้ สร้างทีมชุมชนทำงานเกาะติดพื้นที่
- เสนอประเด็นสำคัญที่ควรผลักดันให้สำเร็จ ได้แก่ สวัสดิการเด็กแบบรอบด้านและทั่วถึง การแก้ปัญหาการเรียนรู้ถดถอย (learning loss) เนื่องจากการปิดสถานศึกษาช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ความยากจนของครัวเรือนที่เพิ่มความเปราะบางแก่คุณภาพชีวิตและพัฒนาการของเด็ก ส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีและลดความขัดแย้งระหว่างคนต่างรุ่น รวมถึงการลดปัญหาการเลี้ยงดูเด็กโดยปู่ย่าตายาย (กรณีเด็กไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่) การมีส่วนร่วมอย่างมีความหมายของเด็กและเยาวชน มีพื้นที่ปลอดภัยให้เด็กได้แสดงความคิดเห็น แสดงออก รับฟังเสียงเด็ก โดยให้เด็กเป็นศูนย์กลาง

### สถานการณ์และแนวโน้มที่เกี่ยวข้อง

1. สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำรุนแรง: เด็กถูกทิ้งไว้ข้างหลัง ข้อมูลจากรายงานนโยบายเด็กและครอบครัวแห่งอนาคต: ขยายพื้นที่ปฏิรูปนโยบายสาธารณะเพื่ออนาคตของเด็กไทย<sup>46</sup> ระบุว่า ความเหลื่อมล้ำเป็นปัญหาที่กัดกินสังคมไทยมาอย่างยาวนาน และรุนแรงมากขึ้นจากผลพระทบจากโรคโควิด-19 ไม่เพียงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในวัยเด็กเท่านั้น แต่ส่งผลต่อความเหลื่อมล้ำตลอดช่วงชีวิต งานวิจัยจำนวนมากยืนยันว่า เด็กยากจนมีความเสี่ยงที่จะมีสุขภาพและพัฒนาการแย่กว่า มีโอกาสเข้าถึงความรู้น้อยกว่า ทำให้มีทักษะที่ด้อยกว่าและ

45 จากการประชุมคณะกรรมการกำกับทิศทางแผนสุขภาพเด็ก เยาวชนและครอบครัว ครั้งที่ 5/2565 เมื่อ 24 พฤษภาคม 2565

และการประชุมคณะกรรมการบริหารแผน ครั้งที่ 6/2565 เมื่อ 10 มิถุนายน 2565

46 บริษัท ดี วันโอวัน เฟอร์นิเจอร์ จำกัด. (2564). "รายงานการศึกษานโยบายเด็กและครอบครัวแห่งอนาคต: ขยายพื้นที่ปฏิรูปนโยบายสาธารณะเพื่ออนาคตของเด็กไทย"

มีรายได้ต่ำกว่าในอนาคต อีกทั้งยังมีแนวโน้มที่จะส่งต่อความเหลื่อมล้ำสู่คนรุ่นต่อไปด้วย โดยปัจจุบันมีเด็กไทย (อายุไม่เกิน 20 ปี) กว่า 2.18 ล้านคนอยู่ในครัวเรือนยากจนที่สุด ซึ่งสมาชิกมีรายได้เฉลี่ยต่อคนต่อเดือนอยู่ที่ 2,044 บาท นับเป็นประชากรเด็กกลุ่มใหญ่ที่สุดของประเทศ ในขณะที่เด็กในครัวเรือนร่ำรวยที่สุดซึ่งมีจำนวนเพียง 5 แสนคน กลับอยู่ในครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ยต่อคนต่อเดือน 32,997 บาท หรือมากกว่าเด็กยากจนที่สุด 16 เท่า

## ตารางแสดงข้อมูลจำนวนเด็กในแต่ละกลุ่มครัวเรือนจำแนกตามรายได้

กลุ่มครัวเรือน	รายได้/คน/เดือน	จำนวนเด็กต่ำกว่า 20 ปี	จำนวนเด็ก 0-6 ปี
10 (ร่ำรวยที่สุด)	32,997	536,217	134,097
9	15,569	635,938	173,533
8	11,810	822,321	211,479
7	9,504	971,308	257,019
6	7,739	1,174,375	326,153
5	6,312	1,374,220	384,000
4	5,208	1,449,403	444,769
3	4,272	1,620,332	483,437
2	3,371	1,873,228	563,098
1 (ยากจนที่สุด)	2,044	2,177,379	711,536

ที่มา: รายงานการศึกษานโยบายเด็กและครอบครัวแห่งอนาคต : ขยายพื้นที่ปฏิรูปนโยบายสาธารณะเพื่ออนาคตของเด็กไทย , อ้างแล้ว.

ความยากจนเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโดยตรง งานศึกษาชี้ว่า **เด็กยากจนมีอัตราการขาดโอกาสทางการศึกษามากกว่า** โดยเฉพาะเด็กที่ตกอยู่ในความเหลื่อมล้ำแนวระนาบ (horizontal inequality) ซึ่งเป็นความเหลื่อมล้ำอันเนื่องมาจากคุณลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมของกลุ่ม (เช่น กลุ่มเด็กชาติพันธุ์จะเป็นกลุ่มที่ลำบากมากกว่าเด็กไทยส่วนใหญ่) มีสัดส่วนเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ถึงร้อยละ 14 นอกจากนี้ **เด็กยากจนยังมีต้นทุนที่สูงกว่าในการเข้าถึงการศึกษาและทักษะที่จำเป็นสำหรับการหลุดจากความยากจน** เช่น ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายทางการศึกษาสูงกว่าคือร้อยละ 22 ของรายได้ ในขณะที่เด็กร่ำรวยจ่ายเพียงร้อยละ 6 อีกทั้งสิ่งที่ใช้จ่ายไปก็ยิ่งต่างกันมาก เด็กยากจนจำเป็นต้องใช้เงินส่วนใหญ่ไปกับค่าเครื่องแบบและค่าเดินทาง ส่วนเด็กฐานะดีสามารถนำเงินไปใช้เรียนพิเศษเพิ่มเติม หรือทำกิจกรรมนอกห้องเรียนที่เพิ่มพูนทักษะได้ นอกจากนี้เด็กที่เติบโตมาในพื้นที่ต่างจังหวัดยังมีโอกาสน้อยกว่าในการเข้าถึงแหล่งเรียนรู้นอกห้องเรียนที่มีคุณภาพอย่างห้องสมุด พิพิธภัณฑ์ สนามเด็กเล่น ฯลฯ เมื่อเทียบกับเด็กในกรุงเทพมหานคร ซึ่งจะส่งผลต่อโอกาสในการพัฒนาสติปัญญาและทักษะการอยู่ในสังคมของเด็ก

2. **โลกใหม่และความท้าทายต่อการพัฒนาเด็กและเยาวชน:** เด็กและเยาวชนในยุคปัจจุบัน ต้องเผชิญกับความท้าทายและความเปลี่ยนแปลงในระดับโลกและสังคมไทยใน 6 ด้านสำคัญ ได้แก่ (1) **ความผันผวน-ซับซ้อน-ไม่แน่นอน-คลุมเครือของโลกใหม่ (VUCA world)** ส่งผลให้เด็กและเยาวชนที่เติบโตขึ้นในยุคนี้ ต้องเผชิญกับปัญหาใหม่และความท้าทายใหม่ที่คนรุ่นก่อนไม่เคยเผชิญมาก่อน (2) **ความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม** ประเทศไทยยังมีเด็กเพียงร้อยละ 57 ที่สามารถเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ ซึ่งเป็นผลจากความยากจนและการอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลที่สัญญาณเข้าไม่ถึง โดยในกลุ่มที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ต อีกร้อยละ 45.1 ก็ยังขาดทักษะทางดิจิทัลที่จำเป็นต่อการเรียนรู้และการทำงาน (3) **การก้าวข้ามสู่ความเป็นพลเมืองโลก** ข้อมูลผลการประเมินสมรรถนะนักเรียนมาตรฐานสากล (PISA) ปี 2018 พบสิ่งที่น่าสนใจคือ แม้คะแนนสมรรถนะของเด็กไทยจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ย (423 คะแนน ค่าเฉลี่ยรวม 474 คะแนน) แต่เด็กไทยมีลักษณะความเป็นพลเมืองโลกในหลายประเด็น ซึ่งค่าเฉลี่ยความสนใจและความตระหนักรู้ที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของนักเรียนในกลุ่มประเทศ OECD (4) **ค่านิยมและชุดคุณค่าที่ไม่ลงรอยกันของคนต่างรุ่น** การเติบโตภายใต้เงื่อนไขและสภาพแวดล้อมต่างแบบทำให้คนแต่ละรุ่นความไม่ลงรอยทางความคิด ความเชื่อ การให้คุณค่า และพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญ (5) **โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนไปสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์** เด็กเกิดใหม่และวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้เด็กรุ่นปัจจุบันจะต้องรับภาระหนักขึ้นในการขับเคลื่อนประเทศเมื่อเข้าสู่วัยแรงงาน ซึ่งในปี 2563 อัตราการพึ่งพิง (dependency ratio) หรือภาระการดูแลประชากรวัยเด็กและผู้สูงอายุของสังคมไทยอยู่ที่ 41.9 คนต่อวัยแรงงาน 100 คน คาดการณ์ว่า เมื่อสังคมไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดในปี 2578 อัตราการพึ่งพิงจะเพิ่มขึ้นเป็น 57.6 คนต่อวัยแรงงาน 100 คน ภายใต้แนวโน้มที่ผลิตภาพทางเศรษฐกิจลดลงและอัตราส่วนการพึ่งพิงที่เพิ่มขึ้นนั้น เด็กไทยในยุคปัจจุบันจะต้องเก่งกว่าคนรุ่นก่อน จึงจะสามารถรักษาระดับคุณภาพชีวิตและสวัสดิการโดยรวมของสังคมได้ และ (6) **ความเหลื่อมล้ำที่ถ่างกว้างขึ้น** งานวิจัยจำนวนมากยืนยันว่า เด็กยากจนมีความเสี่ยงที่จะมีสุขภาพและพัฒนาการแยกวามีโอกาสเข้าถึงความรู้น้อยกว่า ทำให้มีทักษะที่ด้อยกว่าและมีรายได้ต่ำกว่าในอนาคต อีกทั้งยังมีแนวโน้มที่จะส่งต่อความเหลื่อมล้ำในรุ่นต่อไปด้วย ทั้งนี้พบว่า ปัจจุบันมีเด็กไทย (อายุไม่เกิน 20 ปี) กว่า 2.18 ล้านคน อยู่ในครัวเรือนยากจนที่สุด ซึ่งสมาชิกมีรายได้เฉลี่ยต่อคนต่อเดือนอยู่ที่ 2,044 บาท ในขณะที่เด็กในครัวเรือนร่ำรวยที่สุดมีจำนวนเพียง 5 แสนคน กลับอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้เฉลี่ยต่อคนต่อเดือน 32,997 บาท หรือมากกว่าเด็กยากจนที่สุด 16 เท่า<sup>47</sup>
3. **แนวโน้มการเลี้ยงดูเด็กอย่างไม่เหมาะสม พบปัญหาทั้งด้านโภชนาการ พัฒนาการ และการเรียนรู้** ส่งผลต่อพฤติกรรมและสุขภาพในทุกกลุ่มวัย โดยในกลุ่มเด็กปฐมวัยพบภาวะทุพโภชนาการที่ส่งผลทั้งเรื่องน้ำหนักเกิน ผอมแห้ง เตี้ยแคระแกร็น น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ พบทั้งในเขตเมืองและชนบท เด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการมักเข้าไม่ถึงระบบการดูแลรักษา เด็กปฐมวัยมีระดับทักษะสมอง EF และ EQ ต่ำกว่าเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 30 และร้อยละ 25 มีระดับ IQ ต่ำกว่าเกณฑ์ นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กเล็กจำนวนมากถึง 2 ใน 3 มีหนังสือเด็กที่บ้านไม่ถึง 3 เล่ม ผู้เลี้ยงดูเกือบครึ่งหนึ่งเชื่อว่าการลงโทษทางกายเป็นสิ่งจำเป็น จึงพบว่ามีเด็กที่ถูกเลี้ยงดูด้วยวินัยเชิงบวกเพียงร้อยละ 19 และถูกใช้ความรุนแรงในการเลี้ยงดูเกินร้อยละ 50 ในเกือบทุกช่วงอายุ **ผลลัพธ์ของการเลี้ยงดูในวัยเด็กส่งผลต่อเนื้อเมื่อเข้าสู่วัยเรียนและวัยรุ่น** โดยยังพบปัญหาจากภาวะโภชนาการ ทั้งโรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกิน ทั้งกลุ่มเพศหญิงและชายโดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และเกือบ 1 ใน 4 ของวัยรุ่นชายบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ กว่าร้อยละ 70 ของทั้งวัยรุ่นหญิงและชายมีกิจกรรม

47 บริษัท ดี วันโอวัน เปอร์เซ็นต์ จำกัด. (2564). “รายงานการศึกษานโยบายเด็กและครอบครัวแห่งชาติ: ขยายพื้นที่ปฏิรูปนโยบายสาธารณะเพื่ออนาคตของเด็กไทย”

ทางกายต่อวันไม่เพียงพอ เป็นไลฟ์สไตล์ที่ส่งผลกระทบต่อความเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่<sup>48</sup> และใน รายงานจับตาสถานการณ์สุขภาพ ThaiHealth Watch โดย สสส. ยังพบสถิติเกี่ยวเนื่องกับปัญหาทางสุขภาพจิต ของกลุ่มวัยรุ่นที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างน่าเป็นห่วงทุกปีด้วย

4. **ผลกระทบของโควิด-19 ต่อครัวเรือนที่มีเด็กเล็ก:** ผลการสำรวจออนไลน์ที่เป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่าง สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย และสำนักงานสถิติแห่งชาติระหว่างวันที่ 27 เมษายนถึงวันที่ 18 พฤษภาคม 2563 (จำนวนตัวอย่าง 27,986 มีผู้ตอบแบบสอบถามจากทุกจังหวัดในประเทศไทย) พบว่า ครอบครัวยุคที่มีเด็กเล็กถูกกระทบจากโควิด-19 มากกว่าครอบครัวที่ไม่มีเด็กเล็กในเกือบทุกด้าน ผลกระทบ ด้านเศรษฐกิจ พบว่า รายได้ลดมากกว่า (ร้อยละ 81 ในกลุ่มครัวเรือนที่มีเด็กเล็ก เทียบกับร้อยละ 70 ในกลุ่มครัวเรือนที่ไม่มีเด็กเล็ก) เพราะมีสัดส่วนที่เป็นคนทำงานไม่ประจำ หรือธุรกิจนอกระบบมากกว่า รายจ่ายเพิ่มกว่าร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับช่วงก่อนโควิด และคิดเป็นสัดส่วนครัวเรือนมากกว่า (ร้อยละ 13 เทียบกับ ร้อยละ 10) หนี้ในระบบเพิ่มขึ้นในสัดส่วนที่มากกว่า (ร้อยละ 18 เทียบกับร้อยละ 13) และหนี้นอกระบบ ก็เพิ่มในสัดส่วนมากกว่า (ร้อยละ 13 เทียบกับร้อยละ 9) ผลกระทบด้านสังคมและสุขภาพ พบว่า ด้านการ เลี้ยงดู เด็กขาดผู้ดูแลทำให้บางครอบครัวต้องพาเด็กออกไปทำงานด้วย ซึ่งบางครั้งสถานที่ทำงานไม่เหมาะสม สำหรับเด็กเล็ก เช่น งานเก็บขยะ งานตัดต้นไม้ งานก่อสร้าง เป็นต้น หรือบางครอบครัวต้องทิ้งเด็กเล็กไว้ ตามลำพัง ด้านโภชนาการ เด็กที่อยู่ศูนย์เด็กเล็กจะได้รับอาหารและนมตามเวลา แต่เมื่อเด็กต้องอยู่บ้าน บางครั้งต้องกินอาหารเหมือนของผู้ใหญ่ หรือต้องกินข้าวกับบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปหรือไข่ หลายครอบครัวต้องเปลี่ยนมา ซื้อนมกล่องแทนนมผงซึ่งมีราคาแพง ทำให้เด็กได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน ด้านพัฒนาการ แม้ว่าการศึกษา ศูนย์เด็กเล็กปิดจะทำให้พ่อแม่มีเวลามากขึ้น แต่เด็กก็ขาดกิจกรรมหรือของเล่นที่ช่วยเสริมสร้างพัฒนาการ และการที่ผู้ปกครองเกรงว่าเด็กจะติดโควิดจึงไม่ค่อยให้ออกไปข้างนอก เด็กถูกจำกัดพื้นที่เล่น ส่งผลให้ดูโทรทัศน์ หรือเล่นมือถือมากเกินไปจนเกิดการยึดติด เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เอาแต่ใจตัวเอง ขาดระเบียบวินัย นอกจากนี้ จากสถิติการให้บริการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการของกรมอนามัย พบว่าเด็กได้รับการเฝ้าระวังและ ส่งเสริมพัฒนาการตามช่วงวัยลดลงมากเมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปี 2562 (ร้อยละ 63.7 เทียบกับ ร้อยละ 91.2) หากเด็กมีพัฒนาการล่าช้าก็จะเสียโอกาสในการได้รับการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม<sup>49</sup>

## คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

**เด็กและเยาวชนกลุ่มเปราะบาง**<sup>50</sup> หมายถึง เด็กและเยาวชนที่ประสบปัญหาทางสังคม อยู่ในสถานะยากลำบาก ในการดำรงชีวิต อันเป็นผลกระทบมาจากปัจจัยด้านครอบครัว สังคม และรัฐ เช่น เด็กกำพร้า เด็กที่ถูกปล่อยปละ ละเลย เด็กเร่ร่อน เด็กยากจน แรงงานเด็ก เด็กถูกทำร้ายทารุณ เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ เด็กในกระบวนการยุติธรรม เด็กพลัดถิ่น เด็กลูกแรงงานต่างชาติด เด็กกลุ่มชาติพันธุ์ รวมถึงเด็กที่มีเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ หรือเด็กที่มีสมาชิก ในครอบครัวมีเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์

48 ข้อมูลจาก; Thailand Profile. Nurturing Care for ECD. 2020, โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย, 2562. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, รายงานสุขภาพคนไทย 2561, UNICEF Adolescent Health Country Profile. 2021.

49 สมชัย จิตสุชน และ จิราภรณ์ แผลงประพันธ์. (2563). “ผลกระทบของโควิด-19 ต่อครัวเรือนที่มีเด็กเล็ก”. (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย และสำนักงานสถิติแห่งชาติ).

50 คู่มือนิยามศัพท์ของ สสส.



**ครอบครัวเปราะบาง** หมายถึง ครอบครัวที่กำลังเผชิญภาวะ/สถานการณ์ที่จะก่อ/เหนี่ยวนำให้เกิดปัญหาแก่สมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะเด็กและเยาวชน ทั้งในเรื่อง กาย จิต สังคม โดยภาวะ/สถานการณ์เหล่านั้นมีปัจจัยสำคัญจากเศรษฐกิจครัวเรือน โครงสร้าง/สัมพันธภาพและการเลี้ยงดูในครอบครัว การรับรู้และเข้าถึงสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย สถานะสุขภาพและสังคมของสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวยากจน ครอบครัวพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว ครอบครัวแม่วิัยรุ่น ครอบครัวแห้วกลาง ครอบครัวที่ประสบปัญหาความรุนแรงในครอบครัว เป็นต้น รวมทั้ง ครอบครัวในพื้นที่เฉพาะที่มีปัญหาหลากหลายและซับซ้อน เช่น ชุมชนแออัดในเมือง ชุมชนชายแดน ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท เป็นต้น

**พื้นที่การเรียนรู้/พื้นที่เรียนรู้<sup>51</sup>** หมายถึง พื้นที่กายภาพที่จับต้องได้ อาทิ ครอบครัว ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สถานศึกษา ชุมชน องค์กร พื้นที่สำหรับเด็กและเยาวชน และ/หรือพื้นที่เสมือน อาทิ พื้นที่ออนไลน์ แพลตฟอร์มออนไลน์ที่สามารถสร้างการเรียนรู้ ถ่ายทอดความรู้และแนวปฏิบัติที่ดี เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ เพิ่มทักษะและขีดความสามารถ แก่กลุ่มเป้าหมายได้

**โรงเรียนสุขภาวะ<sup>52</sup>** หมายถึง โรงเรียนหรือสถานศึกษาที่มีกลไกเชิงระบบ นโยบายและการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในมิติต่าง ๆ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง เพิ่มพฤติกรรมที่ดีทางสุขภาพ โดยรูปแบบการดำเนินงานนั้นแตกต่างกันตามสถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพและสภาพบริบทของโรงเรียน

**แพลตฟอร์มออนไลน์เพื่อการเรียนรู้** หมายถึง พื้นที่ออนไลน์ในหลายหลายรูปแบบ เช่น เว็บไซต์ แอปพลิเคชัน ไลน์ แชนแนล e-learning เป็นต้น ที่สามารถสร้างการเรียนรู้ กระตุ้นการเรียนรู้ ออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ ถ่ายทอดความรู้และแนวปฏิบัติที่ดี แลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมทั้งมีสื่อการเรียนรู้พร้อมใช้ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ เพิ่มทักษะและขีดความสามารถของกลุ่มเป้าหมาย เช่น เด็ก เยาวชน พ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู คนทำงานด้านเด็ก เป็นต้น ตลอดจนสามารถติดตามและประเมินเปรียบเทียบผลลัพธ์ได้อย่างชัดเจน

**สมรรถนะเด็กและเยาวชนในยุคโลกพลิกผัน (VUCA World)** หมายถึง สมรรถนะของเด็กและเยาวชนในโลกยุค VUCA ที่พลิกผัน ไม่แน่นอนและคลุมเครือ และมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วท่ามกลางกระแสโลกาภิวัตน์และการพัฒนาอย่างก้าวกระโดดของเทคโนโลยี นักวิชาการเสนอว่าควรประกอบด้วย 5 สมรรถนะเชื่อมโยงกับทักษะในศตวรรษที่ 21 ได้แก่ การจัดการ (self-management) การสื่อสาร (communication) การรวมพลังทำงานเป็นทีม (collaboration in teamwork) การคิดขั้นสูง (higher order thinking) และการเป็นพลเมืองที่เข้มแข็ง (active citizen)<sup>53</sup>

51 คู่มือนิยามศัพท์ของ สสส.

52 คู่มือนิยามศัพท์ของ สสส.

53 วัฒนาพร ระงับทุกข์. (2563). “สมรรถนะเด็กไทยในโลกยุคพลิกผัน (VUCA World)”. ครูสภาวิทยากร ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2563.



## จุดเน้นของแผน

แผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัวได้สังเคราะห์ข้อมูลสำคัญและพัฒนาขึ้นเป็นห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome) ของการสร้างเสริมสุขภาพเด็กและเยาวชน โดยระบุตัวกำหนดสุขภาพ (Health Determinant) ปัจจัยที่ส่งผลต่อตัวกำหนดสุขภาพ (Factors to Health Determinant) และมาตรการเชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ (key Intervention) พบว่าตัวกำหนดสุขภาพที่สำคัญของเด็ก ได้แก่ การเลี้ยงดูที่ได้รับจากครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก การเรียนรู้จากระบบโรงเรียน/แหล่งเรียนรู้/พื้นที่เรียนรู้ และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและการสนับสนุนจากชุมชน เป็น 3 พลังที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและจะนำไปสู่สุขภาพดีใน 3 มิติแรก ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพทางปัญญา ซึ่งเกิดจากมาตรการระดับบุคคล (individual level intervention) ที่สามารถยกระดับสู่ความยั่งยืนในระดับประชากรด้วยการดำเนินมาตรการระดับนโยบาย (policy level intervention) และมาตรการเชิงระบบ (system level intervention) ควบคู่ไปด้วยกันเพื่อก่อให้เกิด “สังคมที่ดี” เป็นมิติที่ 4 ตามนิยามสุขภาพดี 4 มิติของกองทุน

แผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว กำหนดจุดเน้นของการดำเนินงานภายใต้กรอบห่วงโซ่ผลลัพธ์ รวม 3 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมขีดความสามารถของครอบครัวและชุมชน การส่งเสริมพื้นที่เรียนรู้ของเด็กและครอบครัวในชุมชน และการขับเคลื่อนสู่ความยั่งยืนและเสมอภาคในระดับสังคม โดยมีรายละเอียดของจุดเน้นแต่ละด้าน ดังนี้

### ส่งเสริมให้ครอบครัวมีขีดความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กและเยาวชน

ให้เติบโตอย่างเหมาะสมตามวัย และมีสมรรถนะที่สอดคล้องกับโลกพลิกผัน (VUCA life skills) โดยการหนุนเสริมให้เกิดการบูรณาการภารกิจของภาคส่วนต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเพิ่มขีดความสามารถของครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กและเยาวชน ได้แก่ สนับสนุนรูปแบบการบูรณาการภารกิจเพื่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว ในระดับชุมชน ท้องถิ่น อำเภอ จังหวัด และสนับสนุนความเข้มแข็งของเครือข่ายสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรต่อครอบครัว (Family-friendly Workplace Network) รวมถึงขับเคลื่อนนโยบายและระดมความร่วมมือจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีแนวทางสำคัญในการดำเนินงานดังนี้

1. ส่งเสริมศักยภาพท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในพื้นที่ เพื่อให้สามารถส่งเสริมขีดความสามารถของครอบครัว และกลไกต่าง ๆ ในชุมชน (home-based & community-based intervention) เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ส่งเสริมสุขภาพและสมรรถนะของเด็กทุกกลุ่มวัย
2. ส่งเสริมศักยภาพท้องถิ่นให้สามารถทำงานพัฒนาเยาวชนเชิงบวก (positive youth development) และสนับสนุนการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมาย (meaningful participation) ของเยาวชน โดยเปิดพื้นที่ในการแสดงออก และเสริมสร้างโอกาสในการทำงานร่วมกับกลุ่มคนที่หลากหลาย
3. สนับสนุนให้เกิดนโยบายและมาตรการในการบูรณาการภารกิจทุกภาคส่วนทั้งระดับประเทศ ระดับท้องถิ่น ระดับองค์กร ที่มุ่งเป้าผลลัพธ์ที่ตัวเด็กครบทุกกลุ่มวัย โดยเน้นการเพิ่มทรัพยากรให้ครอบครัวสามารถดูแลเด็กได้อย่างมีคุณภาพและประกันสิทธิเด็กในการเข้าถึงระบบคุ้มครองสังคม บริการและสวัสดิการต่าง ๆ

- ส่งเสริมและสนับสนุนความเข้มแข็งของเครือข่ายสถานประกอบการที่มีนโยบายเป็นมิตรต่อครอบครัว (Family-friendly Workplace Network) เพื่อเอื้อให้คนวัยแรงงานสามารถดูแลครอบครัวอย่างมีคุณภาพ และขับเคลื่อนนโยบายเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน

## ส่งเสริมให้เกิดพื้นที่การเรียนรู้สำหรับเด็กและเยาวชน ทั้งในสถานศึกษาและในชุมชน

มุ่งเป้าให้เกิดทั้งนิเวศการเรียนรู้ (learning ecosystem) และนิเวศสนับสนุนพื้นที่การเรียนรู้ (supportive ecosystem for learning space) เพื่อขยายโอกาสให้เด็ก/ผู้ปกครอง/ครู เข้าถึงความรู้และทักษะเพื่อการพัฒนาเด็กในโลกยุคใหม่ โดยเน้นต่อยอดและขยายผลรูปแบบพื้นที่เรียนรู้ สำหรับเด็กกลุ่มวัยต่าง ๆ ผู้ปกครองและครู ครอบคลุมทั้งพื้นที่เรียนรู้ในบ้านและในชุมชน ส่งเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ผ่านการเล่นอิสระและกิจกรรมสร้างสรรค์ (learn through play) และพัฒนาองค์ความรู้และเพิ่มขีดความสามารถให้แก่ครู ผู้ปกครอง ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กในการจัดการกระบวนการเรียนรู้ มีชุดความรู้ ชุดเครื่องมือที่เหมาะสมกับผู้ใช้งานและเครือข่ายการทำงาน ยกกระดับเป็นศูนย์การเรียนรู้ในชุมชนที่เข้มแข็ง สามารถถ่ายทอดความรู้เพื่อขยายผล รวมทั้งเกิดแพลตฟอร์มการระดมทุนและความร่วมมือหลากหลายรูปแบบ จนเกิดเป็นระบบนิเวศสนับสนุนพื้นที่เรียนรู้ได้อย่างยั่งยืน โดยมีแนวทางสำคัญในการดำเนินงาน ดังนี้

- สนับสนุนและพัฒนายกระดับประสิทธิภาพของพื้นที่เรียนรู้หลากหลายรูปแบบเพื่อเป็นนิเวศการเรียนรู้ ครอบคลุมทั้งเรื่องทักษะการเลี้ยงดู ทักษะการเรียนรู้ และการส่งเสริมสมรรถนะเด็กและเยาวชน ที่สอดคล้องกับโลกพลิกผัน (VUCA life skills) ครอบคลุมทั้งพื้นที่เรียนรู้ที่เป็นสถานศึกษา และพื้นที่เรียนรู้ในชุมชน
- พัฒนานิเวศสนับสนุนพื้นที่การเรียนรู้ (supportive ecosystem for learning space) โดยสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ-ภาคเอกชน-ภาคประชาสังคม-ภาควิชาการ อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อส่งเสริมการดำเนินงานพื้นที่การเรียนรู้ในชุมชนให้ยั่งยืนและครอบคลุมทั่วประเทศ
- สื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจและสะสมพลังสังคมที่สนับสนุนพื้นที่การเรียนรู้ที่หลากหลาย สอดคล้องกับความต้องการของเด็กและเยาวชน
- พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและผลักดันสู่การปฏิบัติในระดับต่าง ๆ ร่วมกับภาคีผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และภาคยุทธศาสตร์ เพื่อส่งเสริมให้เด็กและครอบครัวมี “พื้นที่เรียนรู้ในบ้านและใกล้บ้าน” อย่างทั่วถึงและยั่งยืน

## ส่งเสริมการขับเคลื่อนสู่ความยั่งยืนและเสมอภาคในระดับสังคม

ด้วยการสร้างและจัดการความรู้ให้ทันต่อสถานการณ์สังคมอยู่เสมอ สื่อสารความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจและเกิดกระแสสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ การศึกษาวิจัยและการรังสรรค์นวัตกรรมที่สำคัญและจำเป็นต่อการดำเนินงาน การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายและส่งเสริมองค์กรคนรุ่นใหม่/เยาวชนที่ต้องการร่วมขับเคลื่อนสังคมสุขภาวะ โดยในการดำเนินงานจะมุ่งเน้นต่อยอดและขยายผลฐานทุนการทำงานของแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัวโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ทางสุขภาพและเข้าถึงองค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการสร้างเสริมสุขภาวะของเด็ก เยาวชน และครอบครัว โดยมีแนวทางสำคัญในการดำเนินงาน ดังนี้

1. สนับสนุนการสร้าง การจัดการความรู้ และการสื่อสารความรู้ให้ทันต่อสถานการณ์สังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งบทเรียนที่ดีจากการทำงานของภาคีเครือข่าย ชุดความรู้ใหม่และเครื่องมือสนับสนุนการทำงานที่ผ่านการพิสูจน์ประสิทธิภาพ เพื่อเตรียมพร้อมสู่การนำไปใช้ในวงกว้าง
2. ส่งเสริมการศึกษาวิจัยและการรังสรรค์นวัตกรรมที่ช่วยสนับสนุนการทำงาน/การจัดบริการ และการพัฒนาสมรรถนะ ตลอดจนการสร้างเสริมสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว และพัฒนาแนวทางนำไปใช้และขยายผลนวัตกรรมสู่การใช้จริงในสังคมอย่างยั่งยืน
3. สนับสนุนพื้นที่ปฏิบัติการนโยบายและสกัดข้อเสนอเชิงนโยบายในมิติและระดับต่าง ๆ สื่อสารผลักดันให้เกิดความเปลี่ยนแปลงเชิงระบบและกลไกที่จำเป็น เพื่อประกันสิทธิเด็กในการเข้าถึงระบบคุ้มครองทางสังคม สวัสดิการและบริการพื้นฐานเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และเพิ่มทรัพยากรให้แก่เด็กและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่มีภาวะเปราะบาง
4. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย ตลอดจนการส่งเสริมสนับสนุนองค์กรคนรุ่นใหม่/เยาวชนเพื่อให้เกิดเครือข่ายคนรุ่นใหม่ที่เข้มแข็งและมีส่วนร่วมขับเคลื่อนสังคมสุขภาวะ

### เป้าหมาย

เด็กและเยาวชน  
มีสุขภาพดี  
มีความรอบรู้ทางสุขภาพ  
มีสมรรถนะในโลกพลิกผัน

### ผลลัพธ์

1. เด็กปฐมวัยได้รับการเลี้ยงดูและพัฒนาให้มีความสุขและมีพัฒนาการสมวัย
2. เด็กวัยเรียน วัยรุ่นและเยาวชน มีความสุข มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับโลกยุคพลิกผัน และมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมสุขภาวะ
3. ครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี มีขีดความสามารถในการเลี้ยงดูเด็ก และสามารถเข้าถึงความช่วยเหลือที่จำเป็น
4. ข้อเสนอนโยบายที่เอื้อให้เกิดระบบ กลไก และมาตรการที่สนับสนุนทรัพยากรให้ครอบครัวมีขีดความสามารถในการเลี้ยงดูและพัฒนาเด็ก สนับสนุนโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงพื้นที่เรียนรู้ใกล้บ้าน และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชน ได้เข้าสู่กระบวนการพิจารณาเชิงนโยบายในระดับประเทศ

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมการบูรณาการภารกิจของภาคส่วนต่าง ๆ ที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาวะเด็กและเยาวชน โดยครอบคลุมการดำเนินงานแบบพื้นที่เป็นฐาน และแบบประเด็นเป็นฐาน
2. เพื่อส่งเสริมให้เกิดพื้นที่การเรียนรู้ (learning space) ที่ส่งเสริมสุขภาวะและสมรรถนะเด็กและเยาวชนในโลกพลิกผัน (VUCA life skills)
3. เพื่อส่งเสริมการขับเคลื่อนสังคม ครอบคลุมการสร้างและจัดการความรู้ การสื่อสารความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ และเกิดกระแสสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ การวิจัยและสร้างสรรค์นวัตกรรม และการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย
4. เพื่อสร้างประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงานของแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว ให้สามารถดำเนินงานสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายของกองทุน และกรอบห่วงโซ่ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง

**ตัวชี้วัด** เป้าหมายและผลลัพธ์ที่จะบรรลุในปี 2570

1. ต้นแบบบูรณาการระดับพื้นที่ ที่มีการทำงานเชิงระบบและสามารถวัดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของเด็ก/เยาวชน/ครอบครัว อาทิ สัมพันธภาพในครอบครัว พัฒนาการของเด็กปฐมวัย ความรอบรู้ทางสุขภาพ ความสุขสมรรถนะที่สอดคล้องกับโลกพลิกผัน และการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมาย ไม่น้อยกว่า 300 พื้นที่/ตำบล
2. ดิจิทัลแพลตฟอร์มและกลไกความร่วมมือพหุภาคีเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ และสุขภาวะของเด็กและเยาวชนที่สามารถวิเคราะห์ความต้องการ แนะนำ สนับสนุน และกำกับติดตามผล ตลอดจนสรุปผลลัพธ์พัฒนาการของเด็กและเยาวชนผู้รับประโยชน์ สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้อย่างกว้างขวางและมีความยั่งยืนเชิงงบประมาณ
3. ข้อเสนอเชิงนโยบายที่ช่วยเพิ่มทรัพยากรในการสนับสนุนการเลี้ยงดูและพัฒนาเด็ก หรือสนับสนุนพื้นที่เรียนรู้ที่ส่งเสริมสุขภาวะและสมรรถนะเด็กและเยาวชนในโลกพลิกผัน อย่างน้อย 2 ประเด็น

### กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

แผนได้กำหนดเป้าหมายสูงสุด วิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับภาพรวมทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565–2574) ของกองทุน โดยแผนทำหน้าที่สร้างเสริมสุขภาวะระยะเริ่มต้นของเส้นทางชีวิตอันนำไปสู่ “สุขภาพดีตลอดช่วงชีวิต” (lifelong health) โดยมุ่งเน้นดำเนินงานภายใต้ 4 ยุทธศาสตร์ คือ ได้แก่ 1) เพิ่มทรัพยากรให้ครอบครัว ให้มีขีดความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กทุกช่วงวัย 2) เพิ่มพื้นที่เรียนรู้ ที่มีคุณภาพใกล้บ้าน ในชุมชนส่งเสริมกิจกรรมสร้างสรรค์ยามว่าง 3) คัดกรองเด็กในการเข้าถึงระบบคุ้มครองทางสังคมและบริการพื้นฐาน สนับสนุนพลเมืองให้เข้มแข็ง และ 4) สนับสนุนให้เด็กและเยาวชนมีส่วนร่วม เพื่อพร้อมรับโลกยุคใหม่และสังคมสูงวัย โดยจัดโครงสร้างแผนให้ประกอบด้วยกลุ่มแผนงานย่อย 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแผนงานสนับสนุนพื้นที่การเรียนรู้ กลุ่มแผนงานสนับสนุนภาคีความร่วมมือ กลุ่มแผนงานสนับสนุนการขับเคลื่อนสังคม และกลุ่มแผนงานพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพทำหน้าที่เป็นกลไกการสนับสนุนการดำเนินงานตามกรอบแนวคิดภาพรวมของแผน

สุขภาพดี 4 มิติ  
กาย จิต ปัญญา สังคม

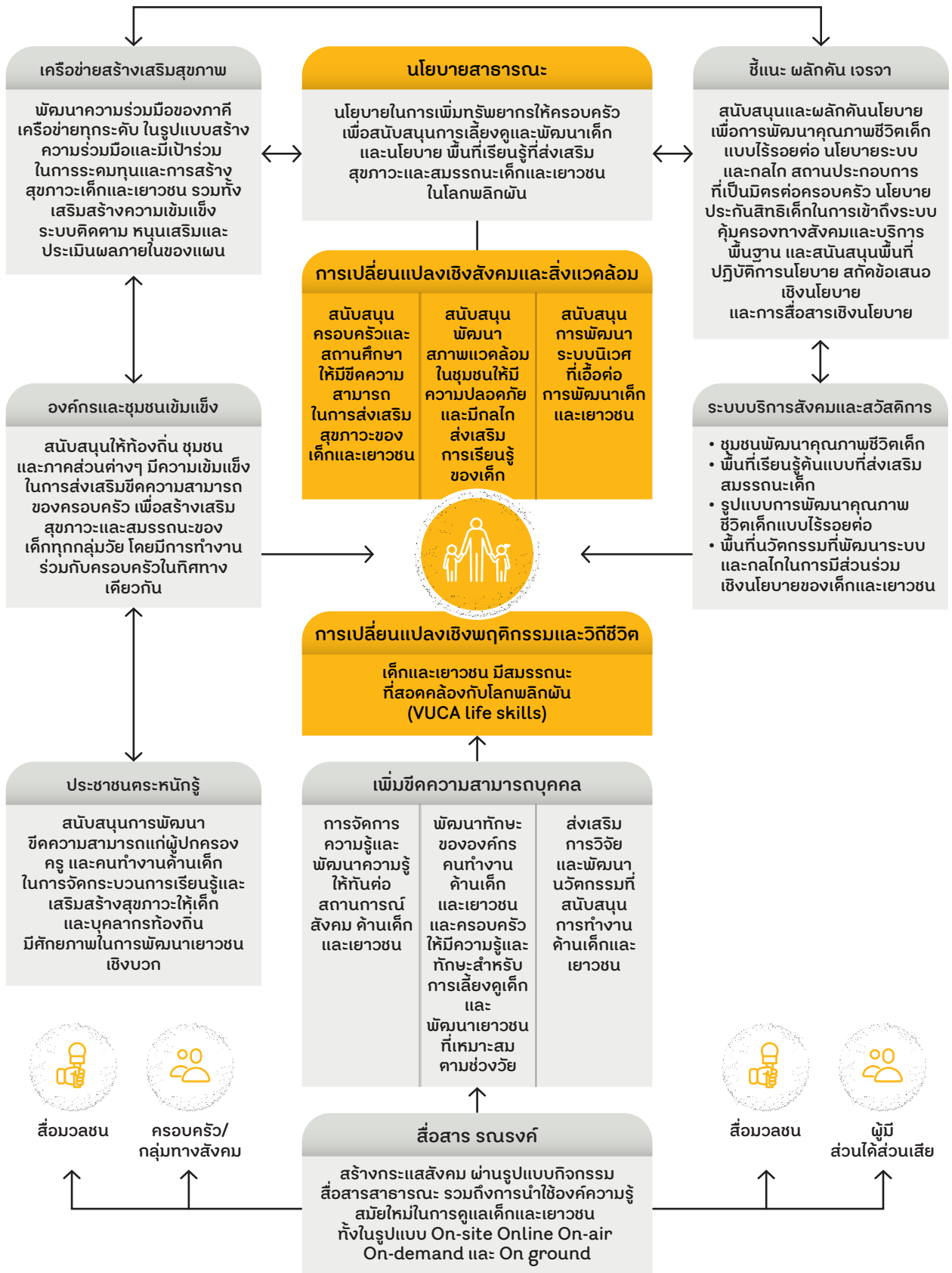
<b>วิสัยทัศน์ และพันธกิจ</b>	วิสัยทัศน์ – “เด็ก เยาวชน และครอบครัวได้รับการคุ้มครองและส่งเสริมให้มีวิถีชีวิตและสังคมที่เอื้อต่อสุขภาวะ” พันธกิจ – “จุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลังบุคคล ชุมชน และองค์กรทุกภาคส่วน ให้มีขีดความสามารถ และสร้างสรรคระบบสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี”			
<b>เป้าหมาย เชิงยุทธศาสตร์</b>	ผลกระทบ : ยาสูบ สุราและสิ่งเสพติด มลพิษจากสิ่งแวดล้อม ปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่ และปัจจัยเสี่ยงอื่น		เพิ่ม : อาหารและโภชนาการ พัฒนาการ กิจกรรมทางกาย ความปลอดภัยทางถนน สุขภาพจิตที่ดี ทักษะในศตวรรษที่ 21	
ส่งเสริมความเท่าเทียมและลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ มุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายที่เปราะบาง				
<b>ยุทธศาสตร์</b>	1. เพิ่มทรัพยากร ให้ครอบครัว มีขีดความสามารถเพื่อ เลี้ยงดูเด็กทุกช่วงวัย	2. พัฒนาค้นแบบและ ขยายโอกาสในการ เข้าถึงพื้นที่เรียนรู้ ที่มีคุณภาพใกล้บ้าน เพื่อส่งเสริมกิจกรรม สร้างสรรค์ของเด็ก และเยาวชน อย่างยั่งยืน	3. พัฒนาระบบและกลไก ที่จำเป็นเพื่อประกัน สิทธิเด็กในการเข้าถึง ระบบคุ้มครองทาง สังคมและ บริการพื้นฐาน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี	4. ส่งเสริมเด็กและ เยาวชนให้เป็น พลเมืองที่เข้มแข็ง และมีส่วนร่วมในการ พัฒนาสังคมสูงวัย ในโลกยุคใหม่
<b>การจัด โครงสร้างแผน</b>	1. กลุ่มแผนงาน สนับสนุนพื้นที่เรียนรู้	2. กลุ่มแผนงาน สนับสนุนภาคีความร่วมมือ	3. กลุ่มแผนงาน สนับสนุนการขับเคลื่อนสังคม	
4. กลุ่มแผนงานพัฒนาและบริหารงาน สร้างเสริมสุขภาพ (งานบูรณาการ-ติดตามและประเมินผล-การวัดผลและความคุ้มค่า)				

รูปแบบการดำเนินงาน

แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว มีการดำเนินงานร่วมกับภาคีหลายภาคส่วน ได้แก่ (1) การทำงานกับภาคนโยบายเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดนโยบายที่ส่งผลให้เด็กและเยาวชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี (2) การทำงานกับเครือข่ายพ่อแม่ ครูและคนทำงานด้านเด็ก ในการจัดการเรียนรู้และเสริมสร้างสุขภาวะแก่เด็กและเยาวชน รวมทั้งการสร้าง ความเข้มแข็งแก่ท้องถิ่น ชุมชนและภาคต่าง ๆ ในการพัฒนาเด็กและเยาวชน (3) การทำงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับระบบบริการทั้งด้านสังคมและสุขภาพ ที่ส่งผลให้เด็กและเยาวชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี (4) การทำงานกับภาคีด้านวิชาการและการสื่อสารสาธารณะ เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่มุ่งให้ข้อมูลที่ถูกต้องและความรู้ที่ทันสมัย ในการเลี้ยงดูเด็ก รวมถึงการนำข้อค้นพบความรู้สมัยใหม่ในการเลี้ยงดูและพัฒนาเด็กและเยาวชน







## กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

แผนมีการดำเนินงานในระดับพื้นที่รวม 20 จังหวัด ประกอบด้วย เชียงราย แพร่ พะเยา ลำปาง เลย ชัยภูมิ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น อุดรธานี มหาสารคาม มุกดาหาร อุบลราชธานี สุรินทร์ ตัง ยะลา สุพรรณบุรี ชัยนาท ฉะเชิงเทรา นครนายก และกรุงเทพมหานคร ครอบคลุมพื้นที่ชุมชนทั้งในและนอกเขตเมือง พื้นที่ยากลำบาก โดยมุ่งให้ความสำคัญกับเด็ก เยาวชน และครอบครัวกลุ่มเปราะบาง และกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

## งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)				
	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	225.00	220.00	225.00	220.00	220.00



## แผน 8 แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

### สรุปภาพรวมระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570)

#### **ที่มาและความสำคัญ ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ แผนเฉพาะในแต่ละด้าน และทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี**

จากวิสัยทัศน์ของประเทศ ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง โดยมีเป้าหมายการพัฒนาประเทศ คือ ประเทศชาติมั่นคง ประชาชนมีความสุข เศรษฐกิจพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สังคมเป็นธรรม ฐานทรัพยากรธรรมชาติยั่งยืน โดยยกระดับศักยภาพของประเทศในหลายมิติ พัฒนาคอนในทุกระดับและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ สร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม สร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และมีภาครัฐของประชาชน เพื่อประชาชน และประโยชน์ส่วนรวม ประกอบกับยุทธศาสตร์ชาติ ที่มุ่งเน้น 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคด้านสังคม ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และยุทธศาสตร์ชาติด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ

#### **ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ แผนเฉพาะในแต่ละด้าน และทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี**

การดำเนินงานของแผนสร้างเสริมสุขภาวะองค์กร ได้ใช้แนวคิดองค์กรสุขภาวะ (Happy Workplace) ที่มุ่งการดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายหลักคือ “คนทำงาน ในองค์กร” ที่ถือเป็นบุคคลสำคัญและเป็นกำลังหลักของทั้งครอบครัว องค์กร ชุมชน และสังคม การสร้างสุขในที่ทำงาน นับว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการบริหารองค์กร มุ่งเน้นให้บุคลากรทุกคนในองค์กร มีความสุขในการทำงาน ความสุขที่เกิดขึ้นนั้นก่อให้เกิดกระบวนการทางความคิด ทำให้งานที่ได้รับมอบหมายมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดความตึงเครียดจากการทำงาน สภาพแวดล้อม รวมทั้งลดความขัดแย้งภายในองค์กร ความสุขที่เกิดขึ้นจากการทำงานเปรียบเสมือนน้ำหล่อเลี้ยงให้พฤติกรรมคนปรับเปลี่ยนและพัฒนาในแนวโน้มที่ดีขึ้น โดยใช้ความสุขพื้นฐานแปดประการ (Happy 8) เป็นแนวทางในการบริหารจัดการชีวิตให้มีความสุขอย่างยั่งยืน สร้างทัศนคติบวกต่อมุมมองในการดำเนินชีวิต การอยู่ร่วมกับผู้อื่น การรับผิดชอบต่อสังคม เป็นสมาชิกที่ดีต่อครอบครัว องค์กร และสังคม โดยมีความสุขที่แท้จริงบนพื้นฐานความสุขแปดประการที่สมดุลกับชีวิตซึ่งมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) กล่าวคือ

1. ด้านความมั่นคง สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะในกำลังพลกองทัพ และตำรวจ อันจะเป็นการช่วยสนับสนุนการบริหารจัดการสภาวะแวดล้อมของประเทศให้มีความมั่นคง ปลอดภัย และมีความสงบเรียบร้อยในทุกระดับและทุกมิติ และสนับสนุนการทำงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะในกลุ่มองค์กรพระพุทธศาสนา โดยสถาบันศาสนาเป็น 1 ใน 3 สถาบันหลักของชาติที่เป็นแกนหลักแห่งความมั่นคงของชาติ และศาสนาพุทธเป็นศาสนาที่ประชาชนชาวไทยส่วนใหญ่นับถือ

2. ด้านการสร้างขีดความสามารถในการแข่งขัน เน้นการยกระดับศักยภาพของภาคีภาคสาธารณะและภาคเอกชน
3. ด้านพัฒนาและเสริมสร้างทรัพยากรมนุษย์ สนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพภาคีภาคสาธารณะและภาคเอกชน ให้มีความพร้อมทั้งกาย ใจ สติปัญญา มีทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 มีทักษะสื่อสาร และมีคุณธรรม
4. ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม คำนึงถึงความยั่งยืนของฐานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของภาคีให้เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม เกิดผลลัพธ์ต่อความยั่งยืน
5. ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารภาครัฐ สนับสนุนการปรับเปลี่ยนภาครัฐ ยึดหลัก “ภาครัฐของประชาชน เพื่อประชาชน และประโยชน์ส่วนรวม”

และเมื่อพิจารณาประกอบกับ แผนปฏิรูปประเทศ พบว่าแผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร มีความเชื่อมโยง ดังนี้

1. ด้านการบริหารราชการ เน้นการเชื่อมโยงข้อมูล จัดระบบบริหารและบริการให้เป็นดิจิทัล จัดระบบบุคลากร ให้มีมาตรฐานกลาง มีคุณธรรมและจริยธรรม และสร้างวัฒนธรรมต่อต้านการทุจริต
2. ด้านเศรษฐกิจ สนับสนุนให้เกิดผลิตภาพและความสามารถในการแข่งขันของภาคีเครือข่าย ที่มุ่งเน้นการใช้ระบบมาตรฐานและนวัตกรรมในการพัฒนาเศรษฐกิจ อันเป็นการลดความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ
3. ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สนับสนุนให้เกิดความตระหนัก การรักษา พื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นรากฐานในการพัฒนาประเทศ สร้างความสมดุลระหว่างการอนุรักษ์และการใช้ประโยชน์ ทั้งทรัพยากรทางบก (ป่าไม้และสัตว์ป่า ดิน แร่) ทางน้ำ ทางทะเลและชายฝั่ง ความหลากหลายทางชีวภาพ และสิ่งแวดล้อม
4. ด้านสื่อสารมวลชน เทคโนโลยี สนับสนุนการใช้พื้นที่ดิจิทัลเพื่อการสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร อย่างมีจรรยาบรรณ การรับรู้ของประชาชน และ ในการให้ความรู้แก่ประชาชน ปลุกฝังวัฒนธรรมของชาติ และปลุกฝังทัศนคติที่ดี
5. ด้านสังคม สนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายมีความตระหนักในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่การมีสุขภาพที่ดี มีจิตสาธารณะเพิ่มขึ้น เป็นสังคมแห่งโอกาสและไม่แบ่งแยก และมีความเข้มแข็งสามารถบริหารจัดการองค์กรได้ด้วยตนเอง

### ทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี ของแผนสร้างเสริมสุขภาพองค์กร

แผนสร้างเสริมสุขภาพองค์กร มีวิสัยทัศน์ “องค์กรมีวิถีชีวิต สังคมและสิ่งแวดล้อม ที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาพที่ดี” โดยมีเป้าหมายยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานคือ การส่งเสริมและพัฒนาให้องค์กรเครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็งรองรับการส่งเสริมสุขภาพเชิงประเด็นของ สสส. ได้แก่ การรณรงค์เรื่องยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สิ่งเสพติด ส่งเสริมเรื่องการมีโภชนาการที่ดี กิจกรรมทางกาย อุบัติเหตุบนท้องถนน ปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น โดยใช้แนวคิดองค์กรสุขภาพ (Happy Workplace) และความสุขพื้นฐานแปดประการ (Happy 8) เป็นแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร มุ่งเน้นการสานเสริมพลังภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และชุมชน ครอบคลุมบุคลากรในระบบนิเวศขององค์กร โดยสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรม งานวิชาการและความรู้ พัฒนาศักยภาพของบุคคล องค์กร และชุมชน พัฒนาและสนับสนุนให้มียุทธศาสตร์หรือมาตรการด้านการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร พัฒนาระบบข้อมูลและการจัดการความรู้ การกำกับติดตามและประเมินผล การสื่อสารรณรงค์และชี้แนะสังคมเพื่อสร้างความเข้าใจและบรรลุเป้าหมายร่วมกัน โดยมีเป้าหมายใน ระยะ 10 ปี เพื่อให้คนวัยทำงานมีคุณภาพชีวิตที่ดี

## การดำเนินงานที่ผ่านมา

แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะองค์กรอย่างต่อเนื่องมากกว่า 10 ปี จนถึงปัจจุบันสามารถแบ่งระดับการพัฒนา (maturity level) ของแผนงานได้ ดังนี้

**ระยะที่ 1 ปี พ.ศ. 2553-2554** เป็นช่วงการสร้างความรู้สร้างเครื่องมือ และสร้างพื้นที่ต้นแบบ ในช่วงนี้เกิดการนำแนวความคิดความสุข 8 มิติ (Happy 8) ใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรสุขภาวะ และเกิดเครื่องมือวัดความสุขระดับบุคคล (Happinometer) นอกจากนี้เกิดพื้นที่ต้นแบบองค์กรสุขภาวะที่มีขนาดและประเภทอุตสาหกรรมที่หลากหลาย เช่น บริษัท เวสเทิร์น ดิจิตอล (ประเทศไทย) จำกัด และบริษัท เจ.เอช.อุตสาหกรรม จำกัด

**ระยะที่ 2 ปี พ.ศ. 2555-2557** เป็นช่วงการขยายพื้นที่ สร้างเครือข่าย ผ่านกลุ่มอุตสาหกรรมหลักที่มีผลกระทบต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ และมีจำนวนบุคลากรมาก เช่น กลุ่มอุตสาหกรรมเหล็กและโลหะ กลุ่มอุตสาหกรรมสิ่งทอเครื่องนุ่งห่ม กลุ่มอุตสาหกรรมเครื่องเรือน กลุ่มอุตสาหกรรมไฟฟ้า อิเล็กทรอนิกส์และโทรคมนาคม รวมถึงกลุ่มกลุ่มวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม

**ระยะที่ 3 ปี พ.ศ. 2558-2564** เป็นช่วงการผลักดันแนวคิดการส่งเสริมสุขภาวะองค์กร (Happy Workplace) เข้าสู่ระบบกลไกปกติของประเทศ เพื่อความยั่งยืนและต่อเนื่องในการดำเนินงาน ผ่านหน่วยงานยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ได้แก่ กระทรวงแรงงาน โดยกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม โดยกรมส่งเสริมอุตสาหกรรม และกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงภาคีเครือข่ายภาคเอกชนที่สำคัญ ได้แก่ สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย สภาหอการค้าไทย ฯลฯ

**ระยะที่ 4 ปี พ.ศ. 2565-2570** เป็นการเน้นสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะที่ใช้องค์กรเป็นฐานในการพัฒนา และรองรับการส่งเสริมสุขภาวะเชิงประเด็นของ สสส. ซึ่งได้แก่ การรณรงค์เรื่องยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สิ่งเสพติด ส่งเสริมเรื่องการเมืองการมีโภชนาการที่ดี กิจกรรมทางกาย อุบัติเหตุบนท้องถนน ปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น ให้เป็นองค์กรสุขภาวะอย่างยั่งยืน โดยการสนับสนุนให้องค์กรภาคีเครือข่ายมีความเข้มแข็งควบคู่ไปกับการสนับสนุนให้เกิดการสร้างองค์ความรู้ ขยายพื้นที่สร้างเครือข่าย ผลักดันเข้าสู่ระบบเพื่อสร้างความยั่งยืนในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และเน้นการสนับสนุนเครือข่ายองค์กรสุขภาวะให้มีความเข้มแข็งเพื่อสร้างรูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะองค์กร และให้ความสำคัญกับการพัฒนางาน พัฒนาระบบฐานข้อมูลองค์กรเครือข่ายเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน รวมถึงการออกแบบกลไกการบริหารจัดการภาคีเครือข่ายองค์กรสุขภาวะ โดยมีจุดจัดการที่เป็นระบบมากขึ้น ในรูปแบบของศูนย์สนับสนุนวิชาการด้านสุขภาวะองค์กร และศูนย์สนับสนุนงานองค์กรสุขภาวะในระดับพื้นที่

## วิเคราะห์สถานการณ์เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

สถานการณ์ทั้งภายในและภายนอกประเทศ มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง อีกทั้งวิกฤตโรคระบาดโควิด-19 ส่งผลกระทบอย่างมากต่อการดำเนินชีวิต และในการทำงาน ในส่วนของภาคเอกชน บางธุรกิจได้รับผลกระทบ เกิดสภาวะการว่างงาน ยอดการผลิตและส่งออกลดลง การลงทุนธุรกิจชะลอตัวหรือบางธุรกิจต้องปิดตัวลง เนื่องจากมีการชะลอการซื้อ ส่วนองค์กรภาครัฐในภาพรวมอาจเห็นว่าได้รับผลกระทบน้อย เนื่องจากมีรายได้ค่อนข้าง

มั่นคง มีอำนาจซื้อในระดับปานกลาง แต่หากพิจารณาภาพรวมพบว่าบุคลากรภาครัฐทุกประเภทยังคงต้องทำงานเพื่อช่วยเหลือประชาชนในการรับมือกับวิกฤตของประเทศ ในบางกลุ่มกลับต้องมีภาระที่หนักขึ้นกว่าเหตุการณ์ปกติเสียด้วยซ้ำ เนื่องจากภาครัฐต้องขับเคลื่อนงานตามนโยบายของรัฐบาลเพื่อการพัฒนาประเทศ ในส่วนภาคสังคมมีข้อจำกัดในเรื่องการปฏิสัมพันธ์ การห้ามชุมนุม การลดการมีกิจกรรมร่วมกัน การรับประทานอาหารร่วมกัน ทำให้มีการหันมาใช้สื่อโซเชียลมากขึ้น ทั้งการทำงานที่บ้าน การใช้แอปพลิเคชันในการทำธุรกรรมทางการเงินมากขึ้น รวมทั้งการติดต่อสื่อสารกับเครือข่าย การจัดประชุมก็นิยมใช้สื่อมากขึ้น จึงทำให้หลายคนต้องมีการเรียนรู้การใช้สื่อโซเชียล รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรดูแลตัวเองและบุคคลในครอบครัวให้มีการป้องกันโรคโควิด-19 ระมัดระวังให้มีความปลอดภัย สำหรับเรื่องสิ่งแวดล้อม ผลของการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมาทั้งภาครัฐและเอกชนให้ความสำคัญเรื่องสิ่งแวดล้อมมากขึ้น มีการจัดระเบียบ ทำความสะอาดสถานที่ที่เป็นสาธารณะ มีการออกมาตรการป้องกันกันแพร่ระบาดของเชื้อโรค ทำให้เกิดผลดีแก่ส่วนรวม ทั้งที่ทำงานและที่บ้าน ให้ความสำคัญกับความตระหนักรู้เพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นในระยะยาว เพื่อปรับตัวให้เข้าสถานการณ์เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน

จากการสำรวจสถานการณ์ด้านแรงงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในไตรมาสที่ 4 พ.ศ. 2564 พบว่า ปัจจุบันมีผู้ที่อยู่ในกำลังแรงงาน จำนวน 38.63 ล้านคนในจำนวนนี้เป็นผู้มีงานทำ 37.90 ล้านคน ผู้ว่างงาน 0.63 ล้านคน คิดเป็นอัตราการว่างงานร้อยละ 1.6 ผู้รอดูกาล 0.1 ล้านคน ส่วนผู้ที่ยอยู่นอกกำลังแรงงาน 18.55 ล้านคน ส่วนใหญ่เป็นเด็ก คนชรา ผู้ป่วย ผู้พิการ และรองลงไปเป็นผู้ที่ทำงานบ้าน (ดูแลบ้านตนเอง) และเรียนหนังสือ ตามลำดับ

ข้อมูลจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 วิเคราะห์สังคมไทยกำลังมุ่งหน้าสู่การเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” ภายในปี 2577 มีสัดส่วนของประชากรสูงวัยสูงถึงร้อยละ 28.1 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งการที่ประเทศไทยมีโครงสร้างประชากรเป็นสังคมสูงวัย และมีสัดส่วนวัยแรงงานลดลงนั้น จะทำให้อัตราส่วนพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อวัยแรงงานและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ภาครัฐจำเป็นต้องพิจารณาการพัฒนานคนทุกช่วงวัยให้เต็มตามศักยภาพ นอกจากนี้ กำลังแรงงานที่ลดลงอาจส่งผลให้เกิดการพึ่งพิงแรงงานข้ามชาติมากขึ้น จนนำไปสู่การขยายตัวของภาคบริการเคลื่อนย้ายแรงงานทั้งภายในและระหว่างประเทศ ซึ่งจะทำให้รูปแบบของสังคมไทยปรับเปลี่ยนไปสู่การเป็นสังคมพหุวัฒนธรรมในที่สุด นอกจากนี้ รูปแบบของงานในอนาคตมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญ เน้นความยืดหยุ่นและความสมดุลระหว่างการทำงานและการใช้ชีวิต การจ้างงานในระยะต่อไปมีรูปแบบที่หลากหลาย โดยมีแนวโน้มว่าจะมีการจ้างงานที่มีใช้รูปแบบมาตรฐานเพิ่มมากขึ้น อาทิ การจ้างงานชั่วคราว การจ้างงานบางช่วงเวลา การจ้างงานตามความต้องการ และงานอิสระ ควบคู่ไปกับรูปแบบใหม่ในการทำงาน อาทิ การทำงานทางไกล การทำงานจากบ้านหรือจากที่อื่น ๆ ผ่านระบบออนไลน์ โดยอยู่ภายใต้ชั่วโมงการทำงานที่ยืดหยุ่นพฤติกรรมกรดำเนินชีวิตใหม่ ๆ นำไปสู่การขยายโอกาสการมีส่วนร่วม ในกำลังแรงงานและเป็นแหล่งรายได้เสริม อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อาจส่งผลให้เกิดการขยายตัวของแรงงานนอกระบบซึ่งขาดความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์ที่เหมาะสม รวมถึงแรงงานอาจเผชิญความเสี่ยงจากความมั่นคงในการจ้างงานที่ลดลง นอกจากนี้ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจะส่งผลกระทบต่อแรงงานบางประเภทเลือนหายไป และเกิดงานประเภทใหม่ขึ้นมาทดแทน โดยระบบอัตโนมัติและหุ่นยนต์มีแนวโน้มจะเข้ามาทดแทนงานที่ใช้เวลาดำเนินการหรือเป็นแบบแผน ส่งผลให้เกิดความต้องการแรงงานที่มีทักษะ ความสามารถเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีมากขึ้น อาทิ วิศวกรหุ่นยนต์ หรือผู้เชี่ยวชาญปัญญาประดิษฐ์ และการเข้าสู่สังคมสูงวัยยังมีแนวโน้มทำให้งานในอุตสาหกรรม



การแพทย์และสุขภาพมีจำนวนเพิ่มขึ้น ตลอดจนกระแสความใส่ใจด้านสิ่งแวดล้อมจะส่งผลให้งานสีเขียวทวีความสำคัญ ในตลาดแรงงานมากยิ่งขึ้น นำไปสู่การเกิดขึ้นของงานในอาชีพใหม่ ๆ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงข้างต้น นำไปสู่ความต้องการ ทักษะของแรงงาน ในลักษณะใหม่ ๆ โดยนอกเหนือจากทักษะทางปัญญาหรือทักษะเชิงเทคนิค ยังเป็นที่คาดการณ์ กันว่าทักษะทางพฤติกรรมหรือทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ความคิดสร้างสรรค์ การสื่อสาร หรือการทำงานเป็นทีม จะเป็นที่ต้องการและเป็นงานสำหรับอนาคต เนื่องจากเป็นทักษะเฉพาะที่เทคโนโลยีสมัยใหม่ยังไม่สามารถทดแทน แรงงานมนุษย์ได้

### สถานการณ์คุณภาพชีวิตของกลุ่มข้าราชการพลเรือน

จากรายงานข้อมูลกำลังคนภาครัฐในฝ่ายพลเรือนของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ปี 2563 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนประชากร 66.19 ล้านคน ในจำนวนนี้ประกอบด้วยประชากรที่เป็นกำลังแรงงาน (อายุ 15 ปี ขึ้นไป) จำนวน 39 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 59 ของจำนวนประชากร โดยกำลังแรงงานนี้เป็นกำลังคนภาครัฐ ในฝ่ายพลเรือน 2.12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5 ของกำลังแรงงานในประเทศ หรือคิดเป็นกำลังคนภาครัฐในฝ่าย พลเรือน 1 คน ต่อประชากร 31 คน ซึ่งกำลังแรงงานเหล่านี้อยู่ภายใต้การกำหนดการนโยบายและยุทธศาสตร์ การบริหารทรัพยากรบุคคลภาครัฐ โดยสำนักงาน ก.พ. ซึ่งปัจจุบันมียุทธศาสตร์ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560–2579) มีวิสัยทัศน์ให้ ปฏิรูปการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล พัฒนาคุณภาพ คุณธรรม ของข้าราชการและบุคลากร ภาครัฐ เพื่อสร้างให้เกิดความเชื่อมั่น ความไว้วางใจ และแรงสนับสนุนในการปฏิบัติงานราชการเพื่อประเทศชาติและ ประชาชนทุกฝ่าย (To restore trust in Thai public servants) โดยพันธกิจข้อที่ 3 กำหนดให้พัฒนาข้าราชการ และบุคลากรภาครัฐให้ปฏิบัติหน้าที่ราชการอย่างมีคุณธรรม มีความเป็นมืออาชีพ ควบคู่กับการสร้างสมดุลของคุณภาพ งานและคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมกับความจำเป็น ความต้องการและความคาดหวังของผู้ปฏิบัติงานทุกฝ่ายทุกระดับ (improving quality of work & life of Thai public servants)

“การสร้างสมดุลของคุณภาพงานและคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมกับความจำเป็น” ของกำลังคนภาครัฐเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการบริหารทรัพยากรบุคคลภาครัฐอย่างยิ่ง แต่ด้วยสถานการณ์กำลังคนภาครัฐช่วงระยะเวลา 10 ปี ที่ผ่านมานั้น ในภาพรวม กำลังคนภาครัฐฝ่ายพลเรือนมีแนวโน้มลดลงเพียงเล็กน้อย โดยประเภทกำลังคนภาครัฐที่มี แนวโน้มลดลงมากที่สุด คือ ลูกจ้างประจำ ส่วนกำลังคนภาครัฐที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้แก่ พนักงานจ้าง ซึ่งเป็นไปตาม การดำเนินการตามมาตรการบริหารจัดการกำลังคนภาครัฐ ปี พ.ศ. 2562–2565 ตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 19 มีนาคม 2562 ที่กำหนดให้ส่วนราชการ ดำเนินการทดแทนอัตราว่างจากผลการเกษียณอายุ ด้วยการจ้างงานรูปแบบ อื่น เช่น พนักงานราชการ เป็นต้น เพื่อให้สอดคล้องและเป็นไปตามเป้าหมายของแผนการปฏิรูปประเทศด้านการ บริหารราชการแผ่นดิน จึงเป็นความท้าทายของหน่วยงานภาครัฐในการบริหารทรัพยากรบุคคลด้านการบริหารจัดการ กำลังคนให้สอดคล้องและเป็นไปตามเป้าหมายของแผนการปฏิรูปประเทศในการที่จะทำให้นโยบายกำลังคนภาครัฐ ลดลง เพื่อชะลอ/ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านบุคคลในระยะยาว ภายใต้สถานการณ์โลกที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ในอนาคตขนาดขององค์กรภาครัฐสมัยใหม่ (new organizational themes) จึงมุ่งให้มีการ 1) ปรับลดขนาด ด้วยการลดจำนวนบุคลากร 2) โครงสร้างองค์กรลดลำดับของการบังคับบัญชาแนวราบ 3) ว่องไวโดยสามารถ ปรับกลยุทธ์ให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง 4) ตอบสนองความต้องการผู้รับบริการยุคใหม่ และ มีนวัตกรรม (innovative) โดยสามารถการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการ

จากการสำรวจพฤติกรรมการทำงาน lifestyle ของประชากรวัยแรงงาน โดยเฉพาะบุคลากรภาครัฐ พบว่า มีแนวโน้มป่วยด้วยโรค office syndrome กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs ในสัดส่วนที่มากขึ้น เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิต เป็นต้น และบางส่วนยังมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการบริโภคเหล้า สูบบุหรี่ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ขาดการออกกำลังกาย ขาดการพักผ่อน มีความเหนื่อยล้าจากภาระงาน รวมถึงขาดการจัดการความเครียด ความวิตกกังวลในการทำงานและการดำรงชีวิต

จากบริบทดังกล่าว ประสิทธิภาพของระบบราชการไทยจึงขึ้นอยู่กับ การเตรียมบุคลากรภาครัฐให้มีความพร้อมที่จะทำงานราชการได้ดีภายใต้สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงอย่างมีพลวัต พัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานมากยิ่งขึ้น โดยให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาวะและวัฒนธรรมองค์กรที่สร้างความสุขในชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของ สสส. โดยมีกลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะองค์กรภาคสาธารณะ สำนักสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร เป็นจุดขับเคลื่อนสำคัญในการเสริมสุขภาวะในองค์กรภาครัฐ ภายใต้กรอบแนวคิด องค์กรสุขภาวะ (Happy Workplace) ความสุข 8 มิติ (Happy 8) ซึ่งมีภารกิจหลักคือ “สนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของคนทำงานในองค์กร การดำเนินงานสนับสนุนสุขภาวะเชิงรุกจึงเป็นพื้นฐานที่ดีให้เกิดความยั่งยืนในการจัดการปัญหาท้าทายทางสุขภาวะ บุคลากรภาครัฐ สอดคล้องเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ขององค์กรสหประชาชาติ เป้าหมายที่ 3 ประเด็น สุขภาพและสุขภาวะที่ดี (Good health and Well-being) ทั้งนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ในด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารภาครัฐ สนับสนุนการปรับเปลี่ยนระบบ ภาครัฐ ยึดหลัก “ภาครัฐของประชาชน เพื่อประชาชนและประโยชน์ส่วนรวม” โดยมีแนวโน้มว่าการจัดทำนโยบาย ภาครัฐนับจากนี้จะเป็นนโยบายเชิงป้องกันปัญหาล่วงหน้า (anticipatory policy making) เป็นนวัตกรรมนโยบาย ที่ใช้ข้อมูลสารสนเทศจำนวนมาก (big data) ความรู้ในการพยากรณ์และวางภาพในอนาคต (scenario) และสอดคล้อง กับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ซึ่งมีกรอบแนวคิดและหลักการวางแผนที่สำคัญ คือ การน้อมนำ และประยุกต์ใช้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง มุ่งเน้นให้ “คน” ซึ่งเป็นทรัพยากรมนุษย์ เป็นศูนย์กลางของ การพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดการสนับสนุนและส่งเสริมแนวคิดการปฏิรูปประเทศ และการพัฒนาสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

การดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะองค์กรภาครัฐ 10 ปีที่ผ่านมา มีการสนับสนุนให้ขับเคลื่อนโครงการเพื่อเสริมสร้าง สุขภาวะองค์กรภาครัฐ สามารถผลักดันให้เกิดเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิตองค์กรภาครัฐ 77 องค์กร ที่มาจาก หน่วยงานราชการ รัฐวิสาหกิจ องค์กรการมหาชน และหน่วยงานอิสระ ฯลฯ มีจำนวนนักสร้างสุของค์กรองค์กรภาครัฐ (นสอ.) มากกว่า 2,000 คน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงสุขภาวะทั้งในเชิงปัจเจกและ การอยู่ร่วมกับคนอื่นในองค์กร

สถานการณ์องค์กรภาครัฐในปัจจุบัน มีความท้าทายประการสำคัญจากการที่สำนักงาน ก.พ. ได้กำหนดหลักเกณฑ์ ในการประเมินผู้บริหารของหน่วยงานภาครัฐ โดยให้พิจารณานำดัชนีชี้วัดสุขภาพองค์กร นำมาใช้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 นับเป็นจุดเริ่มต้นที่ควรหนุนเสริมช่วยแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งนอกเหนือไปจาก พ.ร.บ.ข้าราชการพลเรือนสามัญ พ.ศ. 2551 มาตรา 34 และมาตรา 72 ที่ทำให้สำนักงาน ก.พ. มีนโยบายตาม ระเบียบ สำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. 2547 ด้านสวัสดิการ และสำนักงาน ก.พ.ร. กำหนดการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ ภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award: PMQA) เรื่องการสร้างความสุข อย่างไรก็ตาม แม้ว่า

หน่วยงานราชการบางหน่วยงานจะมีนโยบายและวิธีปฏิบัติเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร หากแต่โครงสร้างระบบบริหารกำลังคนภาครัฐที่ยังประสบปัญหาหลายประการ กอปรกับหลักเกณฑ์ในการบริหารกำลังคนและกฎระเบียบ ข้อบังคับในการบริหารกำลังคนภาครัฐยังไม่ยืดหยุ่น จึงอาจไม่ตอบสนองเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตบุคลากรภาครัฐได้อย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ แนวปฏิบัติและองค์ความรู้ในการเชื่อมโยงนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคลากรภาครัฐสู่การปฏิบัติอย่างยั่งยืน ยังต้องประกอบด้วยความเท่าทันการเปลี่ยนแปลงของระบบราชการและบริบทโดยรอบ จึงควรมีการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานยุทธศาสตร์ระดับชาติที่กำหนดนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตบุคลากรภาครัฐ เช่น สำนักงาน ก.พ.ร. สำนักงาน ก.พ. กระทรวงการคลัง สำนักงานรัฐมนตรี เป็นต้น ภาควิทยาศาสตร์อื่น ๆ เช่น สถาบันบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี เป็นต้น รวมทั้งทุกภาคส่วนราชการ โดยนำหลักการองค์การสุขภาวะมาเป็นกรอบดำเนินการผลักดัน รวมถึงการสร้างองค์ความรู้เพื่อให้เกิดการจัดการสุขภาวะบุคลากรอย่างเป็นระบบควรมีส่วนงานรับผิดชอบเป็นกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน

### สถานการณ์คุณภาพชีวิต กลุ่มบุคลากร นิสิต นักศึกษาในมหาวิทยาลัย

จากข้อมูล รายงานผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563<sup>54</sup> โดยทำการสำรวจทั้งในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะโรคที่สามารถตรวจวัดพื้นฐาน ครอบคลุม ทั้งในวัยทำงาน และผู้สูงอายุ พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งที่ 5 ในปี 2557 พบว่าความชุกของภาวะอ้วน (BMI≥25 kg/m<sup>2</sup>) มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในผู้หญิง ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 41.8 เป็นร้อยละ 46.4 ส่วนในผู้ชายเพิ่มจากร้อยละ 32.9 เป็น ร้อยละ 37.8 ขณะที่ภาวะอ้วนลงพุงมีความชุกเพิ่มขึ้นเฉพาะในเพศชาย โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.0 เป็นร้อยละ 27.7 ส่วนในผู้หญิงค่อนข้างคงเดิม สำหรับความชุกของเบาหวาน ในคนอายุ 15 ปีขึ้นไป สูงกว่าความชุกจากการสำรวจครั้งที่ 5 จากร้อยละ 8.9 เป็นร้อยละ 9.5 สัดส่วนของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยลดลง จาก ร้อยละ 43.1 เป็นร้อยละ 30.6 นอกจากนี้ จากการสำรวจยังพบว่าร้อยละ 30.6 ของผู้ที่เป็นเบาหวาน ไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานมาก่อน ส่วนผู้ที่เป็นเบาหวานมีร้อยละ 13.9 ไม่ได้รับการรักษา และในส่วนของ การรักษาและสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ (FPG<130 มก./ดล.) เพิ่มจากร้อยละ 23.5 เป็นร้อยละ 26.3 ในส่วนของความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในคนอายุ 15 ปีขึ้นไป ก็เพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.7 เป็นร้อยละ 25.4 หากจำแนกตามเพศทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความชุกเพิ่มขึ้นทั้งคู่ โดยเพศชายเพิ่มจากร้อยละ 25.6 เป็นร้อยละ 26.7 เพศหญิงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.9 เป็นร้อยละ 24.2

จากข้อมูลการสำรวจภาคีเครือข่ายมหาวิทยาลัยแห่งความสุข พ.ศ. 2564 – 2565<sup>55</sup> ด้วยเครื่องมือวัดความสุขระดับบุคคล (Happinometer) โดยทำการสำรวจทั้งในกลุ่มบุคลากร และนิสิต นักศึกษาในเครือข่าย พบว่า ในกลุ่มบุคลากรในมหาวิทยาลัยภาคีเครือข่ายมหาวิทยาลัยแห่งความสุข ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขโดยรวมอยู่ในระดับมีความสุข โดยมีมิติจิตวิญญาณดี (Happy Soul) เป็นมิติที่มีคะแนนสูงที่สุด ค่าเฉลี่ยคะแนนองค์การสุขภาวะจัดอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณามิติการเงินดี (Happy Money) พบว่ากลับเป็นมิติที่มีค่าคะแนนต่ำที่สุด จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการปรับทัศนคติ พัฒนาทักษะชีวิต แสวงหาความช่วยเหลือจากผู้บริหารองค์กร ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อน หรือชุมชน เพื่อให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาหรือบรรเทาปัญหาได้

54 วิชัย เอกพลากร และคณะ. (2564). “รายงานผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563”.

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

55 สิรินันท์ กิตติสุขสถิต และคณะ. (2564). “การสำรวจภาคีเครือข่ายมหาวิทยาลัยแห่งความสุข พ.ศ. 2564 – 2565”. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

ในส่วนข้อมูลการสำรวจความสุขกลุ่มนักศึกษา พบว่า มิติครอบครัวดี (Happy Family) เป็นมิติที่มีคะแนนสูงสุด และ มิติการเงินดี (Happy Money) ที่ได้คะแนนต่ำสุด แต่เมื่อพิจารณาถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพและสังคม พบว่า มีแนวโน้มที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้ในหลายประเด็น ซึ่งประกอบไปด้วย ประการแรก คือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเหล้าเป็นเป็นจำนวนมากถึงร้อยละ 64.9 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์การสำรวจของ สำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2560 ประการที่สอง คือ พฤติกรรมการกลั่นแกล้งในมหาวิทยาลัยโดยจะพบว่านิสิต นักศึกษาที่ถูกกลั่นแกล้งที่พบเจอบ่อยครั้ง คือ การกลั่นแกล้งทางสังคม และการกลั่นแกล้งทางวาจา จนทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านการเรียน และทางจิตใจเกิดขึ้น<sup>56</sup> ประการที่สาม คือ พฤติกรรมทางเพศนั้น พบว่า การเข้าบ้าน อยู่หอพักเองตามลำพังหรือเข้าบ้านร่วมกับเพื่อนจะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูง และการมีสื่อที่คอยกระตุ้นความรู้สึก ทางเพศและการได้รับการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย จนทำให้เกิดแนวโน้มมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ดีเกิดขึ้นในหมู่นิสิตนักศึกษา<sup>57</sup> และอาจจะกล่าวได้ว่าพฤติกรรมความเสี่ยงทางเพศจะส่งผลต่อการตั้งครภไม่พร้อมเนื่องจากปัจจัย ทั้งทางด้านสิ่งแวดล้อม สื่อ และวัฒนธรรมที่สามารถส่งผลทำให้เกิดเหตุการณ์เสี่ยงจนทำให้เกิดการตั้งครภที่ไม่พร้อม ในหมู่ของวัยรุ่นขึ้นได้<sup>58</sup> และยังมีปัญหาต่อการเข้าเสพติดเพราะเมื่อนิสิตนักศึกษา อยู่หอพักตามลำพังหรือเข้าบ้าน ร่วมกับเพื่อนจึงอาจจะมีความคิดการอยากลองหรือถูกเพื่อนชักชวนได้ง่าย<sup>59</sup> ประการที่สี่ คือ พฤติกรรม การออกกำลังกายนั้นพบว่านิสิตนักศึกษาในปัจจุบันยังไม่ค่อยให้ความสำคัญในเรื่องออกกำลังกายเท่าที่ควร<sup>60</sup> และประการ ที่ห้า คือ สุขภาพจิตในระดับมหาวิทยาลัยนั้นพบว่านักศึกษาที่เรียนชั้นปีสูง ยังมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้ามาก ยิ่งขึ้น และมีมากกว่าร้อยละ 6.4 ที่ฆ่าตัวตายที่เกี่ยวกับการเรียนหนังสือ และสาเหตุการฆ่าตัวตายมาจากปัญหา การทะเลาะกับคนใกล้ชิด รวมถึงปัญหาจากการเรียนหนังสือ เช่น การสอบได้คะแนนไม่ตรงตามความคาดหวัง คือตัวแปรที่ทำให้เด็กอาจเกิดการเสียชีวิต เด็กที่สอบได้คะแนนดีมาตลอดแต่เมื่อได้คะแนนลดลงอาจเกิดอาการ ไม่คาดคิดจนเกิดเป็นความเศร้า ขณะเดียวกันเด็กที่สอบได้คะแนนไม่ดีมาตลอดก็เห็นคุณค่าตัวเองน้อยอีกด้วย<sup>61</sup>

### สถานการณ์คุณภาพชีวิตของกลุ่มข้าราชการตำรวจ และข้าราชการทหาร

จากข้อมูลในการดำเนินการวิจัยที่ผ่านมา พบว่าสถานการณ์คุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ เมื่อวิเคราะห์ตาม ความสุขระดับบุคคลทั้ง 8 มิติ (Happy 8) อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่า คุณภาพชีวิตของบุคลากร กลุ่มข้าราชการตำรวจในแต่ละด้านยังมีประเด็นที่ต้องแก้ไข และส่งเสริมคุณภาพชีวิตใน 3 มิติ คือ

1. มิติด้านสุขภาพ (Happy Body) ข้าราชการตำรวจโดยส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจกับสุขภาพกายในระดับ ปานกลาง และเมื่อมีการเก็บข้อมูลโดยการศึกษาปัญหาด้านการสร้างเสริมสุขภาพของตำรวจแล้ว ยังพบว่าการติดตามในเรื่องของการดูแลสุขภาพของตำรวจ ยังไม่มีความต่อเนื่อง และไม่ได้ช่วยส่งเสริมในการรักษา พยาบาลของตำรวจที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในพื้นที่ต่างจังหวัดทั่วประเทศ เมื่อพิจารณาถึงข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ จากการประเมินผ่านแอปพลิเคชัน “Thai Police Health” พบว่า ข้าราชการตำรวจส่วนใหญ่มีความรู้

56 ภัทรจรัส บำรุงพงษ์ และอุนิษา เลิศโตมรสกุล. (2562). “การกลั่นแกล้งในมหาวิทยาลัย: กรณีศึกษานิสิตที่มีความต้องการพิเศษ”. วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย ปีที่ 15 ฉบับที่ 2, หน้า 49 – 63.

57 สมบุญ ศิลปรุ่งธรรม และมยุรี ถนอมสุข. (2555). “พฤติกรรมทางเพศของนิสิตปริญญาตรี สาขาพลศึกษาและสุขศึกษา ชั้นปีที่ 1-3 ปีการศึกษา 2553”. นครปฐม: คณะศึกษาศาสตร์และพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน.

58 มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2557). “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครภไม่พร้อมประสงค์ของสตรีวัยรุ่น ตามการรับรู้ของนักศึกษาระดับชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์”. วารสารพยาบาลทหารบก ปีที่ 15 ฉบับที่ 1.

59 เจริญ แฉกพิมาย และปณิตดา ศรีธนสาร. (2557). “พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ”. วารสารวิชาการครุศาสตร์อุตสาหกรรม พระจอมเกล้าพระนครเหนือ ปีที่ 5 ฉบับที่ 1.

60 กนิษฐ ใจวัศรี และคณะ. (2560). “วิจัยเรื่อง พฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา”.

61 ณัฐสุดา เตัพันธ์ และคณะ. (2562). “เข้าใจโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น”. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. เข้าถึงได้จาก <https://www.chula.ac.th/cuinside/17693/>

- ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ทั้งเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา
2. มิติด้านผ่อนคลาย (Happy Relax) ข้าราชการตำรวจโดยส่วนใหญ่ มีภาพรวมความเครียดในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่า จากสถิติของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำหรับสถิติสาเหตุตำรวจฆ่าตัวตาย ตั้งแต่ปี 2551-2564 มีตำรวจเสียชีวิต 443 นาย เกิดจากปัญหาสุขภาพ 129 นาย ปัญหาอื่น ๆ 121 นาย ปัญหาครอบครัว 98 นาย ปัญหาส่วนตัว 39 นาย ปัญหาหนี้สิน 38 นาย ปัญหาเรื่องงาน 18 นาย โดยในปี 2564 มีการสรุปสาเหตุการตาย 21 นาย เกิดจากปัญหาสุขภาพ 11 นาย ปัญหาหนี้สิน 5 นาย ปัญหาส่วนตัว 3 นาย ปัญหาเรื่องงาน 1 นาย และปัญหาอื่น ๆ 1 นาย
  3. มิติด้านสุขภาพเงิน (Happy Money) ข้าราชการตำรวจโดยส่วนใหญ่มีค่าตอบแทนที่ได้รับทั้งหมดในแต่ละเดือน กับรายจ่ายทั้งหมดในแต่ละเดือน กล่าวคือ รายได้ใกล้เคียงกับรายจ่าย ดังนั้นเมื่อมีปัญหาที่จำเป็นต้องใช้เงิน จึงทำให้เกิดการกู้ยืมเงินตามมา เนื่องจากข้าราชการตำรวจโดยส่วนใหญ่ไม่มีเงินเก็บ โดยปัจจุบันข้าราชการตำรวจมีหนี้สินคิดเป็นกว่าร้อยละ 90 ของข้าราชการตำรวจทั้งหมด จากข้อมูลสถานภาพกำลังพลข้าราชการตำรวจในภาพรวมเมื่อเดือน กันยายน 2564 มีข้าราชการตำรวจทั้งสิ้น 219,551 คน แยกเป็นชั้นสัญญาบัตร 89,430 คน ชั้นประทวน 130,121 คน เป็นหนี้สินกับสหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจประมาณ 245,535 ราย วงเงินหนี้สินประมาณ 203,217 ล้านบาท ส่วนข้อมูลหนี้สินกับสถาบันการเงิน ได้แก่ ธนาคารอาคารสงเคราะห์ มีผู้เป็นหนี้สินประมาณ 37,197 ราย วงเงินหนี้สินจำนวน 28,129 ล้านบาท ธนาคารออมสิน มีผู้เป็นหนี้สินประมาณ 36,102 ราย วงเงินหนี้สินจำนวน 21,140 ล้านบาท ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) มีผู้เป็นหนี้สินประมาณ 58,936 ราย วงเงินหนี้สินจำนวน 20,500 ล้านบาท รวมยอดหนี้สินทั้งหมด ประมาณ 272,986 ล้านบาท

จากข้อมูลกำลังพลกองทัพเรือที่เข้ารับบริการตรวจสุขภาพในห้องตรวจสุขภาพของหน่วยแพทย์กองทัพเรือ พบว่ากำลังพลที่เข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี งบประมาณ 64 มีจำนวนทั้งสิ้น 18,858 ราย เมื่อพิจารณาจากการพบปัจจัยเสี่ยงขั้นต้น พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่พบสูงสุดคือค่าดัชนีมวลกาย (BMI) พบเป็นจำนวน 6,528 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.62 รองลงมาคือ เส้นรอบเอว พบเป็นจำนวน 5,902 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.30 พบน้อยที่สุดคือ ไขมันในเลือด Triglyceride (TG) พบเป็นจำนวน 1,000 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.30 เมื่อพิจารณาถึงพฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ พบว่ากำลังพลกองทัพเรือที่เข้ารับบริการตรวจสุขภาพ มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ร้อยละ 16.03 พฤติกรรมการดื่มสุรารั้งการดื่มสุราเป็นประจำและเป็นครั้งคราว รวมกัน ร้อยละ 47.19 พฤติกรรมการรับประทานอาหารประเภท อาหารหวาน เค็ม มัน ทอด ปิ้งย่าง ร้อยละ 35.44 และ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้ง ต่อ สัปดาห์ ร้อยละ 18.73 และไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 2.79

### สถานการณ์คุณภาพชีวิตของกลุ่มองค์กรพระพุทธศาสนา

จากข้อมูลสถิติจำนวนพระภิกษุและสามเณร พบว่า ปัจจุบันวัดในประเทศไทยมีจำนวน 41,654 วัด มีพระสงฆ์ จำนวน 215,871 รูป และมีสามเณร จำนวน 36,980 รูป<sup>62</sup> จากจำนวนประชากรประเทศไทย 66,558,935 คน และเป็นพุทธศาสนิกชนจำนวน 65,855,352 คน ซึ่งร้อยละ 32.45 ของพระสงฆ์ เป็นพระสงฆ์ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

62 สำนักงานเลขาธิการกรม สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. (2563). "ข้อมูลพื้นฐานทางพระพุทธศาสนาประจำปี 2561-2563". นครปฐม: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.



(พระสงฆ์สูงอายุ) ดังนั้นพระสงฆ์ได้เข้าสู่สังคมพระสงฆ์สูงอายุระดับสุดยอด (super-aged society) และมีแนวโน้มเป็นพระสงฆ์สูงอายุมากขึ้น<sup>63</sup> จากธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560 จัดทำขึ้นภายใต้มติมหาเถรสมาคม ครั้งที่ 7/2560 เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2560 มติที่ 191/2560 เรื่องการดำเนินงานพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพที่กำหนดให้ดำเนินการวัดส่งเสริมสุขภาพและธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ เพื่อเป็นกรอบและแนวทางการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ทั่วประเทศตามหลักการของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติและเป้าหมายการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 3 ประเด็น คือ พระสงฆ์กับการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัย ชุมชนและสังคมกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่ถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย และบทบาทของพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาพของชุมชนและสังคม ที่จะนำไปสู่การส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม ตลอดจนการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพโดยก่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างวัดกับชุมชน ทำให้พระแข็งแรง วัดมั่นคง ชุมชนเป็นสุข การดำเนินงานภายใต้ความร่วมมือดังกล่าวของหน่วยงานที่ร่วมลงนามในประกาศเจตนารมณ์ร่วมขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ประกอบด้วย สสส. สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ (พศ.) กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีการดำเนินการและขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรมในหลายองค์กร เกิดเครือข่ายความร่วมมือระหว่างพุทธบริษัท ในการสนับสนุนและดูแลสุขภาพองค์กรรวมพระสงฆ์ในทุกระดับอย่างบูรณาการ รวมทั้งบทบาทพระสงฆ์ในการส่งเสริมสุขภาพชุมชนภายใต้หลักการ “ทางธรรมนำทางโลก” ซึ่งมีผลต่อการขับเคลื่อนธรรมนูญไปสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง ทำให้ประเด็น “สุขภาพพระสงฆ์” ได้รับการกำหนดให้เป็นยุทธศาสตร์สำคัญของประเทศ โดยเน้นการเชื่อมโยงความร่วมมือ และบูรณาการองค์ความรู้ ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพบนพื้นฐานการสร้างประโยชน์สูงสุดต่อคณะสงฆ์ ชุมชนและสังคม ภายใต้ความร่วมมือองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นนโยบายในการขับเคลื่อนเป็นมติมหาเถร มีการจัดทำฐานข้อมูลพระภิกษุและสามเณร เพื่อพระภิกษุและสามเณรจักได้รับบริการสาธารณสุขและสิทธิประโยชน์ที่มีมาตรฐาน โดย พศ. ร่วมกับ สปสช. เชื่อมโยงกับการยกระดับกองทุนสุขภาพพระสงฆ์ในการส่งเสริมบทบาทพระสงฆ์ในการเสริมสร้างสุขภาพองค์กรสงฆ์และชุมชนผ่านกลไกกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น มีแกนนำพระสงฆ์ในวัดภายใต้งานพระคิลานุปัฏฐาก สนับสนุนวัดส่งเสริมสุขภาพที่มีโครงสร้างพื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ และการตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

สสส. ก็เป็นหนึ่งในองค์กรสำคัญที่ได้ร่วมลงนามความร่วมมือในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 และร่วมขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับองค์กรพระพุทธศาสนาในการดำเนินการตามกรอบธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ อันสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) และแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา พ.ศ. 2560-2564

นอกจากการทำงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นพระสงฆ์กับสุขภาพแล้ว สสส. มีการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น พัฒนาสื่อสงฆ์ไทยไกลโรคที่ทำงานควบคู่กับโครงการ 1 วัด 1 รพ.สต. ของกระทรวงสาธารณสุข ในการให้ชุดความรู้เพื่อสื่อสารงานความรู้ด้านโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์เพื่อให้พระสงฆ์มีสุขภาพกายที่ดี มีการบริโภคผักผลไม้ตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) โดยร่วมมือกับคณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในโครงการสงฆ์ไทยไกลโรค

63 โรงพยาบาลสงฆ์. (2562). “รายงานประจำปี 2562 โรงพยาบาลสงฆ์”. โรงพยาบาลสงฆ์.



พร้อมกันนั้น ส่วนงานที่เกี่ยวข้องการพัฒนาวัดในฐานะที่เป็นพื้นที่สาธารณะและสภาพแวดล้อมที่สามารถเอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ หลังจากฝ่ายสาธารณสุขการของมหาเถรสมาคมได้ประกาศให้กิจกรรมวัด ประชา รัฐ สร้างสุขเป็นกิจกรรมโครงการเชิงยุทธศาสตร์ หนึ่งใน 15 โครงการตามที่คณะกรรมการประสานงานแผนยุทธศาสตร์ในการปฏิบัติกิจการพระพุทธศาสนา ได้กำหนดไว้ ก็เกิดความตื่นตัวในการปฏิบัติการเพื่อนำแนวคิดเรื่องการจัดการสภาพแวดล้อมในวัด โดยนำแนวคิดด้านการจัดการองค์การเรื่อง 5 ส. ซึ่งได้แก่ สะสาง สะดวก สะอาด สร้างมาตรฐาน และสร้างวินัย เข้าสู่วัด อย่างเป็นรูปธรรม

ในส่วนของการทำงานตามบทบาทของพระสงฆ์เพื่อการพัฒนาสุขภาพ จากการแพร่ระบาดของโรค โควิด-19 ส่งผลให้ประชาชนดำเนินชีวิตประจำวันด้วยความยากลำบาก ขาดงาน ขาดรายได้ประจำ ส่งผลกระทบทางสุขภาพโดยตรงและส่งผลกระทบต่ออ้อมวงกว้างในหลายระดับทั้งระดับเมืองและในระดับชุมชนท้องถิ่น กระทบต่อสภาพจิตใจ เกิดความเครียด โรคซึมเศร้า อาทิ ปัญหาการตกงานขาดรายได้ ปัญหาปิดกิจการร้านค้า หรือการวิตกกังวลต่อการติดเชื้อจากคนรอบข้าง ตลอดจนการวิตกกังวลจากการเสพยา และการรักษาสภาพจิตใจภายหลังจากการรักษาเมื่อติดเชื้อ เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้ล้วนเป็นผลกระทบต่อประชาชน พระสงฆ์ในวัดในฐานะผู้นำทางความเชื่อและคำสอนทางพระพุทธศาสนา โดยกลไกการทำงานของคณะสงฆ์และการส่งเสริมสนับสนุนขององค์การภาคีเครือข่ายมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนภาครัฐในการช่วยเหลือคณะสงฆ์ด้วยกันเองและช่วยสังคมในพื้นที่ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ศูนย์พักคอยในวัด โรงทาน การสงเคราะห์เฝ้าศพผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด-19 ที่สำคัญพระสงฆ์ที่เป็นแกนนำในพื้นที่ที่ผ่านการพัฒนาให้มีภาวะผู้นำ/แกนนำที่สามารถมีบทบาทในสังคมต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้ และยังสามารถช่วยเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้อย่างเป็นรูปธรรมโดยได้นำแนวคิด/ปรัชญาเชิงพุทธต่าง ๆ ไปสร้างเสริมสุขภาพทางปัญญาและดูแลสังคมไทยหลังจากสถานการณ์โควิดได้

### สถานการณ์ด้านสุขภาพของวัยทำงานภาคเอกชน

กลุ่มวัยทำงานเป็นกลุ่มประชากรที่อยู่ในช่วงวัย 15-60 ปี จากผลการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า โครงสร้างของประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงทำให้ประชากรวัยทำงานที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กลุ่มคนวัยทำงานนับได้ว่าเป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ ถือเป็นกำลังสำคัญในการหารายได้เพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัว และเป็นคนสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กร ทำให้เกิดการพัฒนาประเทศ ดังนั้นการมีสุขภาพที่ดีในวัยทำงานจึงเป็นสิ่งสำคัญ

สุขภาพเป็นพื้นฐานที่สำคัญในคุณภาพชีวิตของพนักงาน การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคมและเทคโนโลยีใน “โลกปัจจุบัน” ส่งผลให้เกิดการแข่งขันทางด้านเศรษฐกิจสูง เราจะเห็นว่าในหนึ่งวันคนทำงานส่วนใหญ่ใช้ชีวิตอยู่กับงานมากกว่า 8-12 ชั่วโมง บางคนใช้เวลาบนถนนในการเดินทางไป-กลับจากการทำงานวันละ 3-4 ชั่วโมง ต้องใช้ชีวิตบนความเร่งรีบ และใช้ชีวิตในสถานที่ทำงานมากกว่าที่บ้าน มีความเหนื่อยล้าจากภาระงานจนทำให้ละเลยการดูแลสุขภาพโดยรวมของตนเอง เช่น เรื่องการพักผ่อนไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีแนวโน้มการสูบบุหรี่และดื่มสุราเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ไม่รับประทานอาหารเช้า ไม่พิถีพิถันในการเลือกทานอาหาร มีความเครียดสูง ขาดทักษะในการจัดการความเครียด ซึ่งความเครียดและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมนี้จะเป็นตัวการสำคัญของการเกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ตามมา

จากรายงานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จากคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ปี 2563 พบว่า แนวโน้มโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมของกลุ่มวัยทำงานมีอัตราการป่วยลดลงอย่างต่อเนื่องและบางโรคมีอัตราการป่วยเป็น 0 ติดต่อกันมาหลายปี นั้นแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพและผลสำเร็จของการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพของประเทศไทย แต่กลับพบอัตราการป่วยอุบัติใหม่ด้วยโรคกลุ่มไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากผลการสำรวจระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (Behavioral Risk Factor Surveillance System: BRFSS) พบว่า กลุ่มวัยทำงานอายุ 18-59 ปี มีดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่าเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้นทุกปี และพบว่าสถานการณ์ภาวะอ้วนลงพุงของประชากรกลุ่มวัยทำงานเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในทุกจังหวัด โดยข้อมูลจากระบบรายงาน HDC พบว่าความชุกของภาวะอ้วนในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ ยังพบอุบัติการณ์โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคมะเร็ง และมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางตา ภาวะไตวายเรื้อรัง โรคเครียดจากการทำงาน ซึ่งโรคดังกล่าวมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี ทำให้แนวโน้มการเข้ารับการรักษาตัวในสถานพยาบาลเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อการทำงานและส่งผลกระทบต่อองค์กร จากสถิติอัตราการรักษาพยาบาลของ สปสช. และสถิติการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับพนักงานในหลาย ๆ องค์กร พบว่า กำลังสูญเสียงบประมาณด้านค่ารักษาพยาบาลจำนวนมากไปกับค่ารักษาจากการเจ็บป่วยในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของพนักงานทำให้เกิดภาวะและสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมาก เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมัน โรคมะเร็ง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองใหญ่ (อัมพฤกษ์อัมพาต) นอกจากนี้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ยังรายงานว่ากลุ่มวัยทำงานอายุ 15- 59 ปี ตายจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อในสัดส่วนที่สูงสุดของกลุ่มอายุอื่น ในประเทศไทย

ผลกระทบจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของวัยทำงานนี้ กำลังเป็นปัญหาสำคัญของการก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคในยุคปัจจุบันที่ไม่ควรละเลย เพราะกลุ่มวัยทำงานเป็นวัยสำคัญในการช่วยขับเคลื่อนสังคมและเศรษฐกิจ จึงต้องหันมาให้ความสำคัญกับปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิด “โรคปัจจุบัน” ใน “โลกปัจจุบัน” ของกลุ่มวัยทำงานอีกปัจจัยหนึ่ง นั่นคือ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ (workers/host) เพราะสุขภาพที่ดีของคนกลุ่มนี้เป็นสิ่งสำคัญ เมื่อพนักงานมีสุขภาพที่ดี จะส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลดีต่อสถานประกอบการและเศรษฐกิจของประเทศตามมาด้วย

ศูนย์วิจัยอนาคตศึกษา ฟิวเจอร์เทลส์ แล็บ (FutureTales Lab by MQDC) ได้วิเคราะห์และคาดการณ์เกี่ยวกับอนาคตของการทำงาน (future of work) ที่จะเป็นปัจจัยสำคัญต่อวิถีการทำงานของคนรุ่นใหม่ โดยจัดเวิร์กช็อปเพื่อเข้าใจข้อมูลเชิงลึก ร่วมกับ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่าปัจจัยสำคัญต่อวิถีการทำงานในอนาคต (future of work) แรงงาน (workforce) พื้นที่ทำงาน (workspace) และ องค์กร (organization) เป็น 3 มิติสำคัญที่จะทำให้การทำงานในอนาคตเปลี่ยนแปลงไปอย่างสิ้นเชิง

- มิติด้านแรงงาน (workforce) ปัจจุบันอยู่ระหว่าง workforce 3.0 แรงงานมีความต้องการเป็นเจ้าของกิจการ และ workforce 4.0 แรงงานที่เลือกทำงานหลากหลายและทำงานได้จากทุกที่ แต่ในอนาคต การพัฒนาเทคโนโลยีในด้านต่าง ๆ จะส่งผลให้คนมีอายุยืนยาวขึ้นหลังจากนี้ แรงงาน วัยทำงานจะเข้าสู่ workforce 5.0 จากการ

ที่ยืดอายุเกษียณออกไปตามความสามารถ การเรียนรู้ตลอดชีวิต ความยืดหยุ่น และความคิดแบบเติบโต (resilience & growth mindset) โดยสิ่งเหล่านี้ถือเป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้คนทำงานปรับตัวได้ทัน ป้องกันการอยู่ในสถานะที่องค์กรไม่สามารถจ้างงานได้ (unemployable)

- มิติด้านพื้นที่ทำงาน (workspace) พื้นที่ทำงานในปัจจุบันมีความคาบเกี่ยวกันระหว่าง ยุคการทำงานที่เป็นห้องสี่เหลี่ยม (cubicle nation) มีการแบ่งสัดส่วนชัดเจน กับยุคพื้นที่ทำงานเปิดโล่ง (co-working space) มีอิสระในการใช้พื้นที่ทำงาน เพื่อส่งเสริมให้เกิดไอเดียใหม่ ๆ จากการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างพนักงาน อีกทั้งการพัฒนาเทคโนโลยีด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะเทคโนโลยีใน โลกเสมือน (Metaverse) จะส่งผลให้สถานที่ทำงานเข้าสู่ยุคพื้นที่ทำงานที่เชื่อมโยงแบบไร้รอยต่อระหว่างพื้นที่ทำงานจริงและพื้นที่ในโลกเสมือน (virtual workspace) ซึ่งจะทำให้อุปสรรคด้านพื้นที่ทำงานหมดไป เกิดเป็นพื้นที่ทำงานรูปแบบใหม่ที่เอื้อต่อการสร้างสรรค์งาน การสร้างวัฒนธรรมองค์กรได้ตลอดเวลา ทุกสถานที่ และองค์กรส่วนใหญ่ก็จะปรับโลกการทำงานและการบริหารงานไปอยู่ใน Metaverse มากขึ้น
- มิติด้านองค์กร (organization) ที่จะเปลี่ยนไป พบว่าปัจจุบันอยู่ในยุค organization 3.0 (ยุค machine) ที่องค์กรมุ่งเน้นความสำเร็จ ขับเคลื่อนธุรกิจด้วยนวัตกรรม และยุค organization 4.0 (ยุค family) ที่ไม่เน้นโครงสร้างองค์กรอย่างชัดเจน แต่ให้ความสำคัญกับวัฒนธรรมองค์กร และการเพิ่มอำนาจให้แก่พนักงาน เมื่อเข้าสู่ยุค organization 5.0 (ยุค living system) องค์กรขนาดใหญ่จะถูกลดขนาดลง เพื่อให้เกิดความคล่องตัว เน้นการกระจายอำนาจ มีความยืดหยุ่น และเปิดโอกาสให้พนักงานสามารถบริหารจัดการงานได้ด้วยตัวเอง ขณะเดียวกัน องค์กรจำเป็นที่จะต้องคำนึงถึงความหลากหลาย (diversity) และสร้างการมีส่วนร่วม (inclusion) เพื่อให้องค์กรเดินหน้าต่อไปได้อย่างราบรื่น

อีกทั้งยังพบว่าในประเด็นเรื่องของความเท่าเทียม ความหลากหลาย มีผลต่อการทำงานในกลุ่มวัยทำงานรุ่นใหม่ ที่สนใจประเด็นทางสังคมอย่างมาก โดยเฉพาะเรื่องความเท่าเทียม ความเหลื่อมล้ำ ช่องว่างของรายได้ที่มีแนวโน้มกว้างขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงในมิติของรูปแบบและพื้นที่ทำงาน ดังนั้น องค์กรจึงต้องคำนึงถึงการบริหารนโยบาย Diversity & Inclusion (D&I) ที่ไม่ครอบคลุมเพียงแค่ความแตกต่างในเรื่องเพศหรืออายุเท่านั้น แต่ต้องมองไปถึงความหลากหลายทั้งในด้านความสามารถ วิธีคิด ค่านิยม และความเชื่อร่วมด้วย และองค์กรต้อง คำนึงถึงสภาพแวดล้อมการทำงานที่เปิดโอกาสให้พนักงานได้เป็นตัวของตัวเองอย่างแท้จริง (authentic self) และสนับสนุนบุคลากรทุกกลุ่มอย่างเท่าเทียม โดยข้อนี้จะช่วยให้พนักงานรุ่นใหม่รับรู้ถึงพลังอำนาจ และต้องการที่จะเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงของการทำงานในองค์กรได้อย่างเต็มที่

ได้มีข้อมูลการสำรวจในด้านสถิติ พบว่า กว่าร้อยละ 77 ของแรงงานมีประสบการณ์หมดไฟ ร้อยละ 91 ของแรงงานกล่าวว่า ความเครียดที่ไม่สามารถจัดการได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพงาน ร้อยละ 83 ของแรงงานบอกว่าความเหนื่อยหน่ายอาจส่งผลเสียต่อความสัมพันธ์ส่วนตัว ร้อยละ 41 ของพนักงานทั่วโลกพิจารณาที่จะลาออกในช่วงที่เกิดภาวะการลาออกระลอกใหญ่ของมนุษย์เงินเดือนทั่วโลก (The Great Resignation) กว่า 11.5 ล้านคน ลาออกจากงานในปีที่ผ่านมา และอีกร้อยละ 48 ของพนักงานมีแนวโน้มจะลาออก จากการปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงาน และการประชุมออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันต่าง ๆ มากขึ้นถึง ร้อยละ 200 ส่งผลให้พนักงานเกิดภาวะหมดไฟ” อีกว่าร้อยละ 60 ขององค์กรทั่วโลกมีโครงการริเริ่มด้านสุขภาพภายในองค์กร และร้อยละ 78 ของนายจ้างมองว่า ความเป็นอยู่ที่ดีของพนักงานเป็นส่วนสำคัญของแผนธุรกิจ ซึ่งจะช่วยให้องค์กรขับเคลื่อนไปข้างหน้าได้

สิ่งนี้เป็นปัจจัยที่ท้าทายมากในการดิงค์ยภาพพนักงานและพยายามเก็บรักษากำลังสำคัญเอาไว้ ภายใต้การคำนึงถึง สุขภาวะที่ดีของแรงงาน (employee well-being)”

จากข้อมูลผลการสำรวจความสุขคนทำงานในองค์กรระดับประเทศ ปี พ.ศ. 2564 โดย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล จากการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ มีนาคม 2565 มีจำนวน องค์กรที่ตอบรับและสำรวจเสร็จสิ้น จำนวน 345 องค์กร ใน 17 กลุ่มประเภทอุตสาหกรรม โดยมีจำนวนคนทำงาน ที่ตอบแบบสำรวจ จำนวน 22,196 คน และจำนวนคนทำงานที่ตอบแบบสมบูรณ์ จำนวน 20,980 คน ซึ่งจำนวน ดังกล่าวสามารถแทนประชากรคนทำงานในองค์กร จำนวน 7.08 ล้านคน ในส่วนของการวิเคราะห์ผล พบว่า ค่าคะแนนความสุขรวมจากผลการสำรวจระดับประเทศ ปี 2564 เท่ากับ 61.3 คะแนน (เพิ่มขึ้นจากค่าคะแนน ความสุขรวมจากผลการสำรวจระดับประเทศ ปี 2563 ซึ่งเท่ากับ 59.5 คะแนน) เมื่อพิจารณาค่าคะแนนความสุขเป็น รายมิติความสุข พบว่า 3 มิติความสุขที่มีค่าคะแนนสูงที่สุด ได้แก่ จิตวิญญาณดี (68.5 คะแนน) น้ำใจดี (66.3 คะแนน) และการงานดี (65.5 คะแนน) ตามลำดับ ส่วน 3 มิติความสุขที่มีคะแนนต่ำที่สุด ได้แก่ สุขภาพเงินดี (52.8 คะแนน) ผ่อนคลายดี (54.7 คะแนน) และสังคมดี (58.7 คะแนน) ตามลำดับ และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับผลการสำรวจ คุณภาพชีวิต ความสุข ความผูกพันองค์กร ระดับประเทศ ปี 2563 พบว่าค่าคะแนนความสุขของคนทำงานในปี 2564 เพิ่มขึ้นในทุกมิติ ยกเว้นแต่เพียงมิติสุขภาพกายดีที่ค่าคะแนนคงที่ คือ 59.3 คะแนน

บุคลากรองค์กรเอกชนส่วนใหญ่ประสบปัญหาความเครียด (Happy Relax) ทั้งเรื่องสุขภาพและเรื่องของรายได้ ที่ไม่เพียงพอจ่ายที่มีในปัจจุบัน ขาดการพักผ่อนที่เพียงพอ ขาดกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจคลายความเครียด มีความคาดหวังในชีวิตเพิ่มสูงขึ้น ต้องปรับตัวกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว จึงต้องมีทักษะการเรียนรู้ เพื่อปรับตัวกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ทั้งด้านการเข้าใจตนเอง การยืดหยุ่นทางความคิด และการคิดสร้างสรรค์ ทางออกใหม่ ๆ กล่าวคือมีสติกับการแก้ปัญหาและอยู่กับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนได้อย่างมีพลังใจ มีสติเพื่อการดูแล สุขภาพกายและจิตของตนเอง ครอบครัว และองค์กร มิติด้านสุขภาพแข็งแรง (Happy Body) ยังเป็นประเด็น ที่น่ากังวล ในสถานการณ์ปกติคุณภาพชีวิตของคนวัยทำงานกลุ่มนี้มักพบปัญหาเรื่องสุขภาพ เนื่องจากมีความเหนื่อยล้า จากภาระงานจนทำให้ละเลยการดูแลสุขภาพโดยรวมของตนเอง ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีพฤติกรรม การสูบบุหรี่และดื่มสุรา มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ พบปัญหาค่าดัชนีมวลกาย BMI เกินเกณฑ์

นอกเหนือจากปัญหาสุขภาพแล้ว พบว่ามิติด้านสุขภาพการเงิน (Happy Money) ที่เป็นประเด็นที่ต้องเร่งจัดการ ผลสำรวจพบว่าคนวัยทำงานขาดการวางแผนการดำเนินชีวิตในระยะยาวจนเกษียณ ซึ่งองค์กรสามารถส่งเสริม การจัดระบบการจัดการหนี้สินรวมถึงระบบการออม และการสร้างรายได้เสริมให้แก่บุคลากร ประกอบกับสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้ส่งผลกระทบต่อธุรกิจขององค์กรอย่างมาก หลายองค์กรต้องปรับตัว มีทั้งลดเวลา ทำงาน ลดเงิน บางองค์กรลดคน เพื่อให้สามารถประคองตัวผ่านจุดวิกฤตครั้งนี้ไปได้ บางองค์กรถึงกับต้องปิดตัวชั่วคราว ปรากฏการณ์ครั้งนี้ได้ส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของคนจำนวนมาก ปัญหาการเงินจึงเป็นผลพวงตามมา

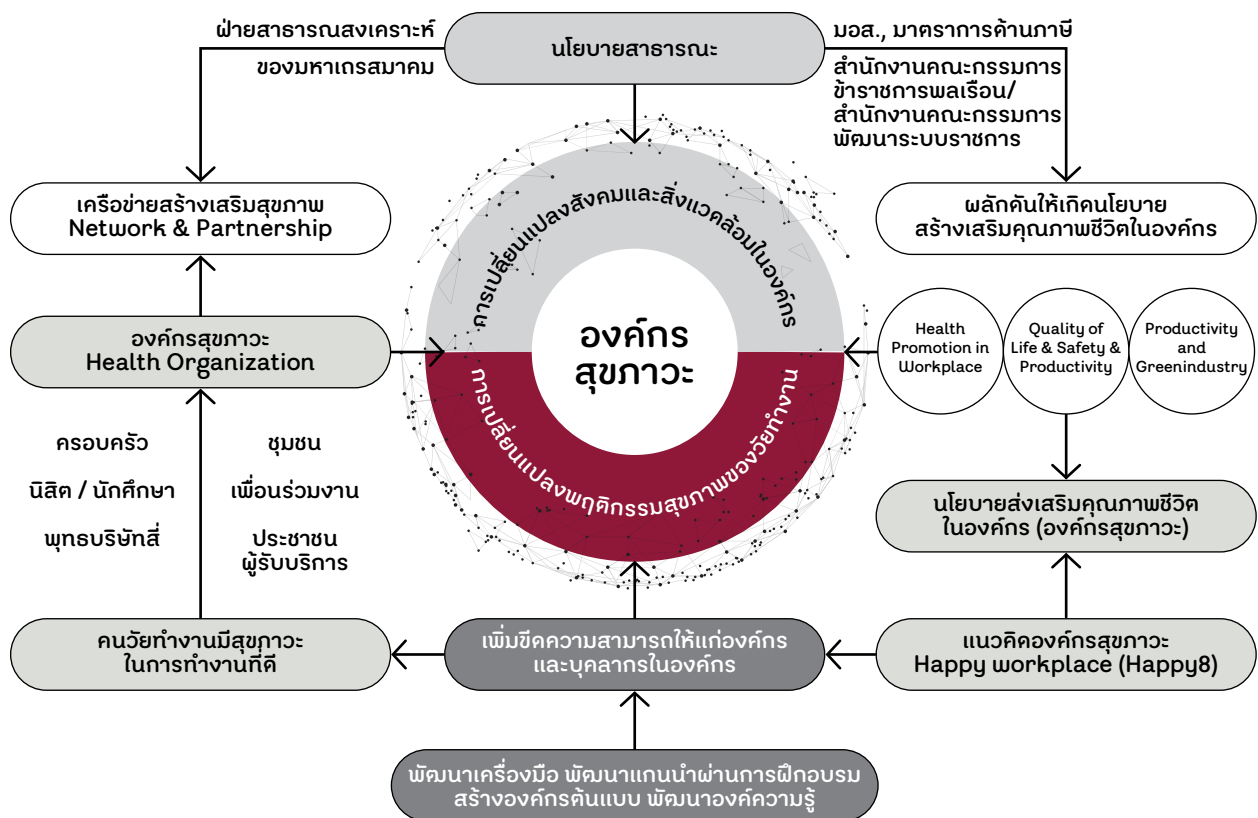
อย่างไรก็ตามแม้ว่าค่าคะแนนความสุขภาพรวม “Happy” หรือ “ระดับความสุขตามเป้าหมาย” ยังเป็นระดับความสุข ที่สะท้อนให้เห็นผลตามเป้าหมาย แต่ก็เป็นสัญญาณว่าผู้บริหารองค์กรควรให้การพัฒนาสนับสนุนการดำเนินงาน สร้างเสริมความสุขในองค์กรต่อไป ด้วยเหตุนี้การสร้างเสริมให้เกิดองค์กรสุขภาวะ (Happy Workplace) นั้น

จึงจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือทั้งในระดับผู้ปฏิบัติงาน และระดับผู้บริหารองค์กร ซึ่งผู้บริหารองค์กรจะเป็นแรงขับเคลื่อนหลักในพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคลากรในทุกด้าน

### กรอบแนวคิดการดำเนินงานของแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร เน้นการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร มุ่งเน้นให้เกิดองค์กรสุขภาวะที่ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงานในองค์กร และการเปลี่ยนแปลงสังคมและสิ่งแวดล้อมในองค์กร สนับสนุนการเพิ่มขีดความสามารถให้องค์กรและบุคลากรในองค์กรภายใต้กรอบความคิดองค์กรสุขภาวะ (Happy Workplace) ความสุข 8 มิติ (Happy 8) รวมถึงการพัฒนาองค์ความรู้ พัฒนาเครื่องมือ พัฒนาแกนนำ ผ่านการฝึกอบรม สร้างองค์กรต้นแบบในการขับเคลื่อนงานสุขภาวะในองค์กร โดยมุ่งหวังให้คนวัยทำงานในองค์กร รวมถึงครอบครัว ชุมชน และสังคมของคนในองค์กรมีสุขภาวะที่ดี เกิดเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ และร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ทั้งกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน และกระทรวงอุตสาหกรรม ผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของคนในองค์กร

### Working Model การทำงานสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร





## จุดเน้นของแผน

ในช่วงที่ผ่านมา แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร ได้ดำเนินการทบทวนสถานการณ์และแนวทางการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย และผู้ทรงคุณวุฒิ พร้อมทั้งนำทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) เป็นกรอบแนวทางในการจัดทำแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) โดยมีจุดเน้นหลัก ดังนี้

1. **สนับสนุนการสร้างความเข้มแข็งภาคีเครือข่าย<sup>64</sup> ทั้งในระดับบุคคล และองค์กร (impact)** โดยดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร รวมทั้งการกำหนดบทบาท ทั้งการเป็นศูนย์สนับสนุนด้านวิชาการ ศูนย์เรียนรู้หรือแหล่งเรียนรู้องค์กรสุขภาพะหน่วยประสานงาน รวมทั้งวางแนวทางการประสานการทำงานระหว่างเครือข่ายต่าง ๆ
2. **สนับสนุนให้เกิดการขยายผล<sup>65</sup> การดำเนินงานองค์กรสุขภาพไปสู่ผู้รับประโยชน์และเครือข่าย (scale up)** โดยเน้นการขยายฐานผู้รับประโยชน์ทั้งระดับบุคคลและองค์กรทั้งทางตรงและทางอ้อม อาทิ บุคลากร ชุมชน และองค์กรที่มีศักยภาพและความพร้อมในการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายองค์กรสุขภาพที่ผ่านมา เพื่อให้การขับเคลื่อนองค์กรสุขภาพเกิดประโยชน์สูงสุดและเกิดผลเป็นรูปธรรม
3. **สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) (alignment)** โดยวางแผนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome) ของแผนหลักของ สสส. ร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานเชิงประเด็นของ สสส. ได้แก่ การรณรงค์เรื่องยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สิ่งเสพติด ส่งเสริมเรื่องการมีโภชนาการที่ดี กิจกรรมทางกาย อุบัติเหตุบนท้องถนน ปัญหาล้างแวล้อม ปัญหาล้างแวล้อม ปัญหาล้างแวล้อม ปัญหาล้างแวล้อม รวมทั้งการสนับสนุนให้เกิดการปรับตัวกับวิถีชีวิตใหม่ (new normal) และปัจจัยเสี่ยงอื่นตามบริบทขององค์กรภาคีเครือข่าย
4. **สนับสนุนให้เกิดกลไกในการขับเคลื่อนงานองค์กรสุขภาพเพื่อให้เกิดความยั่งยืน (sustainability)** โดยเน้นการทำงานร่วมกับภาคียุทธศาสตร์<sup>66</sup> สำคัญ ในการผลักดันเกิดกลไกเพื่อสนับสนุนการทำงานองค์กรสุขภาพในระยะยาว อาทิ นโยบายหรือมาตรการที่สนับสนุนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรทั้งระดับประเทศหรือระดับองค์กร กลไกสนับสนุนการสร้างและพัฒนาศักยภาพนักสร้างสุของค์กรหรือแกนนำนักสร้างสุขรุ่นใหม่ ๆ การจัดทำฐานข้อมูลเพื่อสนับสนุนการทำงานในระดับองค์กร รวมทั้งสนับสนุนให้กลไกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมีความเข้มแข็งและสามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่องได้ในระยะยาว
5. **สนับสนุนการใช้นวัตกรรม เทคโนโลยี เพื่อสร้างคุณค่าและยกระดับงานสร้างเสริมองค์กรสุขภาพ (innovation)** เพื่อให้เกิดความรวดเร็ว ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ และแนวทางการดำเนินงานองค์กรสุขภาพในวงกว้าง

64 ภาคีเครือข่าย (ฉ.) หมายถึง ภาคีที่เป็นหุ้นส่วนในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพร่วมกัน เพื่อบรรลุผลลัพธ์ด้านสุขภาพตามที่ได้ตกลงร่วมกัน (คู่มือนิยามศัพท์ของ สสส.)

65 การขยายผล (ฉ.) หมายถึง การนำความรู้ ผลงาน ต้นแบบ หรือแนวปฏิบัติที่ดี ไปกำหนดเป็นนโยบาย หรือใช้ในพื้นที่อื่น ๆ (คู่มือนิยามศัพท์ของ สสส.)

66 ภาคียุทธศาสตร์ (ฉ.) หมายถึง บุคคล กลุ่มบุคคล องค์กร หน่วยงาน ที่ร่วมสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการขึ้นำสังคม กำหนดทิศทาง หรือมีบทบาทขับเคลื่อนนโยบาย ทิศทางการพัฒนาประเทศ (คู่มือนิยามศัพท์ของ สสส.)



### เป้าหมาย

สุขภาพและ  
คุณภาพชีวิต  
ของคนในองค์กรและ  
ชุมชนรอบข้างดีขึ้น  
โดยการสร้างความเข้มแข็ง  
ให้เครือข่ายองค์กรสุขภาพะ

### ผลลัพธ์

1. ข้อเสนอเชิงนโยบาย มาตรการ หรือแนวทางการดำเนินงานที่สนับสนุนให้เกิดการขยายผลงานองค์กรสุขภาพะระดับชาติ เพื่อสนับสนุนการสร้างวัฒนธรรมองค์กรและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพในระดับบุคคล องค์กร และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 ประเด็น
2. การขยายผลองค์กรสุขภาพะ (Happy Workplace) ตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี ในเครือข่ายไม่น้อยกว่า 5,000 องค์กร ในทุกเครือข่าย (เครือข่ายภาคเอกชนและเครือข่ายภาคสาธารณะ)
3. พื้นที่/สังคม เรียนรู้แบบออนไลน์ที่มีการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้อย่างกว้างขวาง ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เพื่อส่งเสริมให้มีการนำชุดความรู้ นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีในการสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้งานองค์กรสุขภาพะ
4. กอไถสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพะในองค์กร เพื่อกำหนดที่ประสานและบริหารภาคีเครือข่าย จำนวนไม่น้อยกว่า 2 กอไถ อาทิ กอไถศูนย์สุขภาพะด้วยทำงาน (Wellness Center) กอไถศูนย์ประสานงานสาธารณสุขสงเคราะห์ หรือ กอไถศูนย์สนับสนุนการเรียนรู้องค์กรสุขภาพะ
5. ระบบงาน หรือกอไถสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการ บุคลากรกรุงเทพมหานคร และประชาชนในพื้นที่ อย่างน้อย 3 พื้นที่ (ระดับเขต)

## วัตถุประสงค์

1. สนับสนุนให้องค์กรมีนโยบายสาธารณะ มาตรการ หรือแผนงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งในระดับภาคีที่กำกับดูแลยุทธศาสตร์และระดับองค์กร
2. ส่งเสริมให้เกิดองค์ความรู้ งานวิชาการ ที่สนับสนุนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพะประเด็นต่าง ๆ ในองค์กร ตลอดจนฐานข้อมูลองค์กรสุขภาพะเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน
3. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่าย และการสร้างเครือข่ายภายในและระหว่างกลุ่มองค์กร
4. สนับสนุนการพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพะ
5. สนับสนุนการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพะในองค์กร

## ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

1. สร้างเสริมศักยภาพเครือข่ายองค์กรสุขภาวะและสนับสนุนนโยบายด้านการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตขององค์กรที่เอื้อต่อการเป็นองค์กรสุขภาวะ
2. พัฒนาให้เกิดองค์กรสุขภาวะและสนับสนุนองค์กรให้เป็นฐานรองรับการสร้างเสริมสุขภาวะตามยุทธศาสตร์ของ สสส.
3. ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในองค์กรให้ตระหนักถึงความสำคัญด้านการสร้างคุณภาพชีวิตของบุคลากรในองค์กรและการมีสุขภาพที่ดี
4. สนับสนุนชุดความรู้ นวัตกรรม การจัดการความรู้ที่ใช้ขับเคลื่อนงานองค์กรสุขภาวะที่มีการนำไปใช้ขยายผลในองค์กร
5. ส่งเสริมการสื่อสารประชาสัมพันธ์งานองค์กรสุขภาวะในภาคีเครือข่ายองค์กรสุขภาวะและผู้ที่เกี่ยวข้อง

## กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

### กลุ่มเป้าหมายในกลุ่มองค์กรภาคสาธารณะ

ครอบคลุมบุคลากร ครอบครัวยและผู้รับบริการในองค์กรข้าราชการ บุคลากร ครอบครัวยและกลุ่มนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัย และพระสงฆ์ พุทธบริษัทสี่ และชุมชนที่เกี่ยวข้องในองค์กรพระพุทธศาสนา

### กลุ่มเป้าหมายในองค์กรภาคเอกชน

ครอบคลุมบุคลากร ครอบครัวย และชุมชนที่เกี่ยวข้องในกลุ่มภาคเอกชนที่แสวงหากำไร อันได้แก่ สถานประกอบการ ภาคอุตสาหกรรม การค้าและบริการ ทั้งขนาดใหญ่ วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม และกลุ่มภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร เช่น องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรการกุศล หรือองค์กรสาธารณประโยชน์

ทั้ง 2 กลุ่มเป้าหมายนี้มีเป้าประสงค์ในการสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของคนทำงานในองค์กร และเกิดการเปลี่ยนแปลงสังคมสิ่งแวดล้อมในองค์กร ให้มุ่งไปสู่การเป็นองค์กรสุขภาวะและเครือข่ายองค์กรสุขภาวะที่เข้มแข็ง เพื่อเตรียมความพร้อมองค์กรให้เป็นฐานรองรับงานประเด็นสุขภาวะของ สสส. และสร้างความยั่งยืนในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ด้วยการสนับสนุนระบบและกลไกร่วมกับภาคยุทธศาสตร์หลัก เพื่อผลักดันนโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีของคนทำงานในทุกมิตินำไปสู่การปฏิบัติ และเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม พัฒนานวัตกรรมทางสังคมและองค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

## งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)				
	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร	130.00	140.00	140.00	150.00	160.00



## แผน 9 แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

### สรุปภาพรวมระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570)

#### **ที่มาและความสำคัญ ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ แผนเฉพาะในแต่ละด้าน และทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี**

การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (physical inactivity) เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ 1 ใน 5 ปัจจัยเสี่ยงหลัก ร่วมกับ พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และการสัมผัสกับมลภาวะทางอากาศ ซึ่งนำไปสู่การเจ็บป่วย และเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable Diseases: NCDs) ของทั่วโลก และเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย องค์การอนามัยโลกระบุว่า โรคไม่ติดต่อเป็นอาการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ไม่มีสาเหตุมาจากเชื้อก่อโรค อันนำไปสู่การเกิด 5 โรคหลัก ได้แก่ โรคทางเดินหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคทางจิตเวช โรคดังกล่าวอาจมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และที่สำคัญเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจุบันมีประชากรโลกเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ไม่น้อยกว่า 36 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62 จากสาเหตุการเสียชีวิตและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ สำหรับประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ร้อยละ 75 หรือ 320,000 คนต่อปี คิดเป็นอัตราตายด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ชั่วโมงละ 37 คนกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ก่อผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจทั้งในเรื่องของภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และผลิตภาพของประชากรที่สูญเสียไป โดยประเทศไทยมีการประเมินความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจาก กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ใน 4 กลุ่มโรคหลัก(ไม่รวมภาวะทางสุขภาพจิต) พบว่า ในปี 2552 มีมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งสิ้น 198,512 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 2.2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ หรือคิดเป็นมูลค่า 3,128 บาทต่อหัวประชากร

การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยองค์การอนามัยโลกแนะนำว่า ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ควรออกกำลังกายระดับปานกลางอย่างน้อย 150-300 นาทีต่อสัปดาห์ หรือระดับหนักอย่างน้อย 75-150 นาทีต่อสัปดาห์ ขณะที่ประชากรวัยเด็ก (อายุ 5-17 ปี) ควรออกกำลังกายระดับปานกลางถึงหนักอย่างน้อยเฉลี่ย 60 นาทีต่อวัน เด็กทารกและเด็กปฐมวัย (อายุ 0-4 ปี) ควรออกกำลังกายหลากหลายประเภทในทุกระดับความเข้มข้น โดยที่เด็กทารก (อายุต่ำกว่า 1 ปี) ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวันในท่าคว่ำ เด็กปฐมวัย (อายุ 1-2 ปี) ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 180 นาทีต่อวัน และเด็กปฐมวัย (อายุ 3-4 ปี) ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 180 นาทีต่อวัน โดยมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางถึงหนักอย่างน้อย 60 นาทีต่อวัน

กิจกรรมทางกายที่เพียงพอส่งผลดีทั้งในมิติของการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ จึงนับเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการยกระดับการมีสุขภาพของประชากรในสังคม เริ่มตั้งแต่ประชากรช่วงวัยเด็ก การมีกิจกรรมทางกายสามารถส่งเสริมพัฒนาการทางด้านสมองที่ส่งผลต่อการรับรู้ ความจำ และสมาธิ จึงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลสัมฤทธิ์ด้านวิชาการ ทักษะการรู้คิดเชิงบริหาร (Executive function: EF) ส่งเสริมพัฒนาการด้านอารมณ์และจิตใจ

(ลดภาวะซึมเศร้า) ส่งเสริมทักษะในการเข้าสังคม ตลอดจนส่งผลอย่างชัดเจนต่อความแข็งแรงของระบบหัวใจและปอด กระดูกและกล้ามเนื้อทำให้ร่างกายมีความแข็งแรงและคล่องแคล่ว ในขณะที่เดียวกันยังช่วยลดความเสี่ยงในการเป็นโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อในอนาคต

ประชากรวัยทำงาน การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอจะช่วยให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลายชนิด ทั้งโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ ทั้งช่วยให้สุขภาพจิตดี ทำให้สามารถลดอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า รวมถึงภาวะเครียดจากการทำงาน

กลุ่มประชากรวัยสูงอายุ กิจกรรมทางกายนับเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยขยายช่วงของการมีสุขภาพที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทั้งยังป้องกันการหกล้มและการบาดเจ็บจากการหกล้มในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันอันอาจนำไปสู่ภาวะการป่วยแบบติดเตียง สำหรับในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อ กิจกรรมทางกายยังสามารถช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วยจากโรค ส่งเสริมให้เกิดสุขภาพจิตที่ดี ลดภาวะซึมเศร้าและความเครียด เกิดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นจากเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมด้วย

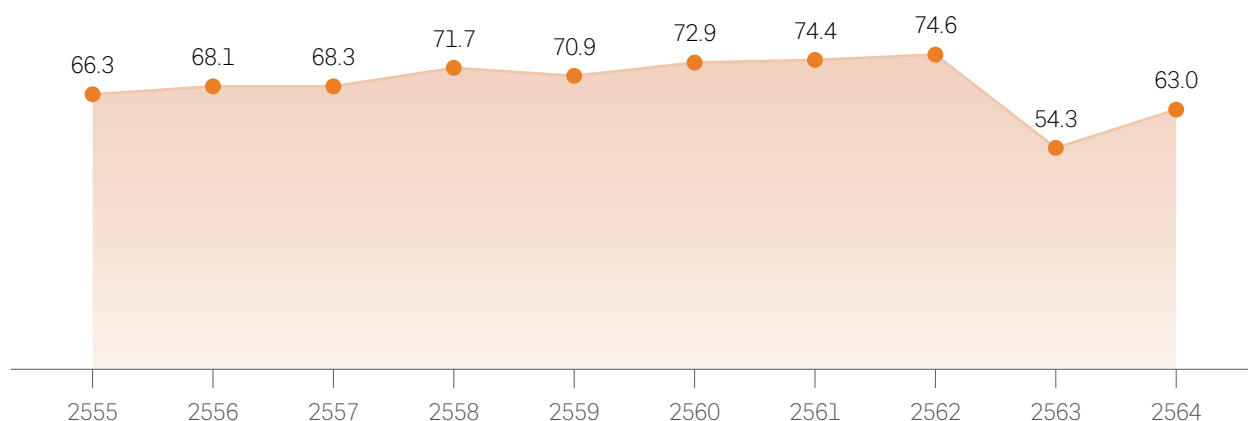
สถานการณ์กิจกรรมทางกายระดับประเทศตลอด 9 ปีที่ผ่านมา ผลจากการติดตามและเฝ้าระวังโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สสส. และกระทรวงสาธารณสุข แสดงให้เห็นว่า ในภาพรวมระดับประเทศ ทิศทางการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อัตราการเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละประมาณร้อยละ 1.03 โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น คือ จากร้อยละ 66.3 ในปี 2555 (ปีฐานของการสำรวจ) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 74.6 ในปี 2562 (ก่อนสถานการณ์โควิด-19) อย่างไรก็ตาม ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในปี 2563 ด้วยข้อจำกัดในการใช้ชีวิตดังที่เคยเป็นตามปกติ ส่งผลให้ระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของคนไทยในภาพรวมลดลงเหลือเพียงร้อยละ 54.3 โดยต่อมาในปี 2564 ระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของคนไทยในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากปีก่อนเล็กน้อย เป็นร้อยละ 63.0

เมื่อพิจารณาสถานการณ์พฤติกรรมเนือยนิ่งของประชากรไทย จะพบว่าในช่วงปี 2555-2564 พฤติกรรมเนือยนิ่งของประชากรไทยมีการแกว่งตัวขึ้นลงอยู่เหนือค่าเป้าหมายชาติ ตามแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายชาติ พ.ศ. 2561-2573 ที่ 13 ชั่วโมงต่อวันมาโดยตลอด และยิ่งเพิ่มขึ้นสูงสุดในช่วงปี 2564 ที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ที่ 14 ชั่วโมง 27 นาทีต่อวัน ซึ่งอยู่ในระดับสูงกว่าปกติค่อนข้างมาก หลักฐานยืนยันที่ชัดเจนคือ อัตราการใช้อินเทอร์เน็ตจากทุกเครือข่ายในประเทศไทยในช่วงเวลาดังกล่าวที่เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20 เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงปกติ โดยกิจกรรมที่ทำเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ 1) การใช้โทรศัพท์มือถือ หรือแท็บเล็ตเพื่อความบันเทิง เช่น ดูหนัง ละคร ฟังเพลง เป็นต้น 2) การดูทีวี 3) การนั่งทำงาน นั่งประชุม หรือนั่งเรียน ทั้งแบบปกติ และแบบออนไลน์ และจากการสำรวจพบว่าพฤติกรรมเนือยนิ่งเมื่อลดลงจะลดลงครั้งละประมาณ 10-20 นาที แต่เพิ่มขึ้นจะเพิ่มครั้งละ 30-40 นาที ซึ่งเป็นรูปแบบของการถอยลดแล้วพุ่งสูงขึ้นเพื่อเพิ่มค่าเฉลี่ยเคลื่อนที่ (moving average) นั้นหมายความว่าภายใน 10 ปีข้างหน้า ระยะเวลาเฉลี่ยพฤติกรรมเนือยนิ่งของคนไทยอาจเพิ่มสูงขึ้นถึง 15 ชั่วโมง ซึ่งอาจจะนำมาสู่อุบัติการณ์ของโรค NCDs ในประเทศไทยมากยิ่งขึ้น

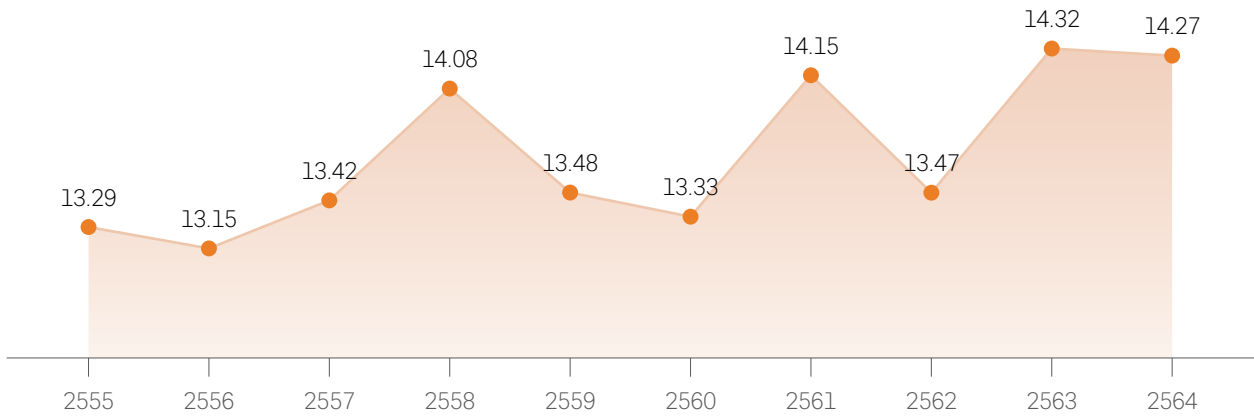
อย่างไรก็ตาม แม้ผลจากการดำเนินงานในช่วงที่ผ่านมา (ระหว่างปี 2555-2562) จะแสดงให้เห็นแนวโน้มเชิงบวกและทิศทางที่เหมาะสมในแง่การกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โดยพิจารณาจากระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรทุกกลุ่มวัยอยู่ในระดับที่สูงเกินกว่าร้อยละ 70 นับเป็นหนึ่งในผลสำเร็จของการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องของแผนฯ และภาคีเชิงยุทธศาสตร์ที่ร่วมกันผลักดันกิจกรรมตามแผนงานกระทั่งเกิดเป็นผลลัพธ์ทางพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนในระยะยาว ทว่าจากสถานการณ์ที่ไม่เอื้ออำนวยทั้งในแง่ของมลภาวะทางอากาศจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM 2.5 ในช่วงปลายปี 2562 รวมถึงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของประชากรตั้งแต่วางต้นปี 2563 นับเป็นอุปสรรคที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมนันทนาการ การออกกำลังกายและการเล่นกีฬากลางแจ้งอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ในช่วงระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สสส. ภาคีทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาสังคมต่าง ๆ ได้เร่งดำเนินการรณรงค์และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ในการป้องกันโรค สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพ ตลอดจนส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายที่บ้าน (Fit From Home) ด้วยวิธีการต่าง ๆ โดยมีประชาชนถึงร้อยละ 82.8 ที่ได้รับความรู้ ข่าวสารที่รณรงค์และสนับสนุนโดย สสส. และภาคี โดยเฉพาะกลุ่มประชาชนที่ได้มีการรับข้อมูล ข่าวสาร แนวทางการมีกิจกรรมทางกายที่บ้าน จะมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมากกว่ากลุ่มประชาชนที่ไม่ได้รับข่าวสารถึง 1.445 เท่า จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมอื่นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 โดยศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค)

### ร้อยละการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอของประชากรไทย ระหว่างปี 2555-2564



ที่มา: โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทยปี 2555-2564  
ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล



ที่มา: โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทยปี 2555-2564 ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

### ความสอดคล้องกับแผนระดับสากลและระดับชาติ

นับตั้งแต่กฎบัตรรอตตาวา ที่ได้รับการยอมรับอย่างมากในด้านการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่า 30 ปี โดยเมื่อปี 2559 การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 9 ณ นครเซี่ยงไฮ้ เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ ในวาระ 2030 เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (Shanghai Declaration on Promoting Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development) ถือเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่กำหนดให้ สุขภาพ และสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยรับรองว่าสุขภาพเป็นสิทธิสากล เป็นทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตและการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นเป้าหมายทางสังคมร่วมกัน และทุกประเทศต้องให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นศูนย์กลางของการเปลี่ยนแปลงสำคัญของโลก “สุขภาพดีต้องมาจากการเมืองที่ดีด้วย การประชุมครั้งนี้จึงเรียกร้องให้ทุกภาคส่วนทั่วโลก ได้แก่ ผู้นำ ผู้กำหนดนโยบาย ชุมชน ต้องให้ความสำคัญกับสุขภาพและไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” โดยประกอบด้วย 1) good governance นโยบายที่มีธรรมาภิบาลผ่านการบูรณาการจากทุกภาคส่วนทั้งระดับชาติและท้องถิ่นเพื่อสร้างทางเลือกด้านสุขภาพที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้ 2) healthy cities การสร้างเมืองสีเขียวเพื่อให้ประชาชนสามารถอยู่อาศัย ทำงาน หรือใช้ชีวิตได้อย่างสุขภาพดี 3) health literacy การเพิ่มความรู้และทักษะทางสังคมเพื่อให้ประชาชนสามารถตัดสินใจทางเลือกที่ส่งผลดีต่อสุขภาพของตนเองและครอบครัว

แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ซึ่งการส่งเสริมกิจกรรมทางกายจะส่งผลโดยตรงต่อเป้าหมายที่ 3 คือ การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับคนในทุกวัย (ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages) โดยเฉพาะเกณฑ์การลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อโดยเน้นการป้องกันและลดความรุนแรงของโรคและการสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ภายในปี 2573 นอกจากนี้ยังมีส่วนสนับสนุน เป้าหมายที่ 2 ยุติความหิวโหย บรรลุความมั่นคงทางอาหารและยกระดับโภชนาการและส่งเสริมเกษตรกรรมที่ยั่งยืน (end hunger, achieve food security and improved nutrition and promote sustainable agriculture) ในส่วนของการร่วมสนับสนุนเกณฑ์พัฒนาการ



สมวัยของเด็กเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เป้าหมายที่ 11 ในเรื่องการทำให้อายุยืนยาวและการอยู่อาศัยมีความปลอดภัย มีภูมิคุ้มกันและยั่งยืน ซึ่งสนับสนุนในส่วนเกณฑ์ของการจัดการที่อยู่อาศัยในชุมชนแออัดเมืองให้เข้าถึงสุขภาวะ และความพึงพอใจในการเข้าถึงขนส่งสาธารณะ

ความเชื่อมโยงกับแผนปฏิบัติการส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับโลก (Global Action Plan on Physical Activity: GAPPA) ขององค์การอนามัยโลกใน 4 กลยุทธ์หลัก คือ 1. การสร้างบรรทัดฐานสังคมกระฉับกระเฉง (Active Society) 2. การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย (Active Environment) 3. การสร้างโอกาสต่อการมีกิจกรรมทางกาย (Active People) และ 4. การสร้างระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย (Active System)

ความสอดคล้องกับนโยบายระดับชาติ ได้แก่ แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับชาติ พ.ศ. 2561-2573 ที่มีแนวทาง 1. ส่งเสริมกิจกรรมทางกายทุกกลุ่มวัย 2. ส่งเสริมกิจกรรมทางกายทุกพื้นที่ และ 3. พัฒนาระบบสนับสนุนที่มีความสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ซึ่งเป็นแผนหลักของการพัฒนาประเทศและเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน รวมทั้งการปรับโครงสร้างประเทศไทย 4.0

ในปี 2563 The International Society for Physical Activity and Health (ISPAH) ได้มีการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับกลยุทธ์การลงทุนส่งเสริมด้านกิจกรรมทางกายที่มีประสิทธิภาพ โดยทุกประเทศสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้เป็นแนวทางสำหรับการลงทุนทางนโยบายที่เหมาะสมกับความซับซ้อนทั้งด้านสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และบริบทของประเทศ โดยพบว่าการลงทุนที่คุ้มค่าและเหมาะสมต่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของประชากรทั่วโลก 8 ด้าน ได้แก่ 1. โปรแกรมเต็มรูปแบบของโรงเรียนในการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย 2. การสัญจรที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉงสำหรับประชากรทุกกลุ่มวัย 3. ผังเมืองที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายและนันทนาการ 4. ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพให้ความสำคัญและใช้กิจกรรมทางกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี 5. การสื่อสารรณรงค์สร้างวัฒนธรรมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน 6. การส่งเสริมกิจกรรมกีฬาระดับสากลและกิจกรรมมวลชนเพื่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย 7. การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในสถานที่ทำงาน และ 8. การจัดการสภาพแวดล้อมในชุมชนให้ประชาชนเข้าถึงการส่งเสริมกิจกรรมทางกายได้อย่างเท่าเทียมและทั่วถึง ซึ่งทั้งหมดมีความสอดคล้องและสนับสนุนกัน โดยแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้นำมาพัฒนาเป็นแนวทางกลยุทธ์ของแผนตามเป้าหมายในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง ระยะ 10 ปี และ 3 ปี

ทั้งนี้เมื่อเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ข้อมูลจากการเผยแพร่ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในเดือนตุลาคม 2564 ผ่านการประชุมและเอกสาร “Fair Play: Building a strong physical activity system for more active people” ได้ชี้ให้เห็นข้อมูลเชิงสถานการณ์ของความเหลื่อมล้ำในการมีกิจกรรมทางกายที่เกิดขึ้นกับกลุ่มประชากรต่าง ๆ ในระดับสากล โดยพบว่าประชากรกลุ่มเด็กและวัยรุ่น 4 ใน 5 และผู้ใหญ่ 1 ใน 4 มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ นอกจากนี้กลุ่มวัยผู้สูงอายุหรือผู้พิการยังขาดโอกาสการเข้าถึงการส่งเสริม สนับสนุนการมีกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสม ซึ่งผู้หญิงมีวิถีกระฉับกระเฉงน้อยกว่าผู้ชาย และกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูงขาดการมีกิจกรรมทางกายมากกว่ากลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ

เช่นเดียวกัน ในกลุ่มประชากรไทย ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ทำการวิเคราะห์เรื่องดังกล่าว และมีข้อค้นพบในทิศทางเดียวกัน คือพบว่า กลุ่มประชากรวัยเด็กและเยาวชน ผู้หญิง กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย NCDs กลุ่มผู้พิการ รวมถึงกลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจและการทำงานจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีความชัดเจนว่าปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีส่วนสำคัญในการกำหนดความเหลื่อมล้ำทางด้านกิจกรรมทางกายที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไข เพื่อให้ประชากรทุกกลุ่มวัยมีโอกาสในการได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพออย่างเท่าเทียม

## การดำเนินงานที่ผ่านมา

**ระยะที่ 1 พ.ศ.2546 – 2553** การส่งเสริมองค์กรกีฬาและพื้นที่ปลอดภัย ปลอดภัยเพื่อตอบสนองต่อนโยบายต่อต้านยาเสพติดของรัฐบาล แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายมียุทธศาสตร์สำคัญเพื่อประสานงานร่วมกับองค์กรกีฬามีวัตถุประสงค์ทั้งต่อการสร้างโอกาสแก่การมีกิจกรรมทางกายเพื่อเป็นกิจกรรมทางเลือกหนีจากปัญหาเสพติด เช่น กีฬา 3 วัย กิจกรรมเครือข่ายผู้นำเยาวชนช่วงปิดเทอม เป็นต้น และเพื่อสร้างเครือข่ายองค์กรกีฬาไม่รับการอุปถัมภ์จากอุตสาหกรรมหรือธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ ตามมติ ครม. (เมื่อ 29 กรกฎาคม 2546) ว่าด้วยกีฬาสถานบันการศึกษา กีฬาในระดับชาติต้องปลอดโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีข้อเสนอให้ สสส. จัดสรรงบประมาณสนับสนุนการจัดแข่งขันกีฬาในสถาบันการศึกษา การแข่งขันกีฬาระดับชาติในจำนวนไม่น้อยกว่าเดิม ในช่วงระยะเวลาดังกล่าวเกิดผลงานสำคัญ อาทิ ในปี 2552 แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย สสส. ร่วมกับ องค์การสหประชาชาติ จัดกิจกรรม “รวมพลังออกกำลังกายสู่อายุ 2009” โดยมีนายกรัฐมนตรี เป็นประธานในพิธีเปิดงานวิ่งวันสหประชาชาติ (UN Day Run 2009) ณ บริเวณหน้าอาคารสหประชาชาติ ถนนราชดำเนิน กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2552 ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการใช้กิจกรรมเดิน-วิ่ง เป็นเครื่องมือในการรณรงค์ร่วมประเด็นอื่น ๆ และงานนี้เป็นจุดเริ่มต้นการจัดกิจกรรม Thaihealth Day Run สสส. อีกด้วย

**ระยะที่ 2 พ.ศ.2554 – 2563** จากการที่ประเทศไทยร่วมลงนาม Toronto Charter for Physical Activity: A Global Call for Action ณ ประเทศแคนาดา ร่วมกับอีก 55 ประเทศทั่วโลก เมื่อปี 2553 สำนักสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ สสส. ในฐานะผู้แทนหนึ่งที่ได้เข้าร่วมการลงนามในสนธิสัญญาดังกล่าว ซึ่งในขณะนั้นฐานข้อมูลและองค์ความรู้กิจกรรมทางกายยังไม่กว้างขวางนัก องค์การอนามัยโลกจึงได้พัฒนาเครื่องมือติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์การมีกิจกรรมทางกาย Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) ขึ้น แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย สสส. จึงได้สนับสนุนให้เกิดการพัฒนากระบวนการติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทยขึ้น โดยมีเป้าหมายให้ เป็นจุดเริ่มในการรวบรวมข้อมูลเพื่อกำหนดทิศทางนโยบายในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาให้เกิดขึ้นข้อมูลการเฝ้าระวังสถานการณ์การมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ การพัฒนาองค์ความรู้ สนับสนุนกิจกรรมและนวัตกรรม เพื่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง

ในขณะเดียวกันแผนฯ ได้มุ่งเน้นการสรรค์สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย เนื่องจากปัจจัยแวดล้อมในการอยู่อาศัย มีอิทธิพลอย่างมากในการกำหนดพฤติกรรมทางสุขภาพ และความกระฉับกระเฉงในวิถีชีวิตของปัจเจกบุคคลและทั้งสังคม ซึ่งสัมพันธ์ส่งผลโดยตรงต่อความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้คน นำไปสู่การพัฒนาส่วนงานพื้นที่สุขภาพที่เน้นให้เกิดการบูรณาการความร่วมมือขององค์กรด้านสุขภาพ และองค์กรภายนอก

สุขภาพ (non-health sectors) ทั้งการผังเมือง การคมนาคมและสัญจร สิ่งแวดล้อม การศึกษา วัฒนธรรม และท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพที่ตออย่างยั่งยืนในสังคมไทย และปัจจุบันเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อน “NCD Global Monitoring Framework 9 Voluntary Targets” ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งประเด็นสำคัญที่แผนฯ จะร่วมผลักดันให้บรรลุตามเป้าหมาย คือ ลดการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอร้อยละ 10 และลดตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ได้ร้อยละ 25 ภายในปี ค.ศ. 2025 ในฐานะที่ประเทศไทยเป็นประเทศสมาชิกตามข้อตกลงขององค์การอนามัยโลก

แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย มุ่งมั่นในการเป็นส่วนหนึ่งของการผลักดันให้เกิดนโยบายระดับประเทศตามแนวทางของนานาชาติที่สำคัญ อาทิ Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030 ขององค์การอนามัยโลก ที่เน้นการดำเนินการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเชิงนโยบายอย่างเป็นระบบองค์รวม (comprehensive framework policy) ภายใต้แนวคิดใน 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ Active People Active Environment Active Society และ Active System นำไปสู่การผลักดัน The Bangkok Declaration on Physical Activity for Global Health and Sustainable Development 2016 (กฎบัตรกรุงเทพฯ 2559) ที่เป็นวาระในระดับนานาชาติ ส่งผลให้นายกรัฐมนตรี “ประกาศนโยบายออกกำลังกายทุกวันพุธ” เมื่อ 22 พฤศจิกายน 2559 ในขณะที่ในระดับชาติ ได้มีการผลักดันนโยบายการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในมติสมัชชาสุขภาพครั้งที่ 10 การส่งเสริมให้คนไทยทุกช่วงวัยกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น และการพัฒนาพื้นที่เล่นสร้างเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยและวัยประถมศึกษา และ ในมติสมัชชาสุขภาพครั้งที่ 11 การร่วมสร้างสรรค์พื้นที่สาธารณะในเขตเมืองเพื่อสุขภาพสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน ซึ่งจะเป็นระบบเชิงนโยบาย ที่นำไปสู่การนำไปปฏิบัติ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเพิ่มกิจกรรมทางกายของประชาชนในทุกระดับต่อไป

นอกจากนี้ แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย สสส. มีบทบาทในการร่วมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ให้เกิด แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573 (แผนชาติ) รวมไปถึงการร่วมดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) นอกจากนี้ การดำเนินงานขับเคลื่อนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในช่วงระยะนี้เกิดกระแสค่านิยมในการมีกิจกรรมทางกาย ไม่ว่าจะเป็นวิงสู่ชีวิตใหม่ที่สร้างกระแสการมีกิจกรรมทางกายด้วยการวิ่งอย่างกว้างขวาง ก่อให้เกิดอุตสาหกรรมการจัดกิจกรรม และการท่องเที่ยวเชิงกีฬาเพิ่มขึ้น ทำให้สถานการณ์มีกิจกรรมทางกายเพียงพอของไทยในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จนกระทั่งในปี 2563 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่เกิดขึ้นได้ส่งผลกระทบต่อสังคมในทุกมิติรวมถึงพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกาย สสส. และภาคีทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาสังคมต่าง ๆ ได้เร่งดำเนินการรณรงค์และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ในการป้องกันโรค สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพ ตลอดจนส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายที่บ้าน (Fit from Home) ด้วยวิธีการต่าง ๆ โดยมีประชาชนถึงร้อยละ 82.8 ที่ได้รับความรู้ ข่าวสารที่รณรงค์และสนับสนุนโดย สสส. และภาคี โดยเฉพาะกลุ่มประชาชนที่ได้มีการรับข้อมูล ข่าวสาร แนวทางการมีกิจกรรมทางกายที่บ้าน จะมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมากกว่ากลุ่มประชาชนที่ไม่ได้รับข่าวสารถึง 1.445 เท่า (ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมอื่นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 โดยศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค) ต่อมาในปี 2564 ซึ่งเป็นช่วงที่ประชากรทุกกลุ่ม เริ่มเข้าสู่ระยะการปรับตัว รับรู้ข้อมูลข่าวสาร

แนวทางในการปฏิบัติตัว และเริ่มกลับมาดำเนินชีวิตทั้งการเรียน การทำงาน การมีกิจกรรมต่าง ๆ นอกบ้าน แต่ยังไม่เพียงพอสำหรับการฟื้นฟูสถานการณ์ให้กลับมาเป็นปกติ อย่างไรก็ตาม จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนของการหาแนวทางในการดำเนินนโยบายเพื่อฟื้นฟูระดับกิจกรรมทางกายของประชากรไทยให้กลับคืนสู่ระดับปกติ ซึ่งผลจากการฉายภาพสถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของกิจกรรมทางกายประเทศไทย โดยศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ชี้ให้เห็นว่า การเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ด้านกิจกรรมทางกายของประเทศไทยในภาพรวมจะมีแนวโน้มที่ดีขึ้นตามลำดับ ทว่าความเร็วในการฟื้นตัวของสถานการณ์จะขึ้นอยู่กับจุดคานงัดที่สำคัญคือ ทิศทางและจุดเน้นในการดำเนินการทางนโยบายในระดับประเทศ นั่นคือ หากจำลองสถานการณ์การฉายภาพความเป็นไปได้ในอีก 10 ปีข้างหน้า ออกเป็น 3 กรณี ดังรายละเอียดต่อไปนี้ กรณีที่ 1 หากใช้วิธีการรณรงค์และดำเนินการทางนโยบายในลักษณะเดียวกันกับที่เคยดำเนินการมาก่อนหน้าที่จะเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การเพิ่มขึ้นของระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของคนไทยจะค่อย ๆ เป็นไปอย่างช้า ๆ ตามช่วงระยะเวลา แต่จะมีช่วงบางปีที่มีการแกว่งตัวขึ้นลงอยู่บ้างด้วยปัจจัยความไม่คงที่ของการส่งเสริมกิจกรรม กรณีที่ 2 หากมีการเร่งรณรงค์ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โดยคิดค้นนวัตกรรมใหม่ที่สามารถเข้าถึงและส่งเสริมให้ประชากรไทยสามารถมีกิจกรรมทางกายได้ แม้จะอยู่ในช่วงระหว่างสถานการณ์วิกฤตและการแพร่ระบาด เช่น การรณรงค์เรื่องแนวทางการมีกิจกรรมทางกายที่บ้าน (Fit from Home) กรณีที่ 3 หากมีการระดมสรรพกำลังของภาคีต่าง ๆ ทั้งภาคประชาสังคม ภาควิชาการ และภาคนโยบาย ในการร่วมดำเนินนโยบายแบบหลากหลายและครอบคลุมทั้งมิติของตัวบุคคล พื้นที่สุขภาวะ สังคมสุขภาวะ การพัฒนาความร่วมมือแบบเครือข่ายสหสาขาวิชาชีพ หลากหลายหน่วยงาน (multi-disciplinary) เพื่อร่วมขับเคลื่อนนโยบายด้านกิจกรรมทางกาย นอกจากจะเป็นการดำเนินงานที่สอดคล้องกับมาตรการระดับสากลแล้ว การมุ่งเน้นพัฒนาระบบสนับสนุนและนวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพเพื่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โดยระบบจะสนับสนุนทั้งในแง่ของข้อมูล องค์ความรู้ ชุดความรู้ ต้นแบบ นวัตกรรม ที่แผนส่งเสริมมีต้นทุนการดำเนินงานที่พร้อมจะฟื้นฟูการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอให้กลับมา โดยยุทธศาสตร์ดังกล่าวนี้มุ่งเน้นให้เกิดผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินงานให้สนับสนุนและสอดคล้องกับห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome) ตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)

อนึ่ง ผลจากการดำเนินงานทางนโยบายด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของประเทศไทยในช่วงระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 นี้ ได้สร้างการรับรู้ถึงการให้ความสำคัญในการใช้การส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเป็นปัจจัยป้องกันการติดเชื้อและความรุนแรงของอาการในกลุ่มประชากรไทย ตลอดจนการเร่งพัฒนาองค์ความรู้และแนวทางการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในบริบทของการแพร่ระบาด ส่งผลให้ทางองค์การอนามัยโลกได้รับทราบและยกให้นวัตกรรมการทำงานของ สสส. เป็นหนึ่งในนวัตกรรมด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่สร้างผลกระทบต่อสังคม Innovative financing to scale physical activity and impact ดังปรากฏในเอกสาร Fair Play: Building a strong physical activity system for more active people

## นิยามเชิงปฏิบัติการ

**กิจกรรมทางกาย (physical activity)** หมายถึง การเคลื่อนไหวของร่างกายโดยกล้ามเนื้อโครงร่าง (skeletal muscles) ที่ทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานที่ส่งผลต่อสุขภาพ (ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก) แบ่งได้เป็น 3 ระดับตามการใช้ร่างกาย ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับหนัก (mild-moderate-vigorous) ซึ่งรวมอยู่ในรูปแบบกิจกรรม 3 ประเภท ได้แก่ กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวข้องกับการเดินทาง และกิจกรรมทางกายที่เกี่ยวข้องกับการนันทนาการและกีฬา (Work-Transport-Recreation) โดยแผนฯ ใช้เกณฑ์ชี้วัดตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก คือ The Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) เป็นเกณฑ์ติดตามผลและวัดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะเป็นการวัดทั้ง 3 รูปแบบกิจกรรม รวมถึงการใช้อุปกรณ์การวัดที่เป็นวิทยาศาสตร์ ได้แก่ อุปกรณ์วัดระดับกิจกรรมทางกาย และ Application ในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

**พฤติกรรมเนือยนิ่ง (sedentary behavior)** หมายถึง กลุ่มของพฤติกรรมในขณะที่ตื่น ที่มีการใช้พลังงานต่ำในระดับ  $\leq 1.5$  METs มักเกิดขึ้นระหว่างการนั่ง หรือเอนนอน เช่น การนั่งหน้าจอโทรทัศน์หรือคอมพิวเตอร์นานเกินไป การนั่งทำงานนานเกินไป ในระดับสากลใช้เกณฑ์การมีพฤติกรรมเนือยนิ่งติดต่อกันเกิน 2 ชั่วโมง ถือว่ามีความเสี่ยงต่อสุขภาพ และเมื่อสะสมทั้งวันแล้ว ไม่ควรเกินกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน

**สิ่งแวดล้อมสรรค์สร้างหรือพื้นที่สุขภาพ (built environment or healthy space)** หมายถึง เงื่อนไขทางกายภาพที่เป็นสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้าง ทั้งในบริเวณเปิดโล่งและในอาคาร ซึ่งเกี่ยวข้องกับ การผังเมือง ระบบขนส่งสาธารณะ การใช้ประโยชน์พื้นที่ทั้งในพื้นที่สาธารณะ พื้นที่เอกชน รวมไปถึงสถานที่ทางธรรมชาติ ที่ได้รับการออกแบบหรือการจัดการเพื่อสนับสนุนการสร้างโอกาสการมีกิจกรรมทางกายอย่างเท่าเทียมภายใต้กฎระเบียบข้อตกลงร่วมกัน อาทิ สนามเด็กเล่น ทางเท้า พื้นที่ชุมชน หรือพื้นที่อุทยานทางธรรมชาติ เป็นต้น

**เมืองที่เอื้อต่อการเดินและการใช้จักรยาน (walkable & cyclable city)** - เมือง/ชุมชนที่มีนโยบายส่งเสริมการเดิน และการใช้จักรยานในชีวิตประจำวันของประชาชน ด้วยการออกแบบและจัดการทั้งด้านกายภาพ เช่น ระบบการคมนาคม ความปลอดภัย ความสะดวก ความสวยงาม และการจัดการด้านสังคม วัฒนธรรม เช่น ความรู้สึกมีส่วนร่วม อัตลักษณ์ของพื้นที่

**กิจกรรมกีฬาที่ปลอดภัยปลอดบุหรี่** หมายถึง กิจกรรมการแข่งขันกีฬาทั้งระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับท้องถิ่นที่ประกาศใช้มาตรการปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ใน และรอบสนามกีฬา โดยมีการสื่อสารรณรงค์ไปถึงกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ชมกีฬา (ทั้งที่ชมในสนามและชมจากการถ่ายทอดทางสื่อ) ผู้เล่นกีฬา กรรมการตัดสิน ผู้สนับสนุน ผู้จัด และชุมชนรอบสนามกีฬา



## จุดเน้นของแผน

การจัดทำแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) ของแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย มีการกำหนดทิศทางการดำเนินงานให้เป็นไปตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ของ สสส. และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ระดับชาติ พร้อมทั้งจากสถานการณ์ปัจจุบัน ที่ประชากรไทยทุกกลุ่มวัยมีระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอลดลง ร่วมกับพฤติกรรมเนือยนิ่งสูงขึ้น แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายในช่วง 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) จึงมีเป้าหมายที่สำคัญ เพื่อฟื้นฟูระดับการมีกิจกรรมทางกายของคนไทยทุกช่วงวัยและทุกระดับให้กลับคืนมาโดยกำหนดค่าเป้าหมายในการทำงานอ้างอิงตามค่าเป้าหมายทั้งในระดับชาติ และนานาชาติตามข้อตกลงที่ประเทศไทยตกลงไว้ในสนธิสัญญา และแผนเชิงยุทธศาสตร์ต่าง ๆ รวมไปถึงกระตุ้นการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของคนไทย โดยมุ่งเน้นการทำงานให้มีความสอดคล้องและสนับสนุนการปรับตัวต่อวิถีชีวิตใหม่ของคนไทยหลังสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 และเตรียมพร้อมสู่การใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดี โดยกำหนดจุดเน้นการดำเนินงานของแผนฯ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ส่งเสริมการรณรงค์สร้างการรับรู้ ความตระหนัก และค่านิยมในระดับสาธารณะด้านการมีกิจกรรมทางกาย เพื่อสุขภาพในสังคมไทย โดยเน้นการสื่อสารรณรงค์เพื่อสร้างการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย ผ่านทางการสื่อสารในระดับสาธารณะ การสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อและช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและได้ผลในระดับกว้าง เพื่อให้ประชาชนมองเห็นถึงคุณค่าและประโยชน์ทั้งทางตรงและทางอ้อมของการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ก่อให้เกิดบรรยากาศ ค่านิยมและวัฒนธรรมของสังคม ที่ให้ความสำคัญกับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ
2. ส่งเสริมการเผยแพร่และขยายผลแนวทางการมีกิจกรรมทางกายหลังยุคโควิด-19 ของคนทุกกลุ่ม โดยเน้นให้เกิดการเผยแพร่และการถ่ายทอดองค์ความรู้ ชุดความรู้ ตลอดจนแนวทางการมีกิจกรรมทางกายที่สอดคล้องกับบริบทของวิถีชีวิตหลังยุคโควิด-19 ผ่านช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทั้งในแง่การรณรงค์ การให้ความรู้ ในทุกระดับ เพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายของคนทุกกลุ่มอย่างครอบคลุมและเท่าเทียม
3. หนุนเสริมการขยายผลแนวทางการจัดมหกรรมกีฬามวลชนสุขภาพที่มีมาตรฐาน ปลอดภัย ปลอดภัย เพื่อรองรับวิถีชีวิตใหม่ (next normal) โดยเน้นการสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคีผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการจัดมหกรรมกีฬามวลชนเพื่อสุขภาพในการนำใช้และขยายผลแนวทางการจัดการที่เป็นมาตรฐาน ปลอดภัย ปลอดภัย อันจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ส่งเสริมกิจกรรมทางกายได้เพิ่มมากขึ้น
4. สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาและดำเนินการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชนไทย อย่างเป็นระบบ และครอบคลุมบริบททั้งที่บ้าน โรงเรียน และชุมชน โดยจุดเน้นที่สำคัญคือพัฒนางานวิจัย องค์ความรู้นวัตกรรม การรณรงค์สื่อสาร และเครื่องมือวัดผล รวมทั้งการสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือของภาคีและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผลักดันให้เกิดยุทธศาสตร์ นโยบาย กลยุทธ์ ของครอบครัว สถานศึกษา ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และชุมชน เพื่อส่งเสริมให้เด็กหรือแม้กระทั่งเด็กเล็กต่ำกว่า 5 ปี ได้มีโอกาสในการมีกิจกรรมทางกายทั้งแบบมีโครงสร้าง และไม่มีโครงสร้าง รวมถึงการลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง
5. จุดประกายให้ชุมชนเป็นผู้ริเริ่มในการออกแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับประชากรกลุ่มที่มีการเคลื่อนไหวน้อยในชุมชนของตนอย่างเสมอภาค และให้ความสำคัญกับกระบวนการความร่วมมือของทุกภาคส่วนในชุมชน โดยเน้นให้หน่วยงาน องค์กร และทุกภาคส่วนในระดับชุมชนเป็นผู้ริเริ่มในการสร้างสรรค์ ออกแบบ ร่วมลงทุนและดำเนินการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่มีความเหมาะสมกับความต้องการ



และบริบทแวดล้อมของชุมชนตนเอง เริ่มตั้งแต่ในเรื่องของการให้ความรู้ความเข้าใจ การสร้างบรรยากาศ ในชุมชน การพัฒนาพื้นที่สุขภาวะ การส่งเสริมกิจกรรมและบริการทางสุขภาพที่สนับสนุนการมีกิจกรรม ทางกายเพื่อสุขภาพ มีการวิเคราะห์และให้ความสำคัญกับกลุ่มประชากรที่เป็นกลุ่มเคลื่อนไหวน้อย อาทิ เด็กและเยาวชน ผู้หญิง กลุ่มผู้ป่วย NCDs กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ รวมถึงกลุ่มอื่น ๆ ที่มีการเคลื่อนไหวน้อย ในพื้นที่

6. ส่งเสริมการพัฒนา ขยายผลต้นแบบสถานประกอบการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง โดยในเน้นการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อสร้างต้นแบบ ตลอดจนกระบวนการ และกลไกการขยายผลต้นแบบ สถานประกอบการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง ที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้พนักงาน บุคลากร ในหน่วยงานได้มีโอกาสในการมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมด้านสุขภาพ เกิดการดำเนินการในการสร้างพื้นที่ที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย และมีกิจกรรมส่งเสริมกิจกรรมทางกาย อย่างเหมาะสมตามบริบทของการทำงาน โดยผู้บริหารและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายขององค์กร
7. พัฒนาพื้นที่สาธารณะที่ประชาชนเข้าถึงได้ สานพลังการพัฒนาต้นแบบพื้นที่ขนาดเล็กละแวกบ้านเพื่อรองรับ การมีกิจกรรมทางกายในชีวิตวิถีใหม่ (next normal) รวมถึงการยกระดับการออกแบบเมืองเพื่อสนับสนุน การเดินเท้าและปั่นจักรยาน โดยเน้นประสานความร่วมมือระหว่างภาคีนโยบาย วิชาการ และประชาสังคม โดยให้การสนับสนุนข้อมูลประกอบการตัดสินใจ และนวัตกรรมต้นแบบที่มีประสิทธิภาพ เพื่อร่วมหารือและดำเนินการ ให้เกิดการออกแบบพัฒนาต้นแบบพื้นที่สาธารณะขนาดเล็กในละแวกบ้านในรูปแบบที่เหมาะสมกับพื้นที่ การปรับปรุงสภาพและลักษณะเชิงกายภาพของเมืองเพื่อสนับสนุนการเดินเท้าและปั่นจักรยาน ทั้งนี้เพื่อส่งเสริม ให้เกิดการเข้าถึงและเพิ่มโอกาสการมีกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพของประชากรอย่างครบมิติ
8. ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการออกแบบและผลักดันนโยบายสาธารณะในระดับประเทศด้านการส่งเสริมกิจกรรม ทางกายเพื่อสุขภาพและลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ร่วมกับหน่วยงานหลักทั้งใน และนอกภาคสุขภาพ โดยเน้นการร่วมกำหนดประเด็นทางนโยบายอย่างมีส่วนร่วม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิง ประจักษ์เพื่อยืนยันประสิทธิผลของนโยบาย การพัฒนากระบวนการผลักดันเชิงนโยบายเพื่อให้สามารถนำสู่ การดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม
9. พัฒนาระบบสนับสนุน และนวัตกรรมเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง โดยสนับสนุนให้เกิดระบบ เฝ้าระวังสถานการณ์ ฐานข้อมูลสารสนเทศด้านกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมทางสุขภาพในมิติที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนนวัตกรรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่มีความคุ้มค่า รวมไปถึงการพัฒนากลไกผลักดันให้เกิดนโยบาย มาตรการ การขยายผลนโยบาย และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินการ ส่งเสริมกิจกรรมทางกายเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

### เป้าหมาย

สัดส่วนประชากร  
กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วม  
กิจกรรมกับ สสส.  
และภาคีเครือข่าย  
มีกิจกรรมทางกายเพียงพอเพิ่มขึ้น

### ผลลัพธ์

1. ความชุกการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอในกลุ่มเป้าหมายที่ร่วมกิจกรรมกับ สสส. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 71 ในปี 2570
2. ระยะเวลาเฉลี่ยของการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งของประชากรกลุ่มเป้าหมายลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับปีฐาน (ระยะเวลาเฉลี่ยการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งของประชากรไทย ปี 2564 อยู่ที่ 14.27 ชั่วโมงต่อวัน)
3. ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย สสส. เกิดความรอบรู้ด้านกิจกรรมทางกาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 55 ในปี 2570
4. ความร่วมมือการขับเคลื่อนนโยบายและกระบวนการติดตามประเมินผลนโยบายการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573
5. นโยบายสาธารณะด้านพื้นที่สุขภาวะ และพื้นที่สุขภาวะรูปธรรมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายที่ประชาชนเข้าถึงและขยายผลได้

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมความรู้ ความตระหนัก และโอกาสเพื่อให้บุคคลทุกกลุ่มและทุกช่วงวัยได้ตระหนักถึงการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอและลดพฤติกรรมเนือยนิ่งที่ส่งผลต่อภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)
2. เพื่อสร้างค่านิยมและบรรทัดฐานของสังคมให้เห็นและเข้าใจถึงประโยชน์ของการมีกิจกรรมทางกาย และเกิดการยกระดับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการดำเนินงาน
3. เพื่อส่งเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายสำหรับคนทุกกลุ่มทุกช่วงวัย ให้มีกิจกรรมทางกายในวิถีชีวิตใหม่
4. เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการทำงานด้านส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้เกิดประสิทธิภาพ

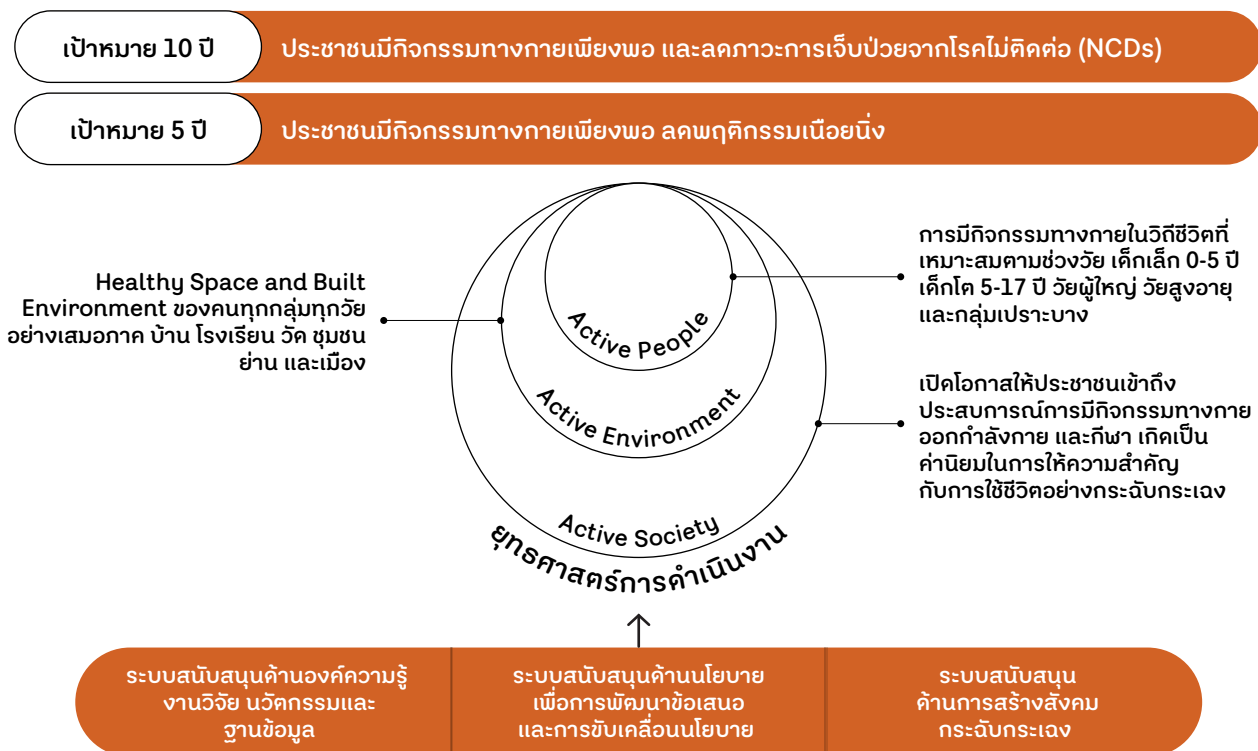
## ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ทางสังคม และรองรับกับชีวิตวิถีใหม่แบบ next normal โดยกำหนดให้มี **ยุทธศาสตร์ 3 Actives** ขึ้นเพื่อเป็นยุทธศาสตร์หลักในการทำงานด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายร่วมกับภาคที่เกี่ยวข้อง โดยยุทธศาสตร์ดังกล่าวมุ่งเน้นให้เกิดผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินงานให้สนับสนุนและสอดคล้องกับห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome) ตามเป้าหมาย 10 ปีของ สสส. โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. **Active People: ส่งเสริมให้คนกระฉับกระเฉง** ผ่านการส่งเสริมความรู้ ความตระหนัก และโอกาสเพื่อให้บุคคลทุกกลุ่มและทุกช่วงวัย มีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ โดยส่งเสริมและกระตุ้นปัจจัยภายในตัวบุคคลให้มีความรอบรู้ทางกาย (physical literacy) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ในการออกแบบและสร้างโอกาสในการมีกิจกรรมทางกายในวิถีชีวิตที่เหมาะสมตามช่วงวัย
2. **Active Environment: สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย** เป็นการจัดการกระตุ้นจากภายนอก (extrinsic factor) มุ่งเน้นการจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย ไม่ว่าจะเป็นการจัดการสภาพแวดล้อมในโรงเรียนทั้งโปรแกรมการเรียนการสอน สภาพแวดล้อม ฯลฯ การส่งเสริมการสัญจรที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉงสำหรับประชากรทุกกลุ่ม การสร้างผังเมืองที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายและนันทนาการ การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในสถานที่ทำงาน และการจัดการสภาพแวดล้อมในชุมชนให้ประชาชนเข้าถึงการส่งเสริมกิจกรรมทางกายได้อย่างเท่าเทียมและทั่วถึง
3. **Active Society: สังคมกระฉับกระเฉง** เป็นการสร้างค่านิยมของสังคมที่เห็นและเข้าใจถึงประโยชน์ของกิจกรรมทางกาย และการยกระดับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดบรรทัดฐานของสังคมที่กระฉับกระเฉงไม่เนือยนิ่ง โดยการสรรสร้างปัจจัยเอื้อและสนับสนุนให้เกิดการเชื่อมต่อระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยสภาพแวดล้อมภายนอกอย่างเหมาะสมตามบริบทสังคม กระทั่งกลายเป็นสังคมสุขภาวะ (healthy society) ที่มีการรับรู้ ทราบถึงประโยชน์ และค่านิยมในการให้ความสำคัญกับการใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉงไม่เนือยนิ่ง

ขณะเดียวกัน เพื่อเป็นการสนับสนุนให้กระบวนการทำงานตามประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ข้างต้นประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายจึงได้มีการออกแบบระบบสนับสนุน (Active System) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาาระบบสารสนเทศ และนวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพเพื่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง โดยการพัฒนาองค์ความรู้ งานวิจัย นวัตกรรม และฐานข้อมูลสำคัญ ประกอบกับสนับสนุนให้เกิดกลไกเพื่อพัฒนานโยบายหรือมาตรการระดับชาติและท้องถิ่น ไปพร้อมกับแนวทางการขับเคลื่อนขยายผลนโยบาย รวมทั้งแผนการสื่อสารรณรงค์สาธารณะเพื่อสร้างบรรทัดฐานและค่านิยมในสังคมให้ประชาชนมีวิถีชีวิตที่กระฉับกระเฉง

## กรอบแนวคิดเชิงยุทธศาสตร์แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (conceptual framework)



กรอบแนวคิดเชิงยุทธศาสตร์แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (conceptual framework) มียุทธศาสตร์สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) การส่งเสริมให้คนมีวิถีชีวิตกระฉับกระเฉง (Active People) 2) การจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย (Active Environment) 3) ส่งเสริมสังคมที่กระฉับกระเฉง (Active Society) ทั้งนี้ยังมีระบบและกลไกสนับสนุน (Active System) ที่สำคัญเพื่อสนับสนุนองค์ความรู้ นวัตกรรมและฐานข้อมูล กลไกการติดตามประเมินผล สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบาย รวมทั้งการสื่อสารเพื่อสร้างกระแสให้เกิดค่านิยมกิจกรรมทางกายในวิถีชีวิต

### กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

สามารถแบ่งกลุ่มเป้าหมายออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

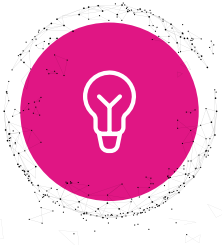
1. **กลุ่มเป้าหมายตามช่วงวัย** ได้แก่ เด็กปฐมวัย (ต่ำกว่า 5ปี) เด็กและวัยรุ่น (5-17 ปี) วัยผู้ใหญ่ (18-59 ปี) และ วัยผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ซึ่งหมายรวมไปถึงประชากรกลุ่มเฉพาะที่มีความเปราะบางตามช่วงวัย อาทิ กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง (NCDs) กลุ่มคนพิการ ผู้มีรายได้น้อย เป็นต้น
2. **กลุ่มเป้าหมายเชิงพื้นที่การดำเนินงาน (setting)** ได้แก่ บ้าน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สถานศึกษา สถานประกอบการ ศาสนสถาน พื้นที่ละแวกบ้าน พื้นที่ชุมชน พื้นที่ย่านเมือง และพื้นที่สาธารณะอื่น ๆ รวมไปถึงพื้นที่ออนไลน์

## แนวทางดำเนินงาน

1. การสนับสนุนภาคีภาคนโยบาย ภาคประชาสังคม และภาควิชาการในการเร่งรณรงค์ เพื่อสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก และการทราบถึงประโยชน์ของการมีกิจกรรมทางกายทั้งทางตรงและทางอ้อมเพื่อให้เกิดบรรทัดฐานของสังคมที่กระฉับกระเฉงไม่น้อยหนึ่ง
2. การส่งเสริมและทำงานร่วมกับภาคีเชิงยุทธศาสตร์ระดับกระทรวงเพื่อยกระดับแนวทางการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในวิถีชีวิตแบบ next normal ในประชากรทุกกลุ่ม
3. การพัฒนาและขยายผลต้นแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในพื้นที่ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชากรทุกกลุ่มวัย เพื่อให้เกิดโอกาสในการเข้าถึงและมีประสบการณ์ตรงในการมีกิจกรรมทางกายในระดับวิถีชีวิต
4. การสนับสนุนให้เกิดการพัฒนากระบวนการสนับสนุนการทำงานด้านส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในแง่มิติของฐานข้อมูล งานวิจัย นวัตกรรม กลไกการขับเคลื่อนนโยบาย รวมถึงการวิเคราะห์และจัดการความเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลง และอุบัติการณ์ในสังคม

## งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)				
	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	220.00	230.00	250.00	250.00	250.00



## แผน 10 แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา

### สรุปภาพรวมระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570)

**ที่มาและความสำคัญ** ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ แผนเฉพาะในแต่ละด้าน และทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี

ระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญาส่งผลต่อสุขภาวะอย่างลึกซึ้ง โดยสื่อส่งผลกระทบต่อสุขภาวะทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น การใช้สื่อโดยเฉพาะสื่อสังคมออนไลน์มากเกินไปจะมีผลต่อสุขภาพจิตทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล หรือคนที่ใช้สื่อมากเกินไปจะเกิดสภาวะเหนื่อยนิ่ง มีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นและส่งผลต่อการเกิดโรคกลุ่มไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นต้น ขณะที่สุขภาวะทางปัญญา (spiritual health) นั้นเป็นหนึ่งในเป้าหมายสู่การมีสุขภาวะ 4 มิติ ตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) โดยข้อมูลทางวิชาการได้ชี้ให้เห็นประจักษ์ว่า สุขภาวะทางปัญญาเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะอีก 3 ด้านอย่างไม่อาจแยกจากกันได้

ด้วยเหตุนี้ แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา (แผน 10) จึงมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนให้เป้าหมาย 10 ปีบรรลุผล อีกทั้งยังมีความเกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติที่มีความสำคัญ ได้แก่ **แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี** (ยุทธศาสตร์ ข้อที่ 7 – ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ พัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ) **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13** (หมายเหตุที่ 12 – ไทยมีกำลังคนสมรรถนะสูง มุ่งเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ตอบโจทย์การพัฒนาแห่งอนาคต การพัฒนาเด็กช่วงตั้งครรภ์ถึงปฐมวัยให้มีพัฒนาการรอบด้าน ให้มีอุปนิสัยที่ดี การพัฒนาผู้สูงอายุให้เป็นพลเมืองผู้มีคุณค่าของสังคม และการพัฒนาระบบนิเวศเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต และสร้างสื่อการเรียนรู้ที่ไม่ทิ้งใครไว้เบื้องหลัง) **แผนการปฏิรูปประเทศ** (ข้อ 48 – ด้านสื่อสารมวลชนเทคโนโลยีสารสนเทศ การทำให้สื่อเป็นโรงเรียนของสังคม และ ข้อ 49 – แผนการปฏิรูปประเทศด้านสังคม คนไทยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่การมีจิตสาธารณะเพิ่มขึ้น) **ดัชนี SDG** (ข้อ 3 – การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ข้อ 4 – การศึกษาที่มีคุณภาพ และ ข้อ 16 – สันติภาพและสถาบันเข้มแข็ง) **ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3** (ข้อ 6 – การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ข้อ 7 – การสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อ 10 – สุขภาพจิต และ ข้อ 11 – สุขภาพทางปัญญา)

นอกจากนี้ แผน 10 ยังมีบทบาทสนับสนุนแผนระดับรองที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสื่อและสุขภาวะทางปัญญาที่สำคัญคือ แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ แผนการเสริมสร้างการรู้เท่าทันสื่อออนไลน์ในเด็กและเยาวชน โดยคณะกรรมการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา (ข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องการพัฒนาและขยายสื่อที่ดีสำหรับเด็ก เยาวชน และครอบครัว การสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้และเสริมสร้างการรู้เท่าทันสื่อสำหรับเด็กและเยาวชน การผลักดันกฎหมายว่าด้วยการกระทำความผิดต่อเด็กผ่านสื่อออนไลน์)



## การดำเนินงานที่ผ่านมา

ที่ผ่านมา แผน 10 กำหนดเป้าหมายหลักให้ “คนในสังคมไทยมีสุขภาวะทางปัญญา และสามารถสื่อสารเพื่อขับเคลื่อนสังคมสุขภาวะ” โดยมุ่งสร้างความเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย และด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยนำไปสู่ผลสำคัญ ดังนี้

1. **เกิดนักสื่อสารสุขภาวะที่มีสมรรถนะสูง** สามารถสื่อสารหรือดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ ชุมชนกายภาพและออนไลน์ เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง จำนวนมากกว่า 3,500 คน/ปี โดยประมาณ 500 คนในจำนวนนี้ มีสถานะเป็นผู้นำทางความคิด (Key Opinion Leader: KOL) และผู้ที่มีอิทธิพลต่อการสร้างความเปลี่ยนแปลง (influencer) ของกลุ่มเป้าหมายทุกช่วงวัย
2. **ระบบการสื่อสารได้รับการเพิ่มคุณภาพให้แก่องค์ประกอบหลักทั้ง 4 ด้าน (ผู้ส่งสาร-ผู้รับสาร-สาร-ช่องทางการสื่อสาร: S-M-C-R) เพื่อให้เอื้อต่อการสร้างสุขภาวะ** โดยเกิดการพัฒนาเนื้อหา รูปแบบการสื่อสาร และปฏิบัติการทางสังคมที่มุ่งพัฒนาศักยภาพประชาชนทุกช่วงวัย ให้เป็นผู้ใช้และสร้างสรรค์สื่อที่มีทักษะเท่าทันสื่อสารสนเทศและดิจิทัล (MIDL) ความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาวะทางปัญญา และร่วมฟื้นคืนชีวิตและสังคมในภาวะวิกฤติ พร้อมยกระดับสู่การขยายผลเพื่อสร้างผลลัพธ์อย่างก้าวกระโดดผ่านกรณีต้นแบบจากบริบทที่หลากหลาย
3. **เกิดวิถี ช่องทาง และพื้นที่ เพื่อพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา** ที่ผ่านการประเมินผลพบว่า ช่วยโน้มนำให้เกิดการรับฟัง การให้ และจิตอาสาเพื่อเกื้อกูลสังคม มีศักยภาพต่อการขยายผล
4. **เกิดพื้นที่ปฏิบัติการสื่อสารสุขภาวะและเฝ้าระวังตรวจสอบสื่ออย่างมีส่วนร่วม** ทั้งในชุมชนทางกายภาพและออนไลน์ โดยมีผลการขับเคลื่อนเป็นรูปธรรมกระจายอยู่ในทุกภูมิภาคของประเทศ รวมทั้งพื้นที่สื่อดิจิทัล อย่างเช่น Cofact ซึ่งเป็นพื้นที่สาธารณะที่เปิดให้ทุกคนร่วมเฝ้าระวังข่าวลวง (fake news) หรือข้อมูลบิดเบือน (disinformation)
5. **เกิดข้อมูล องค์ความรู้ และเครื่องมือจากการจัดการความรู้ที่นำมาใช้สนับสนุนปฏิบัติการ และขับเคลื่อนนโยบาย** เพื่อสร้างสรรค์และธำรงรักษาสมดุลของระบบนิเวศสื่อสุขภาวะและสุขภาวะทางปัญญา เช่น หลักสูตรแนวปฏิบัติที่ดี ข้อมูลที่เท่าทันสถานการณ์ความเปลี่ยนแปลง องค์ความรู้ ชุดความรู้ กระบวนการส่งเสริมการเรียนรู้ ฯลฯ รวมถึงการนำองค์ความรู้เพื่อการพัฒนาขับเคลื่อนกลไกเชิงนโยบาย กฎหมาย มาตรการ หรือประกาศของหน่วยงานรัฐทั้งในระดับชาติ จังหวัด และท้องถิ่น ตลอดจนข้อตกลงของสังคมหรือพื้นที่ปฏิบัติการระดับต่าง ๆ ในประเด็นการพัฒนาทักษะเท่าทันสื่อ การคุ้มครองเด็กจากภัยออนไลน์

## วิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับบริบทการจกทำแผนหลัก

สถานการณ์ระดับโลกยังคงเต็มไปด้วยความผันผวน (Volatility) ไม่มีความแน่นอน (Uncertainty) ซับซ้อน (Complexity) คลุมเครือ (Ambiguity) หรือ VUCA และยุคแห่งการเปลี่ยนผ่านทางเทคโนโลยี (disruptive technology) ได้นำไปสู่ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญาในระยะ 5 ปีจากนี้ไปอย่างชัดเจน และต่อเนื่อง ร่วมด้วยปัจจัยอื่น ๆ ที่สำคัญดังนี้

## 1. สถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา

**ด้านสังคม** – นับตั้งแต่ปี 2565 โครงสร้างประชากรของประเทศไทยได้ก้าวสู่ “สังคมสูงวัยสมบูรณ์” โดยมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ในอัตราร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมด นอกจากนี้ ยังปรับเปลี่ยนไปสู่การเป็น “สังคมพหุวัฒนธรรม” อย่างรวดเร็ว ทั้งในโลกกายภาพและโลกออนไลน์ สภาพเช่นนี้ส่งผลกระทบต่อความเป็นไปในสังคมทุกด้าน และกระทบต่อบทบาท ภาระหน้าที่ วิถีชีวิต ค่านิยม และวัฒนธรรมของคนทุกวัย ทำให้สมรรถนะในการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์เท่าทันความเปลี่ยนแปลงอันรวดเร็วของยุคสมัย เพื่อให้สามารถรักษาสมดุลทั้งทางกายและใจ และสานสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมให้ดำเนินไปอย่างเป็นปกติสุขและเกื้อกูลกัน กลายเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับคนทุกวัยในการดำรงตนอย่างมีสุขภาวะ

**ด้านเศรษฐกิจ** – ความเหลื่อมล้ำทางรายได้ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยมายาวนานได้ทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น หลังเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งยืดเยื้อจนคาดว่าอาจนานถึง 5 ปี และมีแนวโน้มที่จะเป็นภัยคุกคามที่สำคัญด้วยปัญหาเศรษฐกิจซบเซาต่อเนื่อง ภาวะเงินเฟ้อ การเกิดสงคราม ฯลฯ ทำให้กลุ่มประชากรที่มีรายได้น้อยและเปราะบางเสี่ยงต่อการสูญเสียสุขภาวะ เพราะขาดโอกาสเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การมีทักษะที่จำเป็นสำหรับดำรงชีวิตได้อย่างเท่าทันการเปลี่ยนแปลงของโลก เพิ่มสัดส่วนขึ้น

**ด้านเทคโนโลยี** – ยุคแห่ง “เทคโนโลยีที่สร้างความพลิกผัน” (disruptive technology) ยังคงดำเนินต่อไป และเป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตในทุกมิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง วิวัฒนาการของเทคโนโลยี 6G ที่จะทำให้การเดินทางของข้อมูลในรูปแบบดิจิทัลรวดเร็วยิ่งขึ้น และระบบอินเทอร์เน็ตที่จะเปลี่ยนผ่านไปสู่ระบบ Web 3.0 ที่ผู้ใช้งานจะมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของและกำหนดความเป็นไปในโลกดิจิทัลได้ ดังตัวอย่างของเมตาเวิร์ส (Metaverse) ซึ่งคาดว่าอีก 4 ปีข้างหน้า ประชากร 1 ใน 4 จะใช้เวลาอย่างน้อย 1 ชั่วโมง ในแพลตฟอร์มนี้ แนวโน้มดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมทางสุขภาพของประชาชนอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านบวกและลบ ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ อีกทั้งยังเผชิญความท้าทายในเรื่องความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงและเท่าทันเทคโนโลยี (digital divide) รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงจากภัยคุกคามในโลกออนไลน์

**ด้านสุขภาพ** – ภาวะวิกฤติจากการระบาดของโรคโควิด-19 ยังไม่อาจคาดเดาทิศทางได้แน่นอน ขณะเดียวกัน การฟื้นฟูผลกระทบที่เกิดขึ้นยังมีความท้าทาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านจิตใจของกลุ่มผู้ได้รับความสูญเสียและมีความเปราะบาง รวมทั้ง ด้านพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน ขณะเดียวกัน ภาวะโลกร้อน สภาพอากาศแปรปรวน และการสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ ซึ่งเป็น 3 ความเสี่ยงสำคัญของโลกในระยะยาว ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่คุกคามสุขภาพพลโลก ดังนั้น การพัฒนาสุขภาวะเพื่อเตรียมจิตใจให้พร้อมดำเนินชีวิตในสภาพความตึงเครียดที่สะสมยาวนาน สามารถเผชิญความเปลี่ยนแปลง และปรับการใช้ชีวิตให้ยืดหยุ่น (resilience) ค็นสูงสุดสมดุลได้เสมอ จึงเป็นสิ่งทวีความสำคัญอย่างยิ่งในช่วงเวลานับจากนี้ไป

## 2. สถานการณ์ของระบบสื่อและสุขภาวะทางปัญญา

ท่ามกลางระบบสื่อที่ควบรวมทั้งสื่อกายภาพและสื่อออนไลน์อย่างสิ้นไหลและเชื่อมเข้ามาบรรจบกัน (convergence) ซึ่งเป็นประสบการณ์ใหม่ของคนในสังคม ปัญหาของระบบสื่อและสิ่งที่คุกคามสุขภาวะทางปัญญาที่เกิดสืบเนื่องมา ยังคงดำรงอยู่และแสดงผลให้เห็นชัดเจนมากยิ่งขึ้น อย่างเช่น สภาพเสมือน “ดาบสองคม” ของสื่อยุคใหม่ที่เพิ่มพลังอำนาจให้แก่ทุกคนในการเรียนรู้ พัฒนาตนเอง และเข้าร่วมมีบทบาทในการกำหนดความเป็นไปของสังคม นำไปสู่

การเสริมสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือระหว่างคนจำนวนมากที่มีแนวคิดและความสนใจร่วมกันได้แบบไร้พรมแดน สะดวก รวดเร็ว โดยทำลายอุปสรรคด้านพื้นที่และเวลา (space & time) อันเป็นข้อจำกัดของโลกกายภาพได้อย่างสิ้นเชิง แต่ขณะเดียวกัน ปัญหาจากการขาดระบบกำกับควบคุมและกลไกเฝ้าระวังเนื้อหาด้านลบในสื่อดิจิทัลยังส่งผลกระทบต่อที่รุนแรง ขณะที่ประชาชนยังขาดทักษะเท่าทันสื่อสมัยใหม่ (Media Information and Digital Literacy: MIDL) และความรอบรู้การใช้สื่อเพื่อสุขภาพ (health literacy) ร่วมด้วยปัญหาความขัดแย้งแบ่งขั้วแบ่งฝ่าย ความขัดแย้งทางความคิดของผู้คนแต่ละช่วงวัย อันส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในสถาบันครอบครัว ความเหลื่อมล้ำทางสังคมและสุขภาพ “ช่องว่างทางดิจิทัล” (digital divide) ซึ่งเป็นความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงสารสนเทศและความรู้ และวิถีการเรียนรู้ของคนไทยที่ก้าวไม่ทันการเปลี่ยนแปลงของโลกในศตวรรษที่ 21

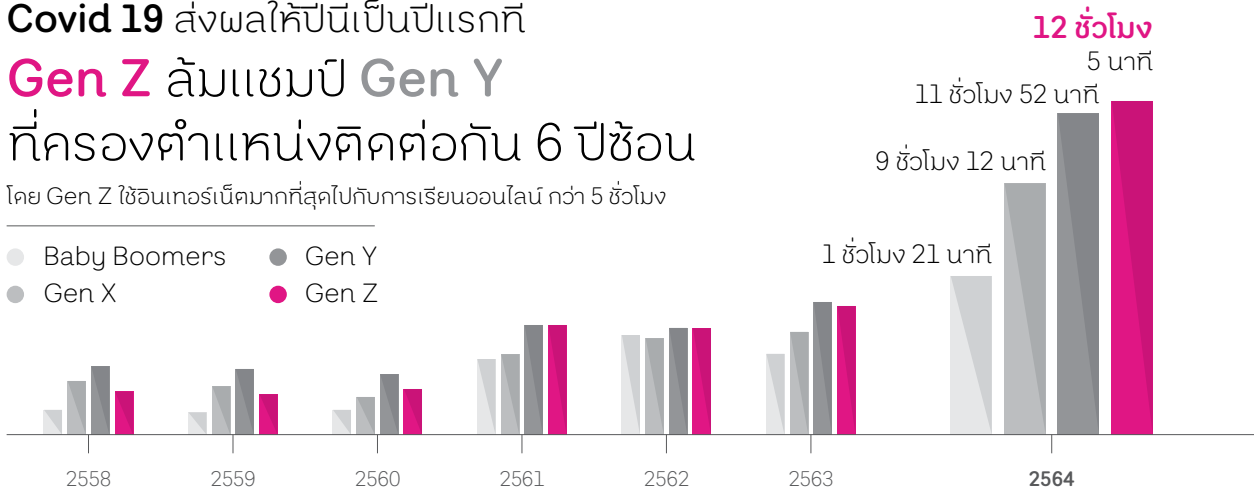
ท่ามกลางสภาพปัญหาและความไม่สมดุลในระบบสื่อที่นำไปสู่ความเสี่ยงต่อสุขภาพดังกล่าว คนไทยยังถูกรังให้เข้าไปสู่ระบบนิเวศสื่อที่ตนเองไม่รู้เท่าทันและเสี่ยงต่อการถูกคุกคามโดยยากจะหลีกเลี่ยง เพราะความจำเป็นที่ต้องรักษาระยะห่างทางสังคมเพื่อป้องกันการติดโรคระบาด

“ชีวิตวิถีใหม่” (new normal) ที่ผลักดันให้คนไทยทุกวัยต้องดำเนินกิจกรรมแทบทุกด้านผ่านช่องทางสื่อออนไลน์ ทั้งด้านการเข้าถึงสวัสดิการต่าง ๆ ของรัฐ การเรียนหนังสือ การทำงาน การจับจ่ายใช้สอย และสนทนาการ ส่งผลให้จำนวนคนไทยที่ใช้อินเทอร์เน็ตในปี 2565 สูงยิ่งกว่าที่เคยเป็นมา คือสูงถึง 64 ล้านคน หรือ ร้อยละ 85 ของประชากรทั้งหมด คนทุกวัยใช้เวลาในสื่อนี้มากขึ้น เฉลี่ย 10 ชั่วโมง 36 นาทีต่อวัน โดยเด็กและเยาวชนใช้เวลาเฉลี่ย 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ขณะที่ปกติไม่ควรเกิน 16 ชั่วโมงต่อสัปดาห์<sup>67</sup> กลุ่ม “เจน Z” ซึ่งเกิดระหว่างปี 2540-2555 (อายุ 10-25 ปี) เป็นกลุ่มที่ใช้เวลากับสื่อออนไลน์มากที่สุด

## Covid 19 ส่งผลให้ปีนี้ในปีแรกนี้ Gen Z ล้มแชมป์ Gen Y ที่ครองตำแหน่งติดต่อกัน 6 ปีซ้อน

โดย Gen Z ใช้อินเทอร์เน็ตมากที่สุดไปกับการเรียนออนไลน์ กว่า 5 ชั่วโมง

- Baby Boomers
- Gen X
- Gen Y
- Gen Z



### กิจกรรมออนไลน์ ยอดฮิตของ Gen Z



เรียนออนไลน์  
5 ชั่วโมง 23 นาที



ดูรายการโทรทัศน์/ดูคลิป/  
ดูหนัง/ฟังเพลงออนไลน์



ติดต่อ  
สื่อสารออนไลน์

<sup>67</sup> สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2565). “รายงานสุขภาพคนไทย 2565: ครอบครัวไทยในวิกฤตโควิด-19”.

นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

สภาพที่เกิดขึ้นในระบบสื่อยุคที่เทคโนโลยีสื่อและการสื่อสารเดิมถูกแทนที่ด้วยนวัตกรรมใหม่ (media disruption) ได้พลิกวิถีการใช้สื่อและส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของคนทุกวัยอย่างลึกซึ้ง จากการทำให้คนทุกวัยกลายเป็น **ผู้ผลิตสื่อ ผู้ใช้สื่อ และผู้เผยแพร่สื่อ (User Generated Content: UGC)** ที่สามารถพลิกบทบาทได้ภายในเวลาเพียงเสี้ยววินาที และนำไปสู่ผลกระทบทั้งด้านลบ เช่น การเผยแพร่เนื้อหาบิดเบือน คุกคามผู้อื่น หรือทำให้ตนเองตกอยู่ในอันตราย ฯลฯ หรือด้านบวก เช่น การเรียนรู้สิ่งใหม่ การเข้าถึงโอกาสที่เปิดกว้าง หรือการแสดงบทบาทพลเมืองที่มีส่วนร่วม สร้างความเปลี่ยนแปลง ฯลฯ ก็ได้ทั้งสองทาง

อย่างไรก็ตาม คนทุกวัยยังไม่ตระหนักถึงสภาพใหม่เมื่อเข้าสู่ระบบสื่อยุคใหม่ในฐานะ UGC ทั้งต่อพลังอำนาจและความเสี่ยงดังกล่าว เพราะขาดโอกาสรับรู้และเรียนรู้ทักษะ ที่จะทำให้พร้อมสำหรับการรู้เท่าทันต่อการเป็นผู้ผลิตสื่อ ผู้ใช้สื่อ และผู้เผยแพร่สื่ออย่างมีความสุข

ในสภาพที่ขาดความรู้เท่าทันดังกล่าว ปัจจุบันคนไทยทุกวัยดำเนินกิจกรรมอยู่ในระบบนิเวศสื่อที่ขาดสมดุลและเสี่ยงต่อสุขภาวะทุกมิติ ทั้งที่ผู้อื่นสร้างและที่ตนเองสร้างขึ้นโดยไม่ทันรู้ตัว จนทำให้เกิดการแพร่ระบาดของข้อมูลเท็จ (infodemic) การใช้ถ้อยคำรุนแรงนำไปสู่ความเกลียดชัง (hate speech) การกลั่นแกล้ง (cyber bullying) การล่อลวง บ่อนปนออนไลน์ สื่ออนาจาร สินค้าผิดกฎหมายและเป็นอันตรายต่อสุขภาพ อย่างเช่น บุหรี่ไฟฟ้า ฯลฯ ขณะเดียวกัน จรรยาบรรณที่กำกับควบคุมการทำหน้าที่ของสื่อมวลชนมีอาชีพก็ไม่สามารถถ่วงดุลในระบบนิเวศสื่อยุคปัจจุบันและนับจากนี้ได้ เพราะสื่อมวลชนไม่ได้เป็นผู้ผูกขาดการผลิตสื่ออีกต่อไป แต่ผู้ผลิตสื่อที่ทรงอิทธิพลกลายเป็นคนธรรมดาในฐานะ UGC ที่แสดงบทบาทเป็น “สื่อ” บนพื้นที่ (platform) ที่เข้าถึงมวลชนจำนวนมากได้อย่างรวดเร็วฉับพลัน โดยพ้นจากการกำกับดูแลด้วยกรอบจรรยาบรรณสื่อ

กลไกกำกับดูแลความปลอดภัยในระบบสื่อที่เต็มไปด้วยความเสี่ยงดังกล่าวยังก้าวตามความเปลี่ยนแปลงไม่ทัน และทำงานแบบแยกส่วนขาดการเชื่อมต่อ จนไม่สามารถแจ้งเตือนภัย ปกป้องผู้ใช้สื่อ หรือจัดการกับผู้ละเมิดจริยธรรมในระบบสื่อได้อย่างทั่วถึงและเท่าทันสถานการณ์ ขณะที่สารที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว จนมีปริมาณมหาศาล กระจายอยู่ในระบบนิเวศสื่อย่อย ๆ (micro-ecosystem) ที่เกิดขึ้นตามกลุ่มวัย รสนิยมเฉพาะ (segmented) จนสุดวิสัยที่จะกำกับควบคุมด้วยนโยบายหรือกลไกที่จัดการแบบแนวตั้ง (top down) ได้อีกต่อไป

ในระบบนิเวศสื่อดังกล่าว คนทุกช่วงวัยต่างกำลังประสบกับความเสี่ยงต่อสุขภาวะ ในจำนวนนี้กลุ่มเด็ก เยาวชน และผู้สูงวัยเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการถูกคุกคามมากที่สุด โดยเด็กอายุ 9-12 ปี เคยพบการกลั่นแกล้งในโลกออนไลน์ (cyber bullying) โดยเป็นทั้งผู้กระทำและเป็นเหยื่อจากการถูกกระทำโดยไม่รู้ตัว เคยถูกกลั่นแกล้งผ่านโลกออนไลน์ ร้อยละ 42 กลั่นแกล้งเพื่อนในโลกออนไลน์ ร้อยละ 26 เคยเห็นภาพโป๊เปลือย และเว็บไซต์การพนัน ร้อยละ 83<sup>68</sup> ผลการสำรวจเด็กวัย 6-18 ปี จำนวนกว่า 15,000 คน พบว่า ร้อยละ 61 มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเกมออนไลน์ เพราะเล่นเกมมากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน<sup>69</sup>

68 ศรีดา ตันหะอริพานิช. (2563). “การสำรวจสถานการณ์เด็กไทยกับภัยออนไลน์ ประจำปี 2563”.

COPAT กรมกิจการเด็กและเยาวชน ร่วมกับ มูลนิธิอินเทอร์เน็ตร่วมพัฒนาไทย. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอ็กซ์แอล อิมเมจจิง จำกัด.

69 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2565).

คนไทยเกือบครึ่งมีประสบการณ์ถูกหลอกหลวงในช่วง 1 ปีและประมาณ 2 ใน 5 ตกเป็นเหยื่อ การใช้โทรศัพท์เพื่อหลอกหลวงมากกว่า 6.4 ล้านครั้ง และการหลอกหลวงออนไลน์เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ โดยกลุ่มผู้สูงอายุเป็นเหยื่อที่มีมูลค่าความเสียหายสูงกว่าคนทุกช่วงวัย<sup>70</sup> และ ร้อยละ 16 ของผู้สูงอายุรู้ว่าเคยถูกหลอกหลวงจากการเปิดรับสื่อ<sup>71</sup>

พฤติกรรมการใช้สื่อในยุคแห่งการเข้าสู่โลกดิจิทัลอย่างสมบูรณ์ แม้ว่าคนทุกวัยสามารถเข้าถึงสื่ออินเทอร์เน็ตและมีจำนวนผู้ใช้อินเทอร์เน็ตที่ค่อนข้างสูง และใช้เวลากับสื่อออนไลน์มากขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตร้อยละ 80.6 ระบุว่า ใช้ด้านความบันเทิง<sup>72</sup> เว็บไซต์ที่คนไทยเข้าชมมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ Google YouTube Facebook Pantip และ Shopee โดยคำสืบค้น (keyword) ที่คนไทยใช้ค้นหาใน 5 อันดับแรกคือ “หนัง ห่วย แพลตฟอร์ม และเพลง” เหตุผลการใช้อินเทอร์เน็ตของคนไทยส่วนใหญ่ ระบุว่า เพื่อการค้นหาข้อมูล ร้อยละ 67.6 ใช้เพื่อติดตามข่าวสารและเหตุการณ์ต่าง ๆ ร้อยละ 64.1 ดูคลิปวิดีโอสตรีมมิง ทีวี และหนัง ร้อยละ 60.8 ค้นหาไอเดียใหม่ ๆ และจุดประกายความคิด ร้อยละ 60.4 ฟังเพลง ร้อยละ 53.9 เล่นเกม ร้อยละ 48.1 ค้นหาข้อมูลทางธุรกิจ ร้อยละ 37.9 ด้านการศึกษาและการเรียนรู้ ร้อยละ 37.1 และการค้นหาเพื่อนใหม่ ร้อยละ 36.0<sup>73</sup>

กิจกรรมในโลกสื่อออนไลน์ของคนไทยที่น่าสนใจ เช่น คนไทยติดอันดับสองของโลก ในการเล่นเกมจากทุกอุปกรณ์ ติดอันดับหนึ่งของโลกในการซื้อสินค้าออนไลน์เป็นประจำทุกสัปดาห์ ขณะที่ใช้สื่อออนไลน์วิดีโอเพื่อการศึกษาต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของโลก<sup>74</sup> นอกจากนี้ ยังพบว่าบ่อนพนันออนไลน์เติบโตแบบก้าวกระโดด คนร่วมเล่นพนันออนไลน์เพิ่มขึ้น ร้อยละ 136 วงเงินพนันออนไลน์เพิ่มขึ้นมากกว่า 4 เท่าตัวใน 400 เว็บไซต์พนันออนไลน์

ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคมที่ทวีความรุนแรงหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งถือเป็น “วิกฤติซ้อนวิกฤติ” ได้ส่งผลต่อโอกาสการพัฒนาการเรียนรู้ตั้งแต่ชั้นปฐมวัย จนทำให้เกิดผลกระทบจากระบบนิเวศสื่อขาดสมดุลต่อ “อนาคตของชาติ” เพิ่มเป็นเงาตามไปด้วย จากการปิดกั้นศักยภาพการอ่าน ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการสื่อสารเพื่อสุขภาวะ โดยรายงานขององค์การยูเนสโก องค์การยูนิเซฟ และธนาคารโลก ที่เผยแพร่ในเดือนเมษายน 2565 ระบุว่าจากการปิดโรงเรียนอย่างต่อเนื่องในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้การเรียนรู้ถดถอย (learning loss) ทักชะงักขั้นพื้นฐานในทุกมิติที่เด็ก ๆ ได้สะสมไว้กำลังหายไป สัมวิธีการอ่านและเขียน บางคนจำไม่ได้แม้แต่ตัวอักษร เด็กเล็กในเกือบทุกประเทศซึ่งกำลังจะเริ่มเข้าเรียนต่างไม่มีโอกาสได้เรียนรู้ทักษะเหล่านี้เลย เนื่องจากการศึกษาปฐมวัยที่ขาดหายไป โดยเฉพาะในครอบครัวยากจนและอยู่ในพื้นที่ห่างไกล นับเป็นความเสี่ยงที่ซ้ำเติมสภาพปัญหาการขาดโอกาสเรียนรู้ที่มีอยู่เดิม เช่น ผลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรี 2562 โดย สำนักงานสถิติแห่งชาติและองค์การยูนิเซฟ พบว่า เด็ก 0-3 ปี จำนวนสูงถึง 1.1 ล้านครัวเรือน ที่ยังไม่มีหนังสือสำหรับเด็กอย่างน้อย 3 เล่มในบ้าน

70 สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565). “รายงานภาวะสังคม ไตรมาสหนึ่ง ปี 2565”. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

71 ศูนย์วิชาการด้านการรู้เท่าทันสื่อผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2565). “ผลสำรวจสถานการณ์และผลกระทบการใช้สื่อของผู้สูงอายุไทย”. มหาวิทยาลัยมหิดล

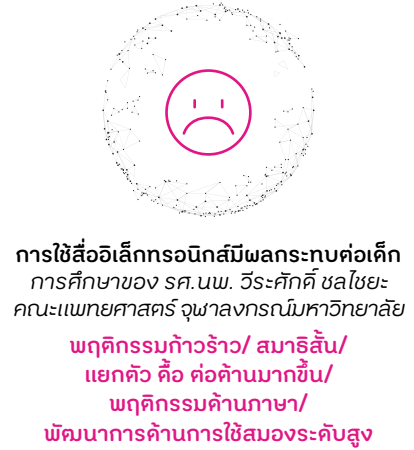
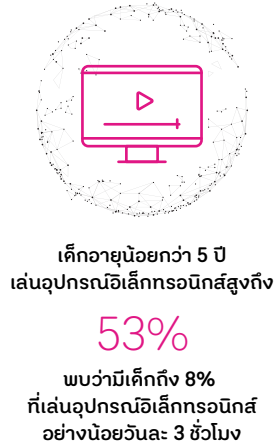
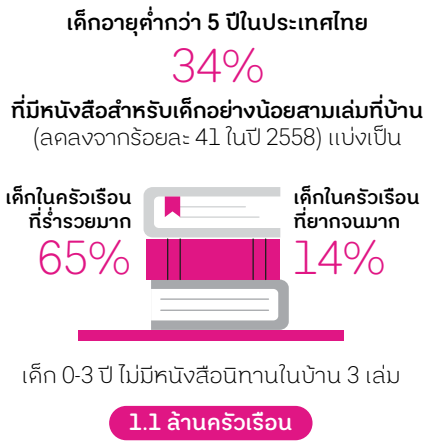
72 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2565).

73 ธนาชาติ นุ่มนนท์. (2565). “ข้อมูลล่าสุด สถิติใช้ดิจิทัลในไทยจากรายงาน We are Social”. กรุงเทพฯธุรกิจ.

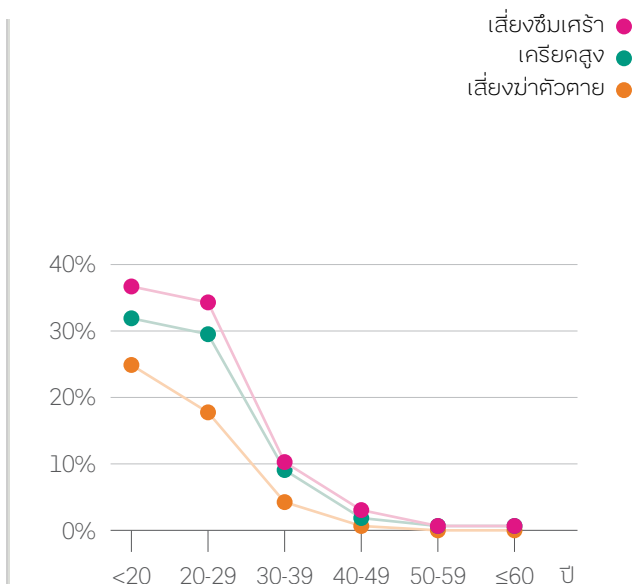
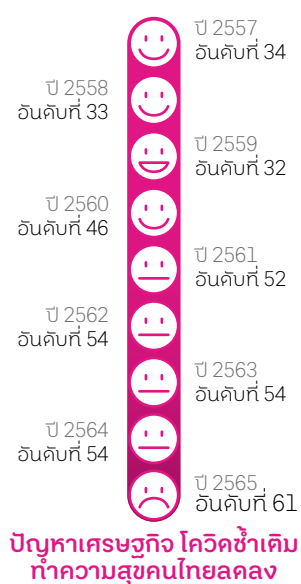
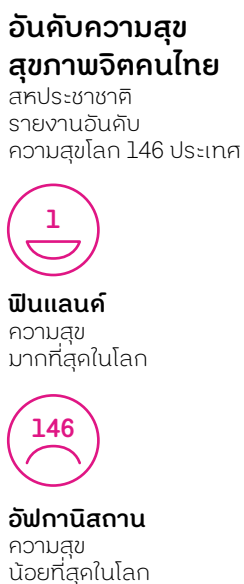
เข้าถึงได้จาก <https://www.bangkokbiznews.com/columnist/989552>

74 ธนาชาติ นุ่มนนท์. (2565).





ด้านสุขภาวะทางปัญญา พบว่า อันดับประเทศที่มีความสุขของประเทศไทยลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน จากอันดับ 34 ในปี 2559 ล่าสุด รายงาน World Happiness Report 2022 ระบุว่า ไทยเป็นประเทศที่มีความสุขเป็นอันดับที่ 61 จาก 146 ประเทศ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า ปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีพลังใจลดลง โดยคนไทยวัยแรงงานจำนวนมากอยู่ในสภาพหมดไฟ ไร้ความสุข โดยในปี 2565 มีผู้ที่ลาออกจากงานมากกว่า 7.7 หมื่นราย ข้อมูลสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ระบุว่า ผู้ใช้บริการวัยแรงงานจำนวนมากขอรับบริการเรื่อง **ความเครียด วิตกกังวล ไม่มีความสุขในการทำงาน<sup>75</sup>** ขณะที่ ข้อมูลจากสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ยังชี้ให้เห็นว่า เยาวชนเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มเครียดสูงชันมาก และสูงกว่าในกลุ่มวัยทำงานถึง 4 เท่า ขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุระบุว่า การเปิดรับสื่อในยุคปัจจุบันส่งผลกระทบต่อเชิงลบในลักษณะของการเกิดความเครียดวิตกกังวลเพิ่มขึ้น เกิดความทุกข์ใจเพราะอยากได้อะไรมากขึ้น เกิดอคติต่อกลุ่มที่เห็นแตกต่างจากตนมากขึ้น และมีความเบื่อหน่ายต่อสังคมเพิ่มขึ้น<sup>76</sup>



75 พงษ์ศักดิ์ ธงรัตน์. (2565). “แรงงานไทย ยื่น ‘ลาออก’ กว่า 7.7 หมื่นราย พบ 87% เครียด ทำงานไร้ความสุข”. กรุงเทพธุรกิจออนไลน์. เข้าถึงได้จาก <https://www.bangkokbiznews.com/social/1001962>

76 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2565).



สถานการณ์จากการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ดำเนินมายาวนานกว่า 2 ปี ก่อผลกระทบต่อจิตใจของคนทุกวัย นับตั้งแต่การเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 ของสมาชิกในครอบครัว ส่งผลทั้งต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจ สังคม รวมทั้งสร้างบาดแผลและความเปราะบางให้แก่จิตใจของผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ จากการเผชิญกับความสูญเสียคนที่รักและผูกพันอย่างฉับพลัน มาตรการเว้นระยะห่างเพื่อป้องกันโรคที่ทำให้ลดการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมายาวนาน และเศรษฐกิจที่ฝืดเคืองจะดำเนินไปในทิศทางถดถอยลง เป็นเหตุให้คนจำนวนมากรู้สึกโดดเดี่ยว เครียด เศร้าหมอง สิ้นหวัง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจในระยะยาวได้ ขณะที่การเรียนออนไลน์ที่บ้านยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของเด็กและเยาวชน จนผู้เชี่ยวชาญต้องออกคำแนะนำให้ผู้ปกครองเรียนรู้และปรับตัวไปพร้อมกับเด็ก และมีวิธีสื่อสารเชิงบวกเพื่อไม่ทำให้บั่นทอนกำลังใจและสร้างความกดดันหรือเพิ่มความเครียด เพราะอาจส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีปัญหาสุขภาพจิต นอกจากนี้ การส่งเสริมการเรียนรู้ในช่องทางอื่น ๆ เช่น ชวนลูกอ่านหนังสือร่วมกัน พาออกไปช่วยเหลือเพื่อนบ้านหรือชุมชนใกล้เคียง เช่น บริจาคสิ่งของที่จำเป็น หรือบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ตามกำลังที่ทำได้ ฯลฯ จะช่วยให้เด็กได้เรียนรู้และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น<sup>77</sup>

อย่างไรก็ตาม ในช่วงเวลาวิกฤติพบว่ามีความพยายามในการปรับตัวเพื่อฟื้นฟูสังคมให้คืนสู่ความเป็นปกติสุขผ่านวิถีสุขภาวะทางปัญญา เช่น การฟื้นฟูประเพณีทางศาสนาและวัฒนธรรมเพื่อเยียวยาจิตใจในยามเผชิญความทุกข์และสิ้นหวัง การรวมตัวของคนในสังคมที่ลุกขึ้นมาช่วยเหลือสนับสนุนผู้ได้รับผลกระทบจากวิกฤติ โดยมีการริเริ่มวิธีการใหม่ ๆ ในการระดมทรัพยากรและความร่วมมือเพื่อช่วยเหลือบรรเทาความทุกข์ยากอย่างทันทั่วถึงและทั่วถึง โดยนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ นับเป็นสถานการณ์เชิงบวกที่เกิดขึ้นในสังคมท่ามกลางวิกฤติและมีโอกาสสร้างคุณค่าและต่อยอดการขับเคลื่อนให้ปฏิบัติการเพื่อสร้างจิตสำนึกใหม่เพื่อการฟื้นฟูสังคมให้เติบโตองงามในสังคมไทยต่อไป

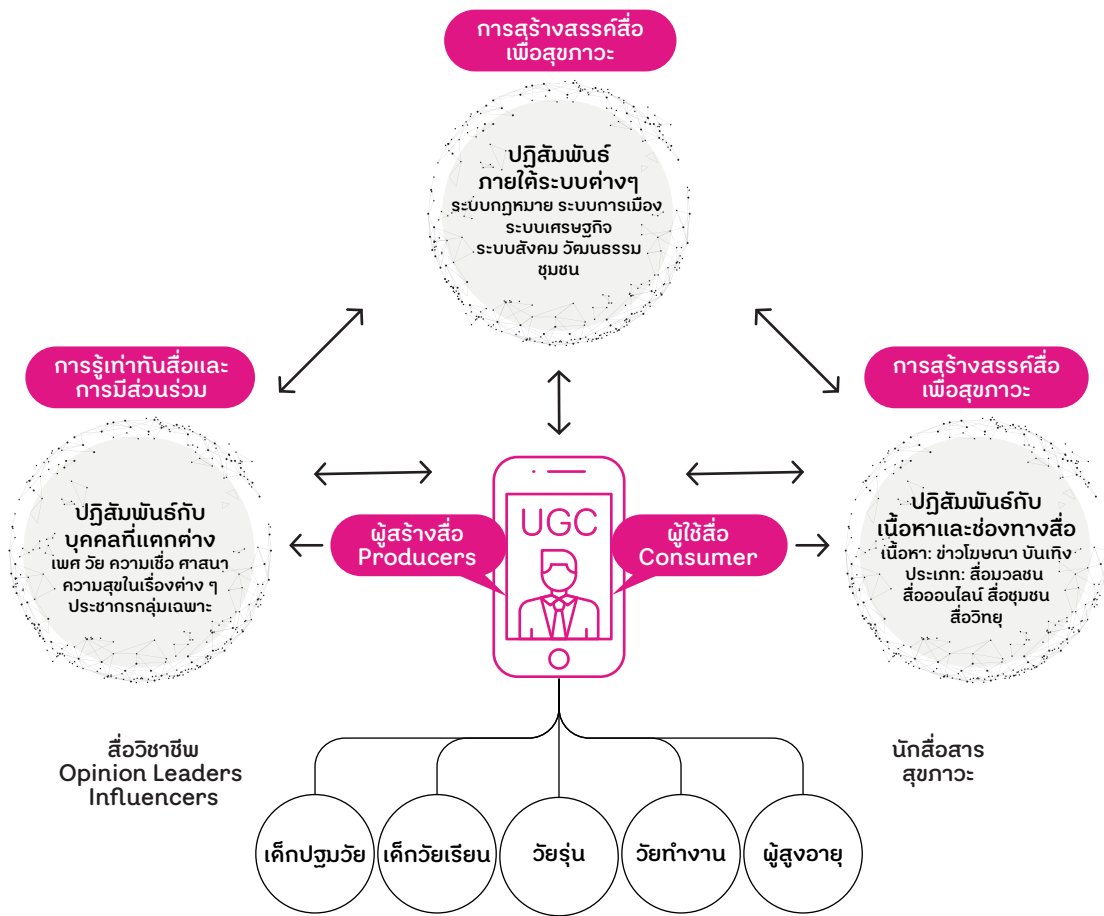
### กรอบแนวคิดการดำเนินงาน

“นิเวศสื่อสุขภาวะ” เป็นองค์ประกอบสำคัญของการมีสุขภาพดี สมบูรณ์พร้อมทั้ง 4 มิติ เพราะสื่อคือสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นการรับรู้และทัศนคติที่จะสร้าง ปรับเปลี่ยนวิถีคิด ความรู้สึก พฤติกรรม ตลอดจนวัฒนธรรม ที่เป็นปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาวะของคนอาศัยอยู่ในสื่อที่แวดล้อมนั้น “นิเวศสื่อสุขภาวะ” (healthy media ecosystem) จึงเป็นระบบการสื่อสารต่าง ๆ ที่เชื่อมต่อกันเป็นปัจจัยแวดล้อมในการดำเนินชีวิตของผู้คนในสังคมไทย มีบทบาทในการสร้างการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อวิถีชีวิตสุขภาวะ

ความเปลี่ยนแปลงของระบบนิเวศสื่อส่งผลต่อสุขภาวะของคนอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมนั้น โดยปัจจัยที่มีผลต่อความเปลี่ยนแปลงของระบบนิเวศสื่อจำแนกได้ 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้ใช้สื่อ (2) แพลตฟอร์ม (platform) หมายถึง สาร (content) ช่องทาง และ เทคโนโลยี (3) ปฏิสัมพันธ์ของสื่อกับองค์ประกอบอื่นในสิ่งแวดล้อม เช่น เศรษฐกิจ การเมือง กฎหมาย สังคม วัฒนธรรม ในทุกระดับ และ (4) กลไกการกำกับดูแลนิเวศสื่อ<sup>78</sup>

77 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2565).

78 มจรส ทิพยมงคลกุล นันทิยา ดวงกมลเมศ และ นิธิดา แสงสิงแก้ว. (2565). “โครงการพัฒนารอบยุทธศาสตร์สร้างเสริมนิเวศสื่อสุขภาวะที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงสุขภาวะ”. สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.



จากองค์ความรู้ข้างต้น ทำให้มองเห็นโอกาสที่แผน 10 จะเข้าหนุนเสริมให้เกิดระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ ด้วยการกระตุ้น สนับสนุน และเหนี่ยวนำให้เกิดปัจจัยความเปลี่ยนแปลงได้อย่างตรงจุด ดังนี้

1. **การมุ่งเป้าที่คน** โดยพัฒนาผู้ใช้สื่อให้เท่าทันการสื่อสารในโลกยุคใหม่ ให้เป็น “ผู้ใช้สื่อที่เป็นทั้งผู้รับและผู้ผลิตสื่อ” (UGC) ที่มีคุณภาพ ควบคู่กับการพัฒนาทักษะชีวิต (soft skill) ที่มีความเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น และสังคม รวมทั้ง ขยายพลังผู้นำด้วยการสานสร้างเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะที่มีจิตสำนึกการเป็นพลเมือง (active citizen) โดยแบ่งเป้าหมายเป็น 2 ระดับ ดังนี้
  - **นักสื่อสารสุขภาวะ** เป็นกลุ่มผู้ใช้สื่อที่ตื่นตัวและพร้อมเข้าสู่กระบวนการพัฒนาที่จัดขึ้นโดยภาคีเครือข่ายของแผน 10 เพื่อให้มีสมรรถนะการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศและดิจิทัล มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่าทันตนเอง สามารถสร้างสรรค์กระบวนการสื่อสาร และเป็นผู้สร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดชุมชนหรือสังคมสุขภาวะ ด้วยจิตสำนึกความเป็นพลเมือง (active citizen)
  - **พลเมืองเท่าทันสื่อ** เป็นกลุ่มผู้ใช้สื่อในวงกว้าง ครอบคลุมทุกช่วงวัย โดยแผน 10 และภาคีเครือข่ายทำหน้าที่จุดประกาย กระตุ้น สนับสนุน เหนี่ยวนำ ให้เข้าร่วมในกิจกรรม ปฏิบัติการ หรือกระบวนการในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างการเรียนรู้ที่จะนำไปสู่การเป็นผู้ใช้และสร้างสื่อที่มีคุณภาพ มีความรอบรู้ทางสุขภาพ และมีส่วนร่วมสร้างสรรค์ระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ

เมื่อเชื่อมโยงนักสื่อสารสุขภาพและพลเมืองเท่ากันทำให้เกิดการประสานพลังด้วยการรวมกลุ่ม การสร้างเครือข่ายระหว่างกลุ่ม และเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบทั้งในในพื้นที่กายภาพและพื้นที่สื่อออนไลน์ จะทำให้เกิดปัจจัยที่ส่งผลต่อการสร้างสมดุลในระบบนิเวศสื่อ ให้เอื้อต่อสุขภาพ ทั้งจากสถานะของผู้ใช้และสร้างสื่อที่มีคุณภาพ และในสถานะของ “พลเมือง” ที่ร่วมผลักดันให้เกิดมาตรการระดับนโยบายที่ดี

2. การมุ่งเป้าที่สภาพแวดล้อม เพื่อทำให้เกิดปัจจัยเพียงพอต่อการบำรุงรักษาระบบนิเวศสื่อที่สมดุลอย่างยั่งยืน ได้แก่

- **การทำให้เกิดแพลตฟอร์ม (platform)** โดยการพัฒนาสาร ช่องทางสื่อสารหลากหลายลักษณะ บนพื้นฐานของการใช้เทคโนโลยีเป็นปัจจัยเอื้ออำนวยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดด และมีจำนวนมากพอสมควร เพื่อเชื่อมโยงพลัง ต่อยอด และขยายผลจากการพัฒนาผู้ใช้สื่อทุกวัย สื่อนักสื่อสารสุขภาพและพลเมืองเท่ากันสื่อ โดยการทำให้เกิดส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสารและปฏิบัติการทางสังคมในการใช้สื่อเพื่อสุขภาพ
- **การสนับสนุนให้เกิดปฏิสัมพันธ์ของสื่อกับองค์กรประกอบอื่น ๆ ในระบบนิเวศสื่อ** เช่น แนวปฏิบัติ มาตรการหรือนโยบายในระดับองค์กร ท้องถิ่น หรือระดับชาติ ที่สนับสนุนการพัฒนาสุขภาพทางปัญญา ทักษะเท่ากันสื่อ หรือลดปัจจัยเสี่ยงด้านสื่อที่มีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างเท่าทันสถานการณ์
- **การทำให้เกิดกลไกการกำกับดูแลระบบนิเวศสื่อ** โดยการขยายกลไกสื่อสารและเฝ้าระวังตรวจสอบสื่อและข้อมูลในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และเกิดการเชื่อมโยงเครือข่ายการทำงานในและข้ามพื้นที่อย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและผู้ใช้สื่อทุกช่วงวัย

ในการขับเคลื่อนงานเพื่อให้เกิดระบบนิเวศสื่อสุขภาพจากทั้ง 2 ด้านดังกล่าว จะมีการสร้างเครื่องมือเพื่อใช้สนับสนุนให้ภารกิจเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล เช่น ฐานข้อมูล องค์กรความรู้ แหล่งเรียนรู้ ต้นแบบสำหรับการขยายผล ฯลฯ และให้ความสำคัญต่อการแสวงหาเครือข่าย พันธมิตรจากทุกภาคส่วน โดยให้น้ำหนักกับภาคส่วนที่มีอิทธิพลสูงต่อการสร้างสมดุลของระบบนิเวศสื่อสุขภาพในแต่ละบริบท โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมในการลดความเหลื่อมล้ำในการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการเท่ากันสื่อ สารสนเทศและดิจิทัลของคนทุกช่วงวัย รวมทั้งความเหลื่อมล้ำด้านการศึกษาและปัญหาการเรียนรู้ถดถอย (learning loss) ของเด็กและเยาวชนจากวิกฤติโควิด-19 ทั้งนี้ ภายใต้กรอบแนวคิดการดำเนินงานของแผนนี้ ออกแบบขึ้นด้วยความตระหนักถึงสภาพความเป็นจริงที่ว่า ในระบบนิเวศสื่อสุขภาพประกอบด้วยระบบนิเวศย่อยจำนวนมาก และกลุ่มผู้ใช้สื่อในสังคมมีความแตกต่างหลากหลายอย่างสูง

ขณะเดียวกัน แผนยังให้ความสำคัญต่อมิติของการพัฒนาสุขภาพทางปัญญาแก่กลุ่มเป้าหมายไปพร้อมกันแบบบูรณาการกับมิติของการสื่อสารสุขภาพ โดยมุ่งสร้างจิตสำนึกใหม่เพื่อการฟื้นฟูสังคม ส่งเสริมศักยภาพในการรับรู้เพื่อสร้างความเข้าใจซึ่งกันและกัน สนับสนุนการให้และจิตอาสาเพื่อสังคมที่เกื้อกูล ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างจิตสำนึกใหม่อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบและโครงสร้างชุมชนและสังคมให้เอื้อต่อสุขภาพ โดยวางน้ำหนักให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่แตกต่างไปตามช่วงวัย

ยุทธศาสตร์สำหรับการขับเคลื่อนแผน 10 ในระยะ 5 ปี ใช้ **กลยุทธ์ 4E** ประกอบด้วย **Empower Enable Engage และ Enhance** มาใช้ในการวิเคราะห์และจัดกลุ่มภาคีเครือข่ายและกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้ง การจัดการองค์ความรู้เพื่อสร้างระบบนิเวศสื่อสุขภาพที่สมดุลและยั่งยืน โดยใช้ทุนมนุษย์ องค์กรความรู้ และภาคีเครือข่าย



การสูบบุหรี่



สุราและสิ่งเสพติด



ความปลอดภัยทางถนน



อาหาร



กิจกรรมทางกาย



มลพิษจากสิ่งแวดล้อม



สุขภาพจิต



ปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น

บูรณาการสู่เป้าหมายหลัก 7 ประเด็น

คนในสังคมไทยมีสุขภาพะทางปัญญา และสามารถสื่อสาร\* เพื่อขับเคลื่อนสังคมสุขภาพะ

ภารกิจเชิงยุทธศาสตร์

<p>ส่งเสริมสุขภาพะทางปัญญาของคนในสังคม เพื่อฟื้นคืนพลังชุมชนและสังคม</p>	<p>พัฒนาเชื่อมโยงเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาพะ ผู้นำการเปลี่ยนแปลง</p>	<p>สร้างและรักษาสมดุลของนิเวศสื่อสุขภาพะ เพื่อฟื้นคืนพลังชุมชนและสังคม (Resilient Communities &amp; Society)</p>	<p>พัฒนากลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะ 4 มิติ</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาวิถี / ช่องทาง / พื้นที่ / กระบวนการเพื่อพัฒนาสุขภาพะทางปัญญา</li> <li>พัฒนาองค์ความรู้เพื่อชี้นำทางออกให้สังคม</li> <li>สื่อสารเส้นทางสู่สุขภาพะทางปัญญาเพื่อขยายผล</li> <li>ส่งเสริมการสร้างสุขภาพะทางปัญญาให้คนในสังคม (Mass)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>เชื่อมโยงเครือข่ายพลเมืองนักสื่อสารสุขภาพะร่วมสร้างการเปลี่ยนแปลง</li> <li>สร้างนสส. ต่อยอดสู่สุขภาพะทางปัญญา</li> <li>พัฒนาความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพะ เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพะ 7+1</li> <li>พัฒนากทักษะ MIDL</li> <li>พัฒนาพลเมืองร่วมตรวจสอบข้อมูล</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>สร้างนิเวศสื่อสุขภาพะ 3D สื่อ พื้นที่ ภูมิทัศน์</li> <li>ขยายเครือข่าย หนุนเสริมสื่อสร้างสรรค</li> <li>พัฒนากลไก Platform พื้นที่ช่องทางสื่อสุขภาพะโดยมีส่วนร่วมของประชาชน</li> <li>นวัตกรรมเชิงกระบวนการที่สามารถต่อยอดขยายผล</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>จัดการความรู้ วิจัยสำรวจงานวิชาการเพื่อขับเคลื่อนงาน</li> <li>วิเคราะห์ภาคีกำหนดบทบาทและเสริมพลังภาคี เพื่อยกระดับการทำงาน</li> <li>ใช้การตลาดเชิงสังคม</li> <li>ดึงศักยภาพจากองค์ความรู้ปฏิบัติการจากงานภาคี</li> <li>ขับเคลื่อนกลไกเชิงนโยบายและในระดับท้องถิ่น</li> </ul>

กลยุทธ์

<p>ENGAGE ประสานพลังภาคีปัจจุบัน แสวงหาภาคี / นักสื่อสารสุขภาพะหน้าใหม่</p>	<p>EMPOWER ค้นหา พัฒนา เสริมพลังนักสื่อสารสุขภาพะ + ภาคี</p>	<p>ENABLE บริหารจัดการ จัดกลุ่ม สร้างองค์ความรู้ สนับสนุนภาคี ขยายเครือข่าย</p>	<p>ENHANCE ต่อยอดขยายผล ความรู้ นวัตกรรม กระบวนการสื่อโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน</p>
---	--	---	--

\* บนพื้นฐาน MIDL (ใช้ สร้าง เปลี่ยนแปลงสู่วิถีชีวิตสุขภาพะ)

นิยามเชิงปฏิบัติการ

ระบบนิเวศสื่อสุขภาพะ (healthy media ecosystem) หมายถึง ระบบความสัมพันธ์ของคนใน ฐานะผู้ใช้และผู้สร้างเนื้อหาผ่านองค์ประกอบหลักในระบบการสื่อสาร (ได้แก่ ผู้ส่งสาร ผู้รับสาร สาร และช่องทางการสื่อสาร) กับระบบต่าง ๆ อาทิ ระบบเศรษฐกิจ ระบบการเมือง ระบบกฎหมาย ระบบสังคมวัฒนธรรม รวมทั้ง ชุมชนทางกายภาพและชุมชนออนไลน์ ที่สร้างการเปลี่ยนแปลงในตัวบุคคลและสังคม ซึ่งเอื้อต่อวิถีชีวิตสุขภาพะ

การสร้างระบบนิเวศสื่อสุขภาพะ หมายถึง การออกแบบ สร้าง หรือจัดการองค์ประกอบในนิเวศสื่อสุขภาพะให้ดำเนินไปอย่างความสมดุล เช่น การพัฒนาคนที่อยู่ร่วมกันในระบบสื่อให้รู้เท่าทันความเปลี่ยนแปลง การมีกลไกจัดการความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพะ ผลิตเนื้อหาที่เอื้อต่อการมีสุขภาพะ การขับเคลื่อนกลไกนโยบายระดับชุมชนและสังคม ซึ่งเอื้อต่อวิถีชีวิตสุขภาพะ เป็นต้น



**สุขภาพทางปัญญา (spiritual health)** หมายถึง ศักยภาพในการเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น เข้าใจชีวิตตามความเป็นจริง มีจิตใจที่มั่นคง นำมาสู่ชีวิตที่สมดุลและมีความสุข เห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับผู้อื่นและธรรมชาติ สามารถดูแลตนเอง ร่วมขับเคลื่อนให้เกิดสังคมที่เกื้อกูล เคารพความแตกต่างหลากหลายและมีศักยภาพในการฟื้นคืน (resilient society)

**นักสื่อสารสุขภาพ** หมายถึง ผู้ที่มีสมรรถนะการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศและดิจิทัล มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่าทันตนเอง สามารถสร้างสรรค์กระบวนการสื่อสาร และเป็นผู้สร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดชุมชนหรือสังคมสุขภาพ ด้วยจิตสำนึกความเป็นพลเมือง (active citizen)

**เครือข่ายนักสื่อสารสุขภาพ** หมายถึง นักสื่อสารสุขภาพทั้งในระดับบุคคล กลุ่มคนที่มีการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูล การทำกิจกรรม การสื่อสารโดยมีเป้าหมายร่วมกันในการขับเคลื่อนสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดชุมชนหรือสังคมสุขภาพ

**พลเมืองเท่าทันสื่อ** หมายถึง ผู้ใช้สื่อทั่วไปในสังคม ที่เกิดความตื่นตัวต่อการใช้และสร้างสื่ออย่างรู้เท่าทัน และการมีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์ระบบนิเวศสื่อสุขภาพ

**การรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล (Media Information and Digital Literacy: MIDL)** คือ ความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ วิเคราะห์ ตีความ ตรวจสอบและคิดอย่างมีวิจารณญาณ สามารถประเมินประโยชน์และโทษในการเลือกรับ ใช้ประโยชน์ และสร้างสรรค์สื่อสารสนเทศและดิจิทัลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

**ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy)** คือ การรับรู้ เข้าถึง เข้าใจ เท่าทันข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และการดูแลสุขภาพด้วยตนเองจนสามารถนำไปใช้ประโยชน์และเกิดเป็นขีดความสามารถที่จะจัดการสุขภาพของตนเองและสังคมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา

## จุดเน้นของแผน

1. **สานพลังและเชื่อมโยงเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาพ** ทั้งในระดับพื้นที่ ระดับชาติ และระดับสากล อย่างเป็นระบบ เพื่อใช้พลังการสื่อสารร่วมอย่างเป็นระบบในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และเป็นเครือข่ายที่ทรงพลังในการร่วมผลักดันนโยบาย มาตรการ กลไกเชิงนโยบายร่วมขับเคลื่อนสร้างระบบนิเวศสื่อสุขภาพที่สมดุลเอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพทุกมิติ
2. **สนับสนุนการมีส่วนร่วมของพลเมืองเท่าทันสื่อทุกช่วงวัย** เพื่อสื่อสารข้อมูลสุขภาพและเฝ้าระวังสื่อบนฐานของการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัล เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนสังคมสุขภาพ
3. **พัฒนาระบบนิเวศสื่อสุขภาพที่สมดุล** โดยเกิดกลไกสื่อสารสุขภาพ การเฝ้าระวังสื่อและข้อมูลในพื้นที่ปฏิบัติการระดับภูมิภาค ควบคู่กับการเชื่อมโยงข้อมูลสู่ส่วนกลางอย่างเป็นระบบ

4. ยกระดับงานสุขภาวะทางปัญญา เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในมิติอื่น มุ่งสร้างพื้นที่แห่งการรับฟัง ส่งเสริมสังคมที่เกื้อกูล และกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาวะทางปัญญาบนพื้นฐานชีวิตวิถีใหม่ หลังวิกฤต โควิด-19
5. มุ่งพัฒนาแนวปฏิบัติมาตรการและกลไกเชิงนโยบาย ที่เอื้อต่อการสร้างระบบนิเวศสื่อสุขภาวะที่สมดุล และสุขภาวะทางปัญญาในระดับท้องถิ่น และระดับชาติ บนฐานขององค์ความรู้

## เป้าหมายการดำเนินงาน

เป้าหมายของแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญาในระยะ 5 ปีจากนี้ คือ “กลุ่มเป้าหมายมีการสื่อสารที่เอื้อต่อการสร้างวิถีสุขภาวะ 4 มิติ” โดยอาศัยตัวกำหนดสุขภาพ 2 ด้าน ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมและวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีทักษะเท่าทันสื่อ เท่าทันตนเอง เข้าใจชีวิตและสังคม มีพฤติกรรมที่ส่งเสริมระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ และร่วมขับเคลื่อนให้เกิดสังคมแห่งการเกื้อกูล และเคารพความแตกต่างหลากหลาย บนพื้นฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่เชื่อมโยงกับเป้าหมาย 7+1 ประเด็นตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)
2. การเปลี่ยนแปลงเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลง 2 ด้าน ได้แก่
  - ระบบนิเวศสื่อที่สมดุล
  - ปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา

ทั้งนี้ ผลลัพธ์สำคัญ 2 ด้านดังกล่าว มุ่งต่อยอดผลที่เกิดขึ้นจากการทำงานในช่วงที่ผ่านมา ร่วมกับการวิเคราะห์สถานการณ์และช่องว่างที่พบ เพื่อให้นำไปสู่การสร้างเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในการพัฒนาระบบสื่อและสุขภาวะทางปัญญา ดังแสดงในตาราง 1



## ตาราง 1 แสดงการต่อยอดผลที่เกิดขึ้นจากการทำงานในช่วงที่ผ่านมา สู่ผลลัพธ์สำคัญของแผน 5 ปีจากนี้

ผลที่เกิดขึ้นจากการทำงานที่ผ่านมา	การต่อยอดสู่ผลลัพธ์สำคัญของแผน 5 ปี
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นักสื่อสารสุขภาวะที่มีสมรรถนะสูง สามารถสื่อสารหรือดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ ชุมชนกายภาพและออนไลน์ เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง 3,500 คน/ปี</li> </ol>	<p>พัฒนาระบบเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีศักยภาพในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพสู่สังคมในวงกว้างอย่างทรงพลัง และร่วมขับเคลื่อนมาตรการระดับนโยบายหรือกลไกในพื้นที่ โดยมีการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลกันอย่างเป็นพลวัต โดยเป็นเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะที่มีทักษะเท่ากัน สื่อ เท่ากันคนเอง เข้าใจชีวิตและสังคม มีพฤติกรรมที่ส่งเสริมระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>2. ระบบการสื่อสารได้รับการเพิ่มคุณภาพให้แก่องค์ประกอบหลักทั้ง 4 ด้าน (ผู้ส่งสาร ผู้รับสาร สาร และช่องทางสื่อสาร) เพื่อให้เอื้อต่อการสร้างสุขภาวะ</li> <li>3. วิถี ช่องทาง และพื้นที่ เพื่อพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาที่ผ่านการประเมินผลพบว่า ช่วยโน้มนำให้เกิดการรับฟัง การให้ และจิตอาสาเพื่อเกื้อกูลสังคม</li> <li>4. พื้นที่ปฏิบัติการสื่อสารสุขภาวะและเฝ้าระวังตรวจสอบสื่ออย่างมีส่วนร่วมในชุมชน ทั้งทางกายภาพและออนไลน์ ที่มีผลการขับเคลื่อนเป็นรูปธรรม</li> <li>5. ข้อมูล องค์ความรู้ และเครื่องมือจากการจัดการความรู้นำมาใช้สนับสนุนปฏิบัติการ และขับเคลื่อนนโยบาย เพื่อสร้างสรรค์และธำรงรักษาสมดุลของระบบนิเวศสื่อสุขภาวะและสุขภาวะทางปัญญา</li> </ol>	<p>ระบบนิเวศสื่อที่สมดุล และปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา จากการต่อยอดขยายผลกระบวนการสื่อสาร ปฏิบัติการทางสังคมเกิดดิจิทัลแพลตฟอร์มที่สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนกลุ่มเป้าหมายสู่เครือข่ายพลเมืองเท่ากันสื่อเพื่อร่วมสื่อสารเฝ้าระวังสื่อและข้อมูลสุขภาพ เกิดกลไกในระดับพื้นที่ที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบนิเวศสื่อสุขภาวะหรือการเรียนรู้สุขภาวะทางปัญญาที่สอดคล้องกับคนแต่ละกลุ่ม และช่วงวัย คู่ขนานกับการพัฒนานโยบาย มาตรการ กลไกด้านระบบนิเวศสื่อหรือสุขภาวะทางปัญญาทั้งระดับชาติและท้องถิ่น ที่เอื้อต่อการสร้างสังคมสุขภาวะ บนฐานขององค์ความรู้</p>

### เป้าหมายการดำเนินงาน



เป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายมีการสื่อสาร  
ที่เอื้อต่อการสร้างวิถีสุขภาวะ 4 มิติ

## ผลลัพธ์

- ระบบเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะและผู้นำการเปลี่ยนแปลง** ที่มีศักยภาพในการสื่อสารข้อมูลสุขภาวะสู่สังคมในวงกว้างจากการเชื่อมโยงฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบทั้งดิจิทัลแพลตฟอร์มและพื้นที่ปฏิบัติการ เพื่อร่วมขับเคลื่อนนโยบายหรือกลไกเชิงนโยบายอย่างเป็นรูปธรรม
- การพัฒนาช่องทางสื่อสารบนดิจิทัลแพลตฟอร์ม (digital platform)** เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการใช้สื่อเพื่อสุขภาวะรวมทั้งเฝ้าระวังสื่อและข้อมูลสุขภาพ เพื่อคัดลอกและขยายผลกระบวนการสื่อสารและปฏิบัติการทางสังคมในการพัฒนาศักยภาพประชาชนทุกช่วงวัยให้เป็นผู้ใช้และสร้างสรรค์สื่อที่มีทักษะเท่ากันสื่อสารสนทนาและดิจิทัล (MIDL) ความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาวะทางปัญญา
- การขยายกลไกสื่อสารและเฝ้าระวังตรวจสอบสื่อและข้อมูลในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง** เพื่อเชื่อมโยงเครือข่ายการทำงานในและข้ามพื้นที่อย่างมีส่วนร่วม
- กระบวนการขับเคลื่อนงานที่สนับสนุนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา** ผ่านประสบการณ์ตรงที่สอดคล้องกับคนแต่ละกลุ่มและช่วงวัย เพื่อนำไปสู่สังคมที่ส่งเสริมการให้ การทำงานจิตอาสา การเปิดพื้นที่รับฟัง และมีศักยภาพในการฟื้นคืน (resilient society) จากผลกระทบของวิกฤตโควิด-19 ที่สามารถคัดลอกและขยายผลร่วมกับหน่วยงานภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อสื่อสารสู่สาธารณะ
- นโยบาย มาตรการ กลไกเชิงนโยบาย หรือแนวปฏิบัติในระดับองค์กร ท้องถิ่น หรือระดับชาติ** ที่สนับสนุนการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา การพัฒนาทักษะเท่ากันสื่อ การคุ้มครองเด็กจากภัยออนไลน์ หรือลดปัจจัยเสี่ยงด้านสื่อที่มีผลกระทบต่อสุขภาวะอย่างเท่ากันสถานการณ์

## วัตถุประสงค์

- เพื่อพัฒนาระบบเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะและพัฒนาทักษะแก่กลุ่มเป้าหมายทุกช่วงวัยให้เป็นพลเมืองเท่าทันสื่อ ให้มีบทบาทเป็นทั้ง “ผู้ใช้และผู้สร้างสรรค์สื่อ” ที่ทำให้เกิดสุขภาวะทางปัญญา และสามารถสื่อสารเพื่อขับเคลื่อนสังคมสุขภาวะ สามารถตอบสนองต่อการดำรงชีวิตในยุคศตวรรษที่ 21 และสังคมสูงวัยสมบูรณ์ได้อย่างมีสุขภาวะ
- เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบนิเวศสื่อสุขภาวะที่สมดุล โดยเกิดกลไกสื่อสารสุขภาวะและเฝ้าระวังตรวจสอบสื่อและข้อมูลสุขภาพในรูปแบบดิจิทัลแพลตฟอร์ม และกลไกเชิงนโยบายด้านระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ ที่สอดคล้องและเท่าทันความเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยี
- เพื่อสร้างปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ในการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาของกลุ่มเป้าหมายทุกช่วงวัยและร่วมขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะด้วยวิถีและช่องทางพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา
- เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนและบูรณาการสู่เป้าหมาย 10 ปี ของ สสส. ผ่านกระบวนการสื่อสารในระบบนิเวศสื่อสุขภาวะและกระบวนการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา

## ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์สำหรับการขับเคลื่อนแผน 10 ในระยะ 5 ปี ใช้ กลยุทธ์ 4E ได้แก่ Empower Enable Engage และ Enhance มาต่อยอดการทำงาน เพื่อจัดกลุ่มภาคีให้ชัดเจน มีการจัดการองค์ความรู้ด้วยการถอดบทเรียนและสื่อสารเรื่องราวสู่สาธารณะ เชื่อมประสานเครือข่ายเพื่อต่อยอดการทำงาน ดังนี้

### ยุทธศาสตร์ 4E (3 เดิม + 1 ใหม่)



**Empower** เป็นการหนุนเสริมทั้งคนและทั้งระบบที่มีอยู่ให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น ผ่านการพัฒนาแกนนำนักสื่อสารสุภาพะ เพื่อเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาพลเมืองเท่ากันสื่อ เพื่อเป็นผู้ใช้และสร้างสรรค์สื่อที่มีคุณภาพ ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสริมพลังการทำงานด้วยการสร้างระบบการสื่อสารให้ภาคีในทุกกระดับ โดยเฉพาะการดำเนินการในรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมแบบทางราบ (horizontal society)

**Enable** เป็นการหนุนเสริมให้ภาคีเครือข่ายแลกเปลี่ยนข้อมูลและขับเคลื่อนงานอย่างเป็นระบบ เพื่อเชื่อมต่อกันภายในแผนฯ สู่สาธารณะ ผ่านการสนับสนุนทรัพยากร การจัดการความรู้ การสร้างความร่วมมือ การบูรณาการ และการวิจัย

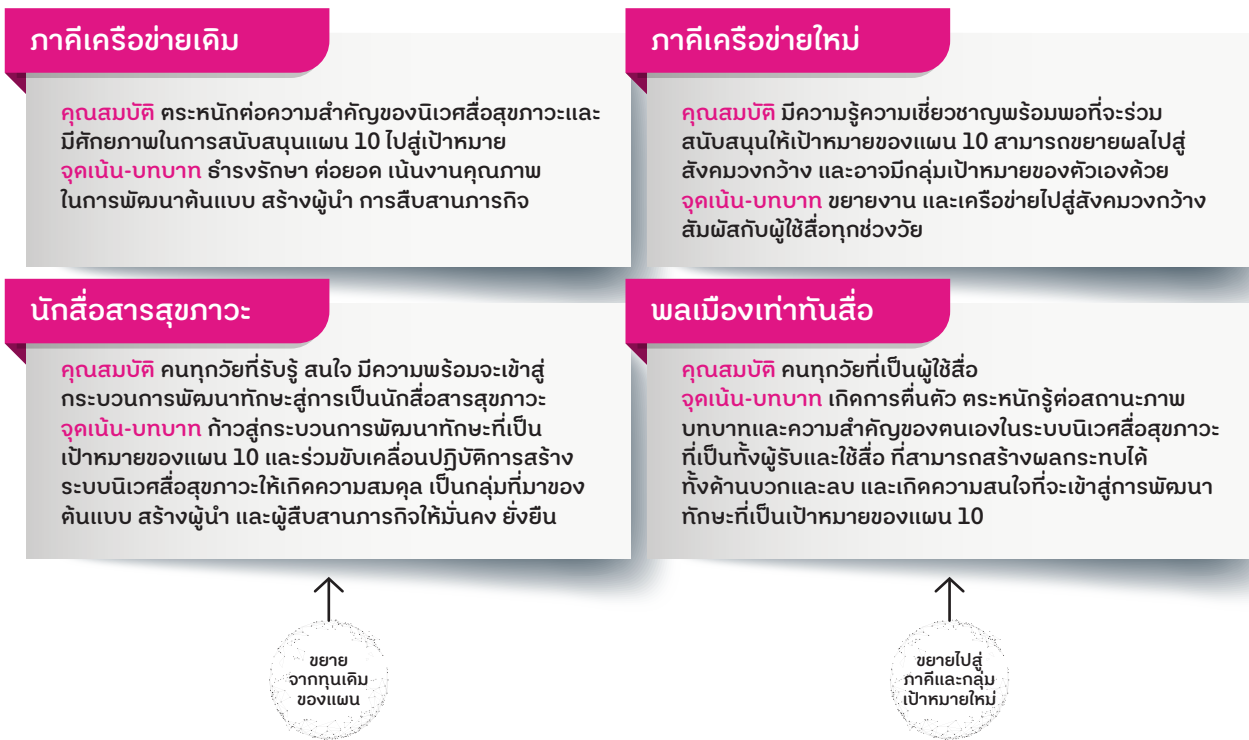
**Engage** สานพลังขับเคลื่อนกลไกการทำงานและนโยบายอย่างมีส่วนร่วม โดยให้ความสำคัญกับแนวทาง Public Private Partnership (PPP) เพื่อแสวงหาเครือข่ายรูปแบบใหม่ ๆ ที่จะสามารถเชื่อมต่อกันกับแผนฯ และ สสส. ได้ โดยเฉพาะในส่วนที่อาจมีเป้าหมายปลายทางร่วมกันเพื่อสร้างระบบนิเวศสื่อสุภาพะ

**Enhance** ต่อยอดขยายผลความรู้ นวัตกรรม กระบวนการสื่อสารโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยเน้นการใช้ประโยชน์จากดิจิทัลเทคโนโลยี รวมทั้งสร้างการตระหนักรู้รับรู้ในประเด็นการเฝ้าระวังข้อมูลสุขภาพ (info surveillance) และหนุนเสริมการสื่อสารสุภาพะผ่านการสื่อสารระดับกว้าง

## กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

ในการขับเคลื่อนให้เกิดผลลัพธ์ 2 ด้านดังกล่าว แผนงานได้วิเคราะห์โอกาสในการพัฒนางานจากทุนเดิมและการขยายผลไปสู่ภาคีและกลุ่มเป้าหมายใหม่ระยะ 5 ปีจากนี้ไป ดังภาพต่อไปนี้

### ภาพสรุปแนวคิดการพัฒนางานจากทุนเดิมและการขยายผลไปสู่ภาคีและกลุ่มเป้าหมายใหม่ระยะ 5 ปี



1. **ภาคีเครือข่าย** ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้
  - **ภาคีเครือข่ายเดิม** *คุณสมบัติ* - ตระหนักต่อความสำคัญของระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ และมีศักยภาพในการสนับสนุนแผน 10 ไปสู่เป้าหมาย **จุดเน้น-บทบาท** อารังรักษา ต่อยอด เน้นงานคุณภาพในการพัฒนาต้นแบบ สร้างผู้นำ การสืบสานภารกิจ
  - **ภาคีเครือข่ายใหม่** *คุณสมบัติ* - มีความรู้ความเชี่ยวชาญพร้อมที่จะร่วมสนับสนุนให้เป้าหมายของแผน 10 สามารถขยายผลไปสู่สังคมวงกว้าง และอาจมีกลุ่มเป้าหมายของตัวเองด้วย **จุดเน้น-บทบาท** ขยายงานและเครือข่ายไปสู่สังคมวงกว้าง สัมผัสกับผู้ใช้สื่อทุกช่วงวัย
2. **กลุ่มเป้าหมายในการสร้างความเปลี่ยนแปลง** ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้
  - **นักสื่อสารสุขภาวะ** *คุณสมบัติ* คือ คนทุกวัยที่รับรู้ สนใจ และมีความพร้อมที่จะเข้าสู่กระบวนการพัฒนาทักษะไปสู่การเป็นนักสื่อสารสุขภาวะ **จุดเน้น-บทบาท** - ก้าวเข้าสู่กระบวนการพัฒนาทักษะที่เป็นเป้าหมายของ แผน 10 และร่วมขับเคลื่อนปฏิบัติการสร้างระบบนิเวศสื่อสุขภาวะให้เกิดความสมดุล เป็นกลุ่มที่มาของต้นแบบ สร้างผู้นำ และผู้สืบสานภารกิจให้มั่นคง ยั่งยืน
  - **พลเมืองเท่ากันสื่อ** *คุณสมบัติ* - ผู้ใช้สื่อทุกช่วงวัย **จุดเน้น-บทบาท** เกิดการตื่นตัว ตระหนักต่อสถานะภาพ บทบาท และความสำคัญของตนเองในระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ โดยเป็นทั้งผู้รับและใช้สื่อ

ที่สามารถสร้างผลกระทบได้ทั้งด้านบวกและลบ และเกิดความสนใจที่จะเข้าสู่การพัฒนาทักษะที่เป็นเป้าหมายของแผน 10 (สามารถส่งต่อไปสู่กลุ่มเป้าหมาย 2.1 ได้)

## กลุ่มเป้าหมายของแผน

ด้านคุณลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย 3 กลุ่มหลัก ดังนี้

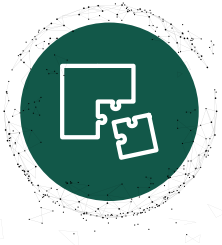
1. **กลุ่มผู้มีอิทธิพลทางความคิด** เช่น ผู้มีชื่อเสียง (celebrity) ผู้มีอิทธิพลบนสื่อดิจิทัลทุกระดับ (micro influencer & macro influencer) ผู้นำในสังคม ชุมชนท้องถิ่น ประชาชนชาวบ้าน เป็นต้น – มุ่งให้เป็นผู้ร่วมขับเคลื่อนและขยายแนวคิดการสร้างระบบนิเวศสื่อสุขภาพ
2. **นักสื่อสารสุขภาพ** – มุ่งให้เกิดการสร้างระบบนิเวศสื่อสุขภาพที่สมดุลในพื้นที่หรือเครือข่ายของตนเอง (info surveillance) และสร้างกลไก หรือเชื่อมโยงพื้นที่ (platform) เฉพาะท้องถิ่นและส่วนกลาง รวมทั้งเผยแพร่สื่อด้านสุขภาพ ทั้งนี้ แกนนำด้านการสื่อสารสุขภาพจากแผนอื่น ๆ ของ สสส. สามารถเชื่อมโยงและส่งต่อเป็นกลุ่มเป้าหมายนี้ได้
3. **ผู้ใช้สื่อทุกช่วงวัย** - มุ่งให้ได้รับการพัฒนาทักษะรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล (MIDL) การคิดวิเคราะห์ภาวะผู้นำ ทุกช่วงกลุ่มวัย (life-course approach) ด้วยคลังข้อมูลความรู้ (archive) และพื้นที่ (platform) กลาง ในการเรียนรู้ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรมการสื่อสารและเรียนรู้ ทั้งนี้ แผน 10 ให้ความสำคัญกับประชากรกลุ่มเฉพาะและกลุ่มเปราะบาง ที่ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากระบบสื่อ เช่น เด็กและเยาวชน ผู้สูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ เป็นต้น  
 ทั้งนี้ การทำงานกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละช่วงวัยมุ่งการเติมช่องว่างที่พบว่าเป็นปัญหาสำคัญ (pain point) ของแต่ละช่วงวัย ดังนี้
  - กลุ่มช่วงวัยเด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ มุ่งการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล (MIDL)
  - กลุ่มช่วงวัยทำงาน มุ่งการพัฒนาสุขภาพทางปัญญา เพื่อลดปัญหาความเครียด ซึมเศร้า ภาวะหมดไฟในการทำงาน ฯลฯ และเสริมพลังให้เข้ามามีบทบาทร่วมฟื้นคืนสุขภาพให้แก่วงศ์

## ด้านพื้นที่

1. **พื้นที่เชิงภูมิศาสตร์** – ดำเนินการทั้งในเมืองและชนบท ครอบคลุมทุกภูมิภาค รวมไม่น้อยกว่า 50 จังหวัด (ไม่น้อยกว่า 1 ใน 3 ของจังหวัดทั่วประเทศ)
2. **พื้นที่ปฏิบัติการ (setting)** ครอบคลุมพื้นที่การใช้ชีวิตทุกลักษณะ และเข้าถึงคนทุกช่วงวัย ประกอบด้วย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สถานศึกษาสำหรับกลุ่มประชากรทุกช่วงวัย สถานประกอบการ ชุมชน และพื้นที่ในสื่อดิจิทัล ที่เข้าถึงคนทุกวัย และกลุ่มที่มีความแตกต่างหลากหลายตามค่านิยมหรือความสนใจเฉพาะ (segmented)

## งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)				
	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาพทางปัญญา	200.00	205.00	210.00	210.00	210.00



## แผน 11

# แผนสร้างสรรคโอกาสสร้างเสริมสุขภาพ

### สรุปภาพรวมระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570)

#### ที่มาและความสำคัญ

แผนสร้างสรรคโอกาสสร้างเสริมสุขภาพมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ในประเด็นที่ 2 การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต ประเด็นที่ 5 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีครอบคลุมทั้งกาย ใจ สติปัญญาและสังคมและประเด็นที่ 6 การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพมนุษย์ รวมถึงสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ในประเด็นที่ 1 การลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมในทุกมิติ ประเด็นที่ 3 การเสริมสร้างพลังทางสังคม และประเด็นที่ 4 การเพิ่มขีดความสามารถของชุมชนท้องถิ่นในการพึ่งตนเองและจัดการตนเอง อีกทั้งมุ่งตอบสนองเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ในเป้าประสงค์ที่ 3 ที่กล่าวถึงการสร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกช่วงอายุ โดยแผนฯ จัดอยู่ในแผนเชิงพื้นที่ตามโครงสร้างการดำเนินงานของกองทุน มีพันธกิจหลักอยู่ที่การกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ให้การสนับสนุนการริเริ่มและพัฒนานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ช่วยให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงได้ง่ายและส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น โดยกำหนดจุดเน้นอยู่ที่การกระจายโอกาสเพื่อช่วยลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพในประชากรกลุ่มต่าง ๆ รวมถึงการเสริมหนุนการดำเนินงานของแผนอื่น ๆ โดยนำความรู้และบทเรียนความสำเร็จของแผนเชิงประเด็นและแผนเชิงองค์กรไปกระจายโอกาสลงในเชิงพื้นที่ (เช่น หมู่บ้าน ชุมชน เป็นต้น) และเชิงกลุ่มประชากร (เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ ผู้พิการ เด็กและเยาวชน ผู้สูงอายุ กลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นต้น)

ในการดำเนินงานที่ผ่านมา แผนฯ ได้วางกลไกการกระจายโอกาสลงสู่ระดับพื้นที่ไปยังกลุ่มบุคคล ชุมชน หน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ ผ่าน “หน่วยจัดการเชิงพื้นที่ (จังหวัด)” และ “หน่วยจัดการเชิงประเด็น” ซึ่งเป็นภาคีดำเนินงานในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศและมีความสามารถในการสนับสนุนการกระจายโอกาส โดยแผนฯ ให้การหนุนเสริมศักยภาพการดำเนินงานของหน่วยจัดการ ควบคู่กับการมีระบบติดตามประเมินผลที่มีการใช้ประโยชน์จากผลการประเมินนำมาหนุนเสริมการดำเนินงานและพัฒนาสมรรถนะหน่วยจัดการให้เข้มแข็งอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งทำให้การกระจายโอกาสผ่านกลไกหน่วยจัดการมีส่วนช่วยขับเคลื่อนงานระดับพื้นที่ให้บรรลุเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของกองทุน ตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2555-2564) ทำให้บุคคล กลุ่มบุคคล ชุมชน หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ มีผลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ จนประสบผลสำเร็จในการจัดการกับสถานการณ์ปัญหาของพื้นที่ที่แผนฯ ให้การสนับสนุน เช่น การลดละเลิกการสูบบุหรี่ การลดละเลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การลดอุบัติเหตุทางถนน การลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก การเพิ่มกิจกรรมทางกาย การเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ และการสร้างชุมชนเข้มแข็ง เป็นต้น รวมทั้งลดความเหลื่อมล้ำในประชากรกลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่มชาติพันธุ์



เด็กและเยาวชน ผู้สูงอายุ กลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากไวรัสโคโรนา-19 ฯลฯ ให้สามารถเข้าถึงการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ อันจะทำให้เกิดสุขภาวะที่ดีทั้งในระดับตนเองและชุมชน

## สถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่มีผลต่อการดำเนินงานของแผนในระยะ 5 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2566-2570)<sup>79</sup>

ทิศทางการดำเนินงานของแผนฯ ในระยะ 5 ปียังคงมุ่งมั่นกับพันธกิจการกระจายโอกาสส่งสู่กลุ่มบุคคล ชุมชน หน่วยงานต่าง ๆ ในระดับพื้นที่โดยตรง ควบคู่ไปกับการกระจายโอกาสผ่านกลไกหน่วยจัดการ เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงการทำงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและสร้างความเสมอภาคทางสังคม รวมถึงการเสริมหนุนและเชื่อมโยงการดำเนินงานกับแผนอื่น ๆ ของกองทุน ในการนี้ ได้มีการพิจารณาสถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยกำหนดสุขภาพในอีก 10 ปีข้างหน้า ดังนี้

- 1. ปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะของคนไทยยังเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ** ไม่ว่าจะเป็นการมีพฤติกรรมเสี่ยง โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการขับชี่ยานพาหนะขณะมึนเมา ซึ่งพบว่าประชากรในพื้นที่ภาคใต้มีพฤติกรรมสูบบุหรี่สูงสุด ประชากรในพื้นที่ภาคเหนือมีสัดส่วนนักดื่มและพฤติกรรมดื่มแล้วขับชี่สูงสุด ส่วนประชากรในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีแนวโน้มเสียชีวิตจากสาเหตุการตายหลัก 3 อันดับแรกของคนไทย ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรกระบบไหลเวียนโลหิต และโรกระบบทางเดินหายใจสูงกว่าประชากรในภาคอื่น ในด้านสุขภาพจิต ประชากรภาคเหนือมีอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าภาพรวมของประเทศเกือบ 2 เท่า ในด้านภาวะโภชนาการ ประชากรในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีสัดส่วนภาวะน้ำหนักเกินสูงกว่าภูมิภาคอื่น ๆ ขณะเดียวกัน การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีผลต่อสุขภาวะเช่นกัน โดยภาคเหนือต้องประสบปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กสูงสุด ส่วนจังหวัดในพื้นที่อุตสาหกรรม เช่น ระยอง ชลบุรี สมุทรปราการ ฯลฯ ต้องเผชิญกับปัญหาขยะกากของเสียอันตราย ขณะที่ภาคใต้ ภาคตะวันออกและภาคกลางประสบปัญหาขยะทะเล ทั้งนี้ พบว่าความยากจนยังคงเป็นสาเหตุความเปราะบางที่สำคัญของประเทศ โดยภาคใต้มีสัดส่วนประชากรยากจนสูงสุด ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีประชากรเปราะบางจากสัดส่วนแรงงานนอกระบบมากที่สุด นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน (อายุ 10-24 ปี) เป็นประชากรกลุ่มที่ต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นความเสี่ยงจากการประสบอุบัติเหตุทางท้องถนนจนบาดเจ็บและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การมีสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้าจากภาวะความเครียดและปัญหาส่วนตัว การบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพและมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ความสัมพันธ์ที่ห่างเหินและไม่ดีกับครอบครัว รวมถึงความขัดแย้งทางความคิด ความเชื่อและค่านิยมในการดำเนินชีวิตกับคนในช่วงวัยอื่น ๆ อันเนื่องมาจากสถานการณ์ทางการเมืองในประเทศที่เป็นอยู่ ดังนั้น ในการป้องกัน ควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยงที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสุขภาพ คนไทยจึงจำเป็นต้องผลักดันให้หน่วยงานทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างจริงจัง
- 2. การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ยังไม่สิ้นสุด** แม้การเข้าถึงวัคซีนของประชาชนจะมีมากขึ้น มีอัตราการเสียชีวิตลดลง และมีการคาดการณ์ว่าจะกลายเป็นโรคประจำถิ่นในระยะอันใกล้นี้ แต่สถานการณ์หลังการแพร่ระบาดส่งผลกระทบต่อสังคมไทยรอบด้านและรุนแรง กล่าวคือ ด้านเศรษฐกิจ ส่งผลอย่างรุนแรง

79 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2565). “ทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ.2565-2574)” และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2564) . “รายงานสุขภาพไทย พ.ศ. 2564”

ต่ออุตสาหกรรมการท่องเที่ยวและการจ้างงาน คนจำนวนมากกลายเป็นคนตกงานทันที โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานนอกระบบ และกลุ่มแรงงานรุ่นใหม่ที่เพิ่งเรียนจบและเริ่มเข้าสู่ตลาดแรงงาน ขณะเดียวกัน กลุ่มคนยากจนผู้ด้อยโอกาส และกลุ่มเปราะบาง ประสบความยากลำบากในการดำรงชีวิตมากขึ้น ทำให้ปัญหาความเหลื่อมล้ำเพิ่มสูงขึ้น **ด้านสุขภาพ** พบว่า มีประชาชนหลายกลุ่มที่มีความเสี่ยงและมีความยากลำบากในการรับมือกับสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เช่น ผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัวโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง และผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ รวมไปถึงผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดที่มักมีปัญหาเรื่องสุขาภิบาล นอกจากนี้ การระบาดของไวรัสยังนำไปสู่ความเครียด วิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของคนในสังคมมากขึ้น และยังมีผลกระทบหลังการแพร่ระบาดที่เกิดขึ้น เช่น ภาวะอาการที่หลงเหลือจากการติดเชื้อโควิด-19 (long COVID) ที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ที่เคยติดเชื้อ เป็นต้น **ด้านการศึกษา** การปรับมาใช้กระบวนการเรียนการสอนออนไลน์ได้ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการสมวัยของเด็กโดยเฉพาะเด็กปฐมวัย และสะท้อนให้เห็นปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการศึกษาที่ชัดเจนมากขึ้น โดยเฉพาะในครอบครัวยากจนและครอบครัวเปราะบาง ขณะเดียวกัน ประสิทธิภาพและคุณภาพการเรียนรู้ลดลง สูญเสียโอกาสในการเรียนรู้ทางสังคมจากประสบการณ์การใช้ชีวิตร่วมกันและการสร้างสัมพันธภาพระหว่างครูกับศิษย์และเพื่อนร่วมชั้นเรียน **ด้านสิ่งแวดล้อม** แม้ว่าจะเป็นโอกาสให้แหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติหลายแห่งฟื้นตัวและทำให้ระบบนิเวศดีขึ้น รวมถึงปริมาณขยะรวมในเมืองท่องเที่ยวและกรุงเทพมหานครลดลงก็ตาม แต่ขยะพลาสติกในครัวเรือนเพิ่มมากขึ้นจากการสั่งซื้ออาหารออนไลน์ เช่นเดียวกับขยะของเสียทางการแพทย์ที่มีปริมาณมากขึ้นจากการควบคุมการแพร่ระบาดของไวรัส ซึ่งผลกระทบในด้านต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนทั้งสิ้น

3. **บริบทความหลากหลายและความซับซ้อนของพื้นที่เป็นความท้าทายในการจัดการสุขภาวะให้เหมาะสม**  
 เนื่องจากแต่ละพื้นที่ของประเทศไทยมีความแตกต่างกันทั้งวิถีชีวิต เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ซึ่งนำไปสู่ความหลากหลายของปัญหาสุขภาพในมิติต่าง ๆ ตามมา กล่าวคือ ในพื้นที่ชุมชนมีความท้าทายในการพัฒนาให้ชุมชนมีขีดความสามารถในการจัดการสุขภาวะในพื้นที่ได้ด้วยตนเอง โดยมีหน่วยงานภายนอกเป็นผู้อำนวยความสะดวกและเสริมหนุนชุมชน เพื่อนำไปสู่การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม ขณะที่ในพื้นที่เขตเมืองที่มีการเคลื่อนย้ายแรงงานเพื่อเข้าถึงโอกาสทางเศรษฐกิจและเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาด้านสภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพคนในพื้นที่ เช่น การจัดการขยะ น้ำเสีย ความแออัดและเสื่อมโทรมของที่อยู่อาศัย รวมถึงเขตสุขภาพพิเศษ ได้แก่ พื้นที่เศรษฐกิจแหล่งท่องเที่ยวทางทะเล พื้นที่ที่มีการเคลื่อนย้ายประชากรข้ามชาติและการค้าขนส่งชายแดนที่มีพลวัตสูง เขตพื้นที่เฉพาะ (ประชากรข้ามชาติ) ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีบริบทเฉพาะแตกต่างจากพื้นที่ปกติ มีประเด็นสุขภาพเฉพาะของแต่ละพื้นที่ เช่น อุบัติเหตุทางน้ำในพื้นที่ท่องเที่ยวทางทะเล ค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพของประชากรข้ามชาติในพื้นที่ชายแดน ขนาดประชากรที่เติบโตจากการย้ายถิ่น เป็นต้น ซึ่งไม่สามารถใช้แนวทางการบริหารจัดการแบบทั่วไปเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุม
4. **คนไทยยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัวไม่เพียงพอเท่าที่ควร**  
 จำเป็นต้องสร้างและพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการเข้าถึง เข้าใจ ชักถามและตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและบริการสุขภาพที่น่าเชื่อถือและเพียงพอด้วยตนเอง รวมถึงการพัฒนาองค์ความรู้และวิธีการสื่อสารด้านสุขภาพที่ถูกต้อง พร้อมทั้งเฝ้าระวังและจัดการกับข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เพื่อให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ พบว่า คนที่อ่านไม่ได้และเขียนไม่คล่องมีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับคนที่อ่านหรือเขียนได้คล่อง การไม่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ

จากอินเทอร์เน็ต โลก และเฟซบุ๊กมีอิทธิพลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุดรองจากการไม่ได้เรียนหนังสือ กลุ่มผู้ที่อายุ 60 ปี ขึ้นไปและผู้ที่มีการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาลงมาจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากที่สุด นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ที่มีบทบาทในชุมชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าคนที่ไม่มียบทบาท ดังนั้น จึงควรกระตุ้น ส่งเสริมและสนับสนุนให้คนในชุมชนเข้ามามีบทบาทหรือเป็นสมาชิกของกลุ่ม/ชมรมในชุมชนมากขึ้น

5. **การเปลี่ยนผ่านทางเทคโนโลยี (disruptive technology) ส่งผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพของประชาชน** ในยุคสังคมดิจิทัลทำให้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ส่งผลกระทบต่อทั้งเชิงบวกและเชิงลบต่อการสร้างเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวางและรวดเร็ว โดยเฉพาะข่าวลวงด้านสุขภาพและการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งส่งผลเสียกับสังคมเป็นอย่างมาก จึงต้องมีการเฝ้าระวังและคัดกรองข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ขณะเดียวกันต้องมีการป้องกันและแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลทั้งในแง่ของการเข้าถึงอุปกรณ์/เครื่องมือใช้งานและความรอบรู้ด้านดิจิทัล โดยเฉพาะการใช้ประโยชน์จากระบบเทคโนโลยีดิจิทัลในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การติดตามตรวจประเมินพฤติกรรมและสถานะสุขภาพ การประมวลผลข้อมูลเพื่อออกแบบและพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะราย เฉพาะกลุ่ม เป็นต้น
6. **การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพต้องพิจารณารอบด้านและปรับให้เหมาะกับพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย** ครอบคลุมทั้งการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ช่วยสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในแต่ละกลุ่ม แต่ละช่วงวัย การส่งเสริมการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เป็นมิตรต่อสุขภาพและเอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ยกตัวอย่างการพัฒนาเมืองให้เป็นพื้นที่ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ทั้งในแง่พื้นที่ทางกายภาพ การสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีปราศจากมลพิษ มีระบบการคมนาคมขนส่งที่ปลอดภัยและทุกคนเข้าถึงได้สะดวก มีพื้นที่สาธารณะสำหรับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเพื่อการดูแลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน รวมถึงการพัฒนาภูมิทัศน์การเรียนรู้ที่หลากหลายและเฉพาะเจาะจงตรงกับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เพื่อสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพและประสานความเข้าใจระหว่างกลุ่มคนที่มีความแตกต่างทางช่วงวัยและวิถีชีวิตวัฒนธรรม
7. **นโยบายภาครัฐและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของแผน** โดยเฉพาะระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการตั้งงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสมทบกองทุน พ.ศ. 2565 (ฉบับที่ 3) ที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถสมทบงบประมาณร่วมกับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในลักษณะการร่วมทุนเพื่อนำไปกระจายโอกาสสนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

### **สถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสำคัญภายใน สสส. ที่มีผลต่อการดำเนินงานของแผนในระยะ 5 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2566-2570)**

1. **การเพิ่มบทบาทใหม่ของ สสส. ในการสนับสนุนทุนร่วมกับภาคีเพื่อการสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ** โดยเมื่อปี 2562 คณะกรรมการกองทุน ได้ปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินงานของ สสส. จากเดิมที่มีเพียง “การสนับสนุนทุนให้แก่ภาคี” เป็นวิธีการตามบทบาทใหม่ ดังต่อไปนี้ (1) การสนับสนุนทุนให้แก่ภาคี (2) การสนับสนุนทุนร่วมกับภาคีเพื่อการสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และ (3) การให้บริการหรือปฏิบัติการกิจโดยส่วนงานภายในสำนักงานกองทุน ซึ่งการเพิ่มบทบาทการสนับสนุนทุนร่วมกับภาคีเป็นโอกาสการดำเนินงานของแผนฯ ที่มีพันธกิจกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยการแสวงหาความร่วมมือกับภาคีนิติบุคคลที่มีศักยภาพที่จะเข้าร่วมดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานของ สสส. และมี

ความพร้อมในการจัดสรรเงินเข้าร่วมดำเนินงานตามจำนวนสัดส่วนเงินที่ สสส. กำหนด เพื่อนำมาจัดสรรโอกาสให้กระจายอย่างกว้างขวางและครอบคลุมโจทย์/ปัญหาของพื้นที่ โดยมีกลไกการสนับสนุนและบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และตรวจสอบได้

2. **การบูรณาการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มแผนเชิงพื้นที่ เชิงองค์กรและกลุ่มประชากร** โดย สสส. มีการจัดโครงสร้างแผน เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการและเน้นให้เกิดการทำงานแนวราบที่เป็นวิธีการทำงานที่สำคัญของ สสส. โดยสามารถจำแนกวิธีการทำงานออกเป็น 3 กลุ่ม (cluster) เพื่อให้เหมาะสมต่อบริบทของงานและเสริมการบูรณาการระหว่างแผน ได้แก่ (1) แผนเชิงประเด็น (2) แผนเชิงพื้นที่ องค์กรและกลุ่มประชากร โดยแผนสร้างสรรค้โอกาสสร้างเสริมสุขภาพจะจัดอยู่ในแผนกลุ่มนี้ (3) แผนเชิงระบบและกลไก และเนื่องจากทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ได้กำหนดเป้าหมายหลักสำคัญ คือ การทำให้คนไทยทุกคนมีสุขภาพดี ซึ่งเป็นองค์รวมที่เกิดจากพฤติกรรมส่วนบุคคล และสภาพแวดล้อมรอบตัวที่ส่งผลต่อสุขภาพ ดังนั้น การทำงานสร้างเสริมสุขภาพจึงต้องอาศัยการทำงานร่วมกันทั้งในเชิงประเด็นทางสุขภาพพร้อมกับการทำงานในเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากรเป้าหมาย โดยมีการนำระบบงานต่าง ๆ เช่น การสื่อสาร นวัตกรรมทางสุขภาพ เป็นต้น มาใช้เป็นเครื่องมือสนับสนุนการทำงานให้เกิดการขยายผล และสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ในวงกว้าง ดังนั้น เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพและขยายผลการดำเนินงานได้อย่างก้าวกระโดด ทั้งนี้ในระยะ 5 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2566-2570) กลุ่มแผนเชิงพื้นที่ องค์กรและกลุ่มประชากร ได้กำหนดทิศทางการดำเนินงานเรื่องการจัดการสุขภาพในพื้นที่ชุมชนเมืองเป็นเป้าหมายการทำงานบูรณาการของทั้ง 6 แผนที่อยู่ในกลุ่ม (cluster) เดียวกัน โดยจะริเริ่มนำร่องดำเนินงานในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และได้กำหนดทิศทางการทำงานร่วมกันไว้ใน 2 ประเด็น ดังนี้

- สร้างกระบวนการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาพะทั้ง 4 มิติ ที่ครอบคลุมการจัดการความรู้ การบริหารภาคีเครือข่าย เพื่อสนับสนุนกลไกการทำงานเชิงพื้นที่ องค์กร กลุ่มประชากร และระบบบริการสุขภาพ ให้เป็นฐานการขยายผลและขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการที่ตอบสนองต่อเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของ สสส. ที่ได้กำหนดไว้ในทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)
- สร้างกลไกกลางในการทำงานและบริหารจัดการภาคีเครือข่ายทั้งเชิงพื้นที่ องค์กร กลุ่มประชากร และระบบบริการสุขภาพพร้อมกัน เพื่อใช้เป็นฐานในการขยายผลและขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการในพื้นที่ชุมชนเมือง โดยมีผลลัพธ์สำคัญเป็นฐานข้อมูลเพื่อแสดงศักยภาพและความพร้อมของเครือข่าย รวมทั้งกลไกในการสื่อสาร การบริหารจัดการ และการพัฒนาเครือข่าย

### **ผลการดำเนินงานที่สำคัญตามพันธกิจของแผน**

ผลการดำเนินงานของแผนฯ ในช่วง 4 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ปี 2561-2564 มีความสอดคล้องกับพันธกิจการกระจายโอกาสลงสู่ระดับพื้นที่ทั้งในเชิงพื้นที่และเชิงกลุ่มประชากร ซึ่งนอกจากจะมีส่วนช่วยลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเสมอภาคทางสังคมในประชากรกลุ่มต่าง ๆ แล้ว ยังเป็นทุนสำคัญสำหรับการดำเนินงานของแผนฯ ในอีก 10 ปีข้างหน้า โดยมีผลการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

1. **ขยายภาครายใหม่ดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ/หรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายได้ถึงร้อยละ 81 ของจำนวนโครงการที่สนับสนุน 8,060 โครงการ โดยมีโครงการเชิงพื้นที่ครอบคลุมทุกจังหวัด ซึ่งกระจายในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 28 รองลงมาคือพื้นที่ภาคกลาง-ตะวันออก-ตะวันตก ร้อยละ 27 ภาคเหนือ ร้อยละ 23 และภาคใต้ร้อยละ 22**

2. การสนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในประชากรกลุ่มต่าง ๆ โดยให้ความสำคัญกับการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ จำนวน 1,731 โครงการ (คิดเป็นร้อยละ 21.5 ของจำนวนโครงการที่สนับสนุน 8,060 โครงการ) ดังนี้ (2.1) กลุ่มเด็กและเยาวชน ทำให้เกิดกระบวนการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ ทักษะชีวิตและทักษะแก่เด็กและเยาวชนที่นำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาวะหรือการสร้างจิตอาสาเพื่อชุมชนในระดับพื้นที่ (2.2) กลุ่มชาติพันธุ์ ทำให้เกิดความรู้และทักษะในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่ช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการสร้างเสริมสุขภาพและบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน (2.3) กลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19 ทำให้เกิดความรู้และทักษะด้านการเงิน มีความสามารถในการจัดการหรือแก้ไขปัญหาสุขภาวะของตนเองหรือลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ การจัดการกับสภาพแวดล้อม เกิดการสร้างกฎกติกาที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองและชุมชนได้ (2.4) กลุ่มผู้สูงอายุ ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและช่วยลดความเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ บริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ (ลดหวาน มัน เค็ม) เป็นต้น รวมถึงการสร้างอาชีพให้กับผู้สูงอายุเพื่อให้มีรายได้และลดการพึ่งพาทางการเงินจากลูกหลาน
3. การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ แผนฯ ได้กระจายโอกาสไปยังกลุ่มบุคคล ชุมชน หน่วยงาน และองค์กรต่าง ๆ เพื่อดำเนินการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาของพื้นที่ รวมถึงเป้าหมาย 10 ปีของกองทุน จำนวน 5,543 โครงการ (คิดเป็นร้อยละ 68.8 ของจำนวนโครงการที่สนับสนุน 8,060 โครงการ) ได้แก่ การลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ การลด ละ เลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การลดอุบัติเหตุทางถนน การลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก การเพิ่มกิจกรรมทางกาย การเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ และการสร้างชุมชนเข้มแข็ง ส่งผลให้เกิดกลไกการจัดการสุขภาวะในพื้นที่เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลตามปัญหาสุขภาวะ จำนวน 1,234,786 คน และเกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพทั้งทางกายภาพ เช่น พื้นที่ปลอดบุหรี่ งานบุญประเพณีปลอดเหล้า และทางสังคม เช่น มาตรการกติกากฎหรือข้อตกลงที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ฯลฯ
4. การส่งเสริมให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาวะที่ดีในพื้นที่ แผนฯ สนับสนุนให้เกิดต้นแบบหมู่บ้านที่มีการจัดการสุขภาวะในทุกมิติโดยอาศัยกลไกสภาผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง จำนวน 274 หมู่บ้าน สามารถดำเนินงานตามแผนชุมชนพึ่งตนเองอย่างมีส่วนร่วม จนแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของชุมชนในทุกมิติ ได้ผลสำเร็จเป็นรูปธรรม คนในชุมชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น คริวเรือนสามารถลดปริมาณขยะ มีการบริโภคผักและปลูกพืชผักปลอดสารพิษเพิ่มขึ้น รวมถึงมีตัวอย่างคนต้นแบบในการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น โดยมีหน่วยจัดการซึ่งเป็นภาคีในส่วนภูมิภาคทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนและหนุนเสริมชุมชนในด้านวิชาการและการบริหารจัดการที่ดี เพื่อให้ชุมชนสามารถสร้างการมีสุขภาวะที่ดีด้วยการคิดและดำเนินงานด้วยตนเอง และในปี 2565 ได้ขยายผลการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ด้วยกลไกสภาผู้นำชุมชนสู่ภาคร่วมรับผิดชอบ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสร้างความยั่งยืนในการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ครอบคลุม 260 หมู่บ้าน
5. การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ แผนฯ สามารถดำเนินการให้แกนนำชุมชนในพื้นที่ จำนวน 35,394 คน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถดำเนินกิจกรรมและทำให้ประชาชนในพื้นที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ได้ถึง 290,085 คน รวมทั้งมีการใช้เทคโนโลยีในการจัดทำสื่อดิจิทัลที่สร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในประเด็นยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสุขภาวะทางเพศ โดยมีผู้ได้รับข้อมูลและเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เผยแพร่ผ่านสื่อดิจิทัลในสื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ จำนวน 468,851 คน ส่งผลกระทบเชิงบวกในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวาง



6. การสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่ จำนวน 303 นวัตกรรม ที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการจัดการปัญหาสุขภาพและสร้างเสริมสุขภาพของคนในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี เช่น นวัตกรรมจัดการขยะ/สิ่งแวดล้อม การดูแลสุขภาพ การจัดการแหล่งอาหารสุขภาพ/เกษตรอินทรีย์ การป้องกันและแก้ไขจุดเสี่ยงระดับชุมชน การออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ “ตามสั่ง-ตามส่ง” แพลตฟอร์มรับ-ส่งอาหารออนไลน์สู่ชุมชนสุขภาพและเศรษฐกิจสมานฉันท์ บอร์ดเกมสำหรับกลุ่มเด็กเยาวชนในการพัฒนาโครงการเพื่อชุมชน เป็นต้น รวมถึงการพัฒนาศักยภาพนวัตกรรม 253 คน ให้สามารถสร้างสรรค์ผลงานนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และนวัตกรรมดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ กว่า 102 ชิ้น เช่น เครื่องมือส่งเสริมสุขภาพจิตวัยรุ่น นวัตกรรมอาหารเพื่อสุขภาพที่มีโภชนาการสูง โมเดลการพยากรณ์พัฒนา Executive Function (EF) เด็กปฐมวัย แอปพลิเคชันตอบคำถามเรื่องเพศศึกษาวัยรุ่น แอปพลิเคชัน คัดกรองผู้ป่วยเครียดและซึมเศร้า เครื่องพ่นหมอกลดฝุ่นละอองขนาดเล็กในโรงเรียน เป็นต้น
7. กลไกหน่วยจัดการช่วยกระจายโอกาสและเสริมหนุนการดำเนินงานในพื้นที่ โดยมี “หน่วยจัดการเชิงพื้นที่ (จังหวัด)” และ “หน่วยจัดการเชิงประเด็น” รวมทั้งสิ้น 130 หน่วยจัดการ ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ ทำหน้าที่เป็นกลไกกระจายโอกาสและติดตามเสริมพลังให้บุคคล ชุมชน หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีหน่วยจัดการ 5 แห่ง ได้แก่ ชุมพร ลำปาง ลพบุรี นครพนม และนครปฐม ได้มีการยกระดับและขยายบทบาทในฐานะผู้เชื่อมทุน เชื่อมทรัพยากร สร้างความร่วมมือและเชื่อมประสานงบประมาณกับหน่วยงานในพื้นที่ที่มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบแก้ไขปัญหาสุขภาพ ให้เข้ามาร่วมดำเนินงานเพื่อมาสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ ทำให้เกิดการกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวางที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ นอกเหนือจากโครงการที่ได้รับการสนับสนุนโดยงบประมาณจาก สสส. โดยมีโครงการที่สนับสนุนโดยงบประมาณจากแหล่งทุนในพื้นที่ เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล กองทุนสุขภาพตำบล หน่วยงานภาครัฐและเอกชน เป็นต้น จำนวน 90 โครงการ
8. การสนับสนุนทุนร่วมกับภาคีเพื่อสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยแผนฯ ได้ริเริ่มการดำเนินงานในลักษณะร่วมทุน (co-investment) กับหน่วยงานที่มีบทบาทภารกิจร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่มีการฉีกกำลังและสมทบงบประมาณดำเนินงานร่วมกัน เพื่อนำไปกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามและส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในพื้นที่ รวมถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามโจทย์หรือปัญหาสุขภาพของแต่ละพื้นที่ ซึ่งที่ผ่านมาแผนฯ ได้มีการดำเนินงานในลักษณะร่วมทุน (co-investment) จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ มูลนิธิเพื่อลมหายใจเชียงใหม่ และมหาวิทยาลัยรังสิต โดยในปี 2565 นำร่องพัฒนาความร่วมมือลักษณะร่วมทุน (co-investment) กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในฐานะองค์กรที่มีบทบาทหน้าที่พัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในพื้นที่ โดยแผนฯ ได้ผลักดันให้เกิดการปรับปรุงระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการตั้งงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสมทบกองทุน (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565 ซึ่งการปรับแก้ระเบียบดังกล่าว ทำให้ อปท. สามารถสมทบงบประมาณร่วมกับ สสส. เพื่อดำเนินงานในลักษณะร่วมทุนได้



## **บทวิเคราะห์ประเด็นท้าทายและโอกาสการดำเนินงานของแผนในระยะ 5 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2566-2570)**

จากข้อมูลสถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยกำหนดสุขภาพในอีก 10 ปีข้างหน้า เมื่อนำมาพิจารณาร่วมกับการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมของแผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาพ (SWOT Analysis) และผลการประเมินแผนหลัก (พ.ศ. 2561-2563) พบประเด็นท้าทายและโอกาสการดำเนินงานของแผน **ในระยะ 3 ปีข้างหน้า**ที่สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) และกรอบนโยบาย การจัดทำแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) รวมถึงผลกระทบต่อเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และปัจจัยเสี่ยง ทางสุขภาพอุบัติใหม่ โดยมีรายละเอียดดังนี้

- 1. การกระจายโอกาสเพื่อการสร้างสุขภาพในประชากรต่าง ๆ ที่แผนฯ ให้การสนับสนุนอยู่แล้วยังคงให้ ความสำคัญไว้เช่นเดิม ควบคู่ไปกับการเปิดโอกาสแก่พื้นที่ใหม่ ๆ และกระจายการสนับสนุนไปยังกลุ่มประชากร ที่ยังเข้าไม่ถึงทุนต่าง ๆ โดยให้ครอบคลุมความเหลื่อมล้ำในทุกมิติ ทั้งเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ ความรู้ และ สิ่งแวดล้อม ได้แก่ คนเปราะบาง แรงงานนอกระบบ แรงงานดกงาน คนที่อยู่ในชุมชนแออัด กลุ่มชาติพันธุ์ ผู้พิการ คนยากจน โดยเป็นการสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับความเหลื่อมล้ำใน มิติดังนั้น ๆ โดยที่ในแต่ละกลุ่มประชากรอาจมีความเหลื่อมล้ำมากกว่าหนึ่งมิติ ซึ่งจะต้องมีการคิดค้นกลไก การกระจายโอกาสที่จะสามารถเข้าถึงกลุ่มคนเหล่านี้โดยง่าย มีการออกแบบการสนับสนุนทุนที่ช่วยลดทอน ข้อจำกัดการจัดทำเอกสารเพื่อเสนอโครงการและการรายงานผลการดำเนินงาน รวมถึงเครื่องมือปฏิบัติงานต่าง ๆ และกำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สามารถปรับเปลี่ยนได้สอดคล้องและเหมาะสมกับกลุ่มประชากร นอกจากนี้ ให้ความสำคัญกับการพัฒนากลุ่มเด็กและเยาวชนให้สามารถขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อเด็ก และเยาวชนในสถานการณ์ปัจจุบัน เช่น การลดความขัดแย้งระหว่างวัย การป้องกัน ช่วยเหลือและเยียวยาภาวะ ซึมเศร้าและความเครียด การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การลดปัจจัยเสี่ยงคุกคาม ทางสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนที่เป็นจุดคานงัดสำคัญ เช่น อุบัติเหตุทางถนน การบริโภคอาหาร กิจกรรม ทางกาย ความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นต้น**
- 2. การเปิดประเด็นงานใหม่ ๆ หรือเพิ่มการสนับสนุนมากขึ้นในประเด็นงานที่ยังดำเนินงานไม่ได้มากนัก โดยเฉพาะประเด็นปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาพที่สอดคล้องตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565- 2574) ได้แก่ การใช้สิ่งเสพติด สุขภาพจิต มลพิษทางอากาศ โรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำโดยเฉพาะ การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 รวมทั้งมีความท้าทายของการดำเนินงานในบางประเด็นที่มีสถานการณ์ ความรุนแรงของปัญหาในบางพื้นที่และบางกลุ่มประชากร เช่น การบริโภคยาสูบในพื้นที่ภาคใต้ การดื่มสุรา ในพื้นที่ภาคเหนือ ปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กในพื้นที่ภาคเหนือ ปัญหาสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและ เยาวชน ปัญหาขยะพลาสติกในครัวเรือนในเมืองท่องเที่ยวและกรุงเทพมหานคร เป็นต้น**
- 3. การขยายผลต้นแบบหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพ แม้ว่าผลการดำเนินงานได้สร้างต้นแบบหมู่บ้านที่สามารถ จัดการสุขภาพได้ด้วยตนเองก็ตาม แต่หน่วยงานในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ฯลฯ ยังมีบทบาทและมีส่วนร่วมรับผิดชอบกับสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ค่อนข้างจำกัด หากเพิ่มการมีส่วนร่วมของหน่วยงานเหล่านี้ในการสนับสนุนการดำเนินงานจะทำให้เกิดประโยชน์ยิ่งขึ้น ดังนั้น แผนฯ จะนำต้นแบบดังกล่าวมาดำเนินการต่อเนื่อง และผลักดันให้ความรู้และแนวทางการดำเนินงานของ ต้นแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพด้วยกลไกสภาผู้นำชุมชนถูกส่งต่อเพื่อขยายผลสู่ภาคีร่วมรับผิดชอบในพื้นที่ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพในทุกมิติให้มากขึ้น โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อทดลองและพิสูจน์การดำเนินงานในรูปแบบดังกล่าว และนำบทเรียน**

ที่ได้จากการดำเนินงานไปขยายผลร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับภารกิจและสามารถสร้างการขยายผลได้ เช่น สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนให้เกิดการขยายผลและการขับเคลื่อนงานต่อไปในระยะยาว ขณะเดียวกัน จะมีการพัฒนาระดับหมู่บ้านต้นแบบในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อสร้างระบบการรับมือและปรับตัวต่อโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ โดยเฉพาะการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมหรือการใช้ชุมชนเป็นฐาน

4. **การมุ่งเน้นและขยายการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่เขตเมือง** เพื่อแก้ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เช่น การจัดการขยะ น้ำเสีย ความแออัดและเสื่อมโทรมของที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ฯลฯ โดยเฉพาะพื้นที่กรุงเทพมหานคร จะมีการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการของกลุ่มแผนเชิงพื้นที่ องค์กรและกลุ่มประชากร ที่ได้กำหนดเป้าหมายหลักสำคัญ คือ ประชาชนในกรุงเทพมหานคร มีวิถีชีวิต สังคมและสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาวะที่ดี และ**เขตสุขภาพพิเศษ** ได้แก่ พื้นที่ทางเศรษฐกิจแหล่งท่องเที่ยวทางทะเล พื้นที่ที่มีการเคลื่อนย้ายประชากรข้ามชาติและการค้าขายแดนที่มีพลวัตสูง เขตพื้นที่เฉพาะ (ประชากรข้ามชาติ) เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีบริบทสถานการณ์ปัญหาและความต้องการเฉพาะแตกต่างจากพื้นที่ปกติ โดยอาจใช้แนวทางการบริหารจัดการแบบทั่วไปและการบริหารจัดการเฉพาะเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันได้อย่างครอบคลุม รวมถึงอาจเปิดพื้นที่การสนับสนุนลักษณะอื่น ๆ ที่ไม่ใช่พื้นที่เชิงภูมิศาสตร์ แต่เป็นพื้นที่เสมือนหรือชุมชนออนไลน์หรือพื้นที่ที่มีการรวมตัวของกลุ่มคนที่สนใจประเด็นปัญหาร่วมกัน
5. **สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ** ที่สอดคล้องตามประเด็นทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 - 2574) ของ สสส. เพื่อสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) และเน้นการใช้ประโยชน์จากสารสนเทศสุขภาพส่วนบุคคล (personal health informatics) ในการดูแลสุขภาพ โดยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะ นอกจากนี้ อาจมีการพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการหรือแกนนำสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ ให้สามารถสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาวะที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ เฝ้าระวังและแนะนำช่องทางการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชนแต่ละกลุ่มให้ตรงกับความต้องการ โดยเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาสุขภาพของแต่ละพื้นที่ รวมถึงการบูรณาการ เชื่อมประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ที่มีศักยภาพในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการทำงานให้มีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต
6. **การสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่** พัฒนาเกณฑ์เพื่อคัดกรองนวัตกรรมที่มีศักยภาพในการพัฒนาต่อยอดหรือทำซ้ำเพื่อการขยายผลในวงกว้าง และการส่งต่อนวัตกรรม โดยวางแผนการทำงานร่วมกับสำนักวิชาการและนวัตกรรม สสส. สำหรับนวัตกรรมที่มีอยู่แล้วเร่งดำเนินการจัดกลุ่มให้เป็นหมวดหมู่ตามประเด็นสุขภาวะ และทำการเผยแพร่ให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการสนับสนุนทุนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดการปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้ รวมถึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพกลุ่ม บุคคล องค์กร ให้มีทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อพัฒนานวัตกรรมที่มุ่งเน้นให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ อย่างหลากหลาย โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเปราะบาง หรือได้รับผลกระทบจากปัญหาต่าง ๆ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ เด็กและเยาวชน เป็นต้น
7. **การเพิ่มศักยภาพหน่วยจัดการ** แม้ว่าหน่วยจัดการจะมีศักยภาพในการเป็นกลไกกระจายโอกาสลงสู่พื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพก็ตาม แต่ยังมีข้อท้าทายในการค้นหาหน่วยจัดการที่สามารถกระจายโอกาสไปยังพื้นที่ใหม่ ๆ หรือกลุ่มประชากรใหม่ที่ยังเข้าถึงไม่ถึงต่าง ๆ โดยง่าย นอกจากนี้ เนื่องจากมีหลายหน่วยงานที่ทำงาน

ด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งต่างมีเป้าหมายการทำงานร่วมกันในการลดภัยคุกคามและพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ดังนั้น **หน่วยจัดการควรเพิ่มบทบาทและศักยภาพในการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานหรือองค์กรในพื้นที่ รวมถึงการเชื่อมประสานทรัพยากรและเชื่อมทุน** เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ และขยายผลการดำเนินงานสู่วงกว้าง ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนได้มากและทั่วถึงยิ่งขึ้น

8. การให้ความสำคัญกับการขยายฐานการทำงานในลักษณะร่วมทุน (co-investment) ที่มีการสมทบงบประมาณดำเนินงานร่วมกันกับองค์กรอื่น ๆ ที่มีบทบาทภารกิจร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มหาวิทยาลัยในพื้นที่ องค์กรสาธารณประโยชน์ เป็นต้น สร้างมิติใหม่ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ที่เป็นการผนึกกำลังและรวมทรัพยากร เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนงานในทิศทางและเป้าหมายที่มุ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพร่วมกัน ตามบทบาทภารกิจของแต่ละฝ่าย โดยเน้นการกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพตามโจทย์หรือปัญหาสุขภาพของแต่ละพื้นที่ให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น
9. **การพัฒนาาระบบสนับสนุนต่าง ๆ ในเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง** ครอบคลุมทั้งระบบข้อมูล ระบบการติดตามประเมินผล ตั้งแต่ระดับโครงการและระดับแผน การพัฒนาศักยภาพภาคีและเสริมพลังหน่วยจัดการ การจัดการความรู้และสื่อสารสาธารณะ การสนับสนุนที่ประเมินผลหน่วยจัดการและพัฒนาที่ประเมินผลให้มีคุณภาพ เพื่อให้ได้ผลประเมินที่มีมาตรฐานสำหรับใช้ประโยชน์เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาการทำงานของแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาการสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และสร้างภาพลักษณ์ให้สังคมจดจำ รวมถึงการสื่อสารเพื่อเสริมพลังการทำงานของภาคีและสร้างแรงบันดาลใจในการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพให้เข้าถึงประชาชนกลุ่มต่าง ๆ การพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการให้มีสมรรถนะที่จำเป็นเพื่อเสริมบทบาทหน่วยจัดการให้ทำงานตามภารกิจได้อย่างสมบูรณ์

### คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

**การกระจายโอกาส** หมายถึง การกระจายทุนในการสนับสนุน การกระจายความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ และการกระจายโอกาสในการพัฒนาหนุนเสริมความเข้มแข็งให้แก่หมู่บ้าน/ชุมชนและกลุ่มเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่

**หน่วยจัดการ** หมายถึง หน่วยงาน องค์กร หรือกลุ่มบุคคลที่ทำงานร่วมกับแผนฯ ในเป้าหมายและภารกิจที่แผนฯ ออกแบบไว้ ได้แก่ การค้นหาภาคีรายย่อยเพื่อกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพและติดตามโครงการย่อยให้สามารถดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์และเกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนด

**การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ** หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการกระทำโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม

**สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ** หมายถึง สภาพแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม ระบบนิเวศ และ/หรือสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย อาทิ มีการนำนโยบาย มาตรการ ข้อกำหนด วิธีการปฏิบัติ หรือแนวทางปฏิบัติ ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการสร้างกลไกการจัดการชุมชนและการจัดการต่อปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

**การเชื่อมทุน** หมายถึง การเชื่อมประสานเพื่อให้แหล่งทุนต่าง ๆ ในจังหวัด เช่น กองทุนสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น สามารถสนับสนุนทุนให้แก่ภาคีเพื่อดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาของพื้นที่หรือประเด็นยุทธศาสตร์ของจังหวัด เป็นการขยายให้เกิดการสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้มากขึ้นจากที่ สสส. สนับสนุน

**การร่วมทุน** หมายถึง การสร้างความร่วมมือในการดำเนินงานกับหน่วยงานที่มีบทบาทต่อสุขภาพของประชาชนและมีความพร้อมในการจัดสรรทรัพยากรเข้าร่วมดำเนินงานกับกองทุน เพื่อสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามประเด็นปัญหาของพื้นที่หรือประเด็นยุทธศาสตร์ของจังหวัด

**พื้นที่เสมือน** หมายถึง ชุมชนออนไลน์ซึ่งเป็นพื้นที่ที่นำพาผู้คนที่มีความคิดเหมือนกัน หรือมีลักษณะและความสนใจร่วมกันมาอยู่รวมตัวกันเป็นชุมชน มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการร่วมกันแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนข้อมูล โดยมีการสื่อสารผ่านเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ อาทิ ชุมชนที่มีไลฟ์สไตล์ อาหาร หรือการออกกำลังกาย ที่เหมือนหรือคล้ายกัน เป็นต้น

## **จุดเน้นของแผน**

เพื่อให้สอดคล้องกับกรอบนโยบายการจัดทำแผนหลัก (พ.ศ.2566-2570) แผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาพะได้กำหนดจุดเน้นการดำเนินงาน ดังนี้

- ขยายและกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ** เน้นให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพะ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพและสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ รวมถึงลดผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอุบัติใหม่ โดยมีการกระจายโอกาสใน 3 ลักษณะ ได้แก่
  - เชิงกลุ่มประชากร** โดยเฉพาะกลุ่มประชากรที่มีความเหลื่อมล้ำในมิติต่าง ๆ เช่น คนเปราะบาง แรงงานนอกระบบ แรงงานตกรงาน ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด กลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มคนยากจน ฯลฯ และกลุ่มประชากรที่กำลังเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาจากปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาพะ เช่น กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน (อายุ 10-24 ปี) ที่มีประเด็นสุขภาพะที่สำคัญ<sup>80</sup> คือ ปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ภาวะซึมเศร้าและความเครียด เป็นต้น
  - เชิงพื้นที่** ครอบคลุมทั้งพื้นที่เสมือน (ชุมชนออนไลน์) หรือพื้นที่ที่มีการรวมตัวของกลุ่มคนที่สนใจประเด็นปัญหาาร่วมกัน และพื้นที่เชิงภูมิศาสตร์ โดยเน้นการดำเนินงานให้พื้นที่ที่มีขีดความสามารถในการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพะด้วยตนเองให้สอดคล้องกับบริบทความต้องการและสถานการณ์ปัญหาเฉพาะที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นการสร้างความรอบรู้เท่าทันต่อปัจจัยที่มีความซับซ้อน และส่งผลกระทบต่อสุขภาพในเขตพื้นที่เมือง หรือการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพะในรูปแบบที่แตกต่างจากพื้นที่ปกติในเขตสุขภาพพิเศษ เช่น พื้นที่ทางเศรษฐกิจแหล่งท่องเที่ยวทางทะเล พื้นที่ที่มีการเคลื่อนย้าย

80 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2564). “รายงานสุขภาพคนไทย ปี 2564”. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประชากรข้ามชาติและการค้าขายส่งชายแดนที่มีพลวัตสูง เขตพื้นที่เฉพาะ (ประชากรข้ามชาติ) เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก เป็นต้น

- **เชิงประเด็น** โดยเฉพาะประเด็นปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาพที่สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 - 2574) ซึ่งกำหนดเป้าหมายหลักไว้ 8 เรื่อง ได้แก่ ลดอัตราการบริโภคน้ำมัน ไขมันอิ่มตัว การบริโภคสุราและสิ่งเสพติด เพิ่มสัดส่วนการบริโภคอาหารอย่างสมดุล เพิ่มสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกาย ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน เพิ่มสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตสมบูรณ์ ลดผลกระทบสุขภาพจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อม และเตรียมพร้อมรับมือปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่โดยเฉพาะการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ
- 2. **สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นเครื่องมือสร้างการเรียนรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy)** ให้แก่หน่วยจัดการสำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ โดยเฉพาะประเด็นลดปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาพตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) รวมถึงสนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงข้อมูลดิจิทัลที่สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพได้มากขึ้น
- 3. **พัฒนาและยกระดับขีดความสามารถของหน่วยจัดการ** เพื่อเป็นหุ้นส่วนร่วมดำเนินงานกับแผนฯ ในการกระจายโอกาสไปยังพื้นที่ใหม่ ๆ หรือกลุ่มเป้าหมายใหม่ที่ยังเข้าถึงไม่ถึงต่าง ๆ ให้ครอบคลุมความเหลื่อมล้ำในทุกมิติ และสามารถหนุนเสริมการดำเนินงานและสนับสนุนข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือให้กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ที่มีขีดความสามารถในการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพด้วยตนเอง รวมทั้งสนับสนุนการเสริมศักยภาพเพื่อขยายบทบาทหน่วยจัดการในการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานหรือองค์กรในพื้นที่ การเชื่อมประสานทรัพยากรและเชื่อมทุน เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่
- 4. **สร้างความร่วมมืออย่างมีเป้าหมายร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีบทบาทภารกิจด้านสุขภาพ** เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ในลักษณะของการร่วมทุน (co-Investment) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพและลดภัยคุกคามต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ รวมถึงเป็นการขยายพื้นที่หรือผู้รับประโยชน์ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น ตลอดจนการเชื่อมโยงและพัฒนาเครือข่ายหน่วยจัดการและหน่วยงานในพื้นที่ให้เกิดการสานพลังและหนุนเสริมซึ่งกันและกันในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่
- 5. **เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบสนับสนุนการบริหารจัดการ** โดยเน้นการใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลผลลัพธ์และข้อมูลการประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา ทั้งในระดับโครงการ ระดับหน่วยจัดการ และระดับแผน เพื่อเสริมพลังภาคีในพื้นที่ พัฒนาต่อยอดขยายผลการดำเนินงาน และการสื่อสารสาธารณะ รวมถึงยกระดับศักยภาพของบุคลากรภายในแผนฯ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์



เป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมาย  
และพื้นที่ที่ได้รับ  
การกระจายโอกาส  
มีความเข้มแข็ง สุขภาพ  
และคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ผลลัพธ์

1. กลุ่มเป้าหมายหรือพื้นที่ที่ได้รับการกระจายโอกาส การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ มีความเข้มแข็ง สามารถจัดการปัญหาสุขภาพในพื้นที่ด้วยการคิดและ ดำเนินการด้วยตนเอง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพและการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ของประชาชนในพื้นที่ ตามประเด็นทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 - 2574) ของกองทุน หรือ ประเด็นสุขภาพอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาของพื้นที่ ไม่น้อยกว่า 10,000 โครงการ
2. หน่วยจัดการมีขีดความสามารถในการสนับสนุนและ หนุนเสริมให้ชุมชนหรือกลุ่มเป้าหมายสามารถสร้าง สุขภาวะที่ดี เกิดการเชื่อมประสานความร่วมมือกับ หน่วยงานในพื้นที่ให้มีส่วนร่วมตัดสินใจพิจารณา โครงการ เชื่อมทรัพยากร และ/หรือเชื่อมทุนในพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ จำนวนไม่น้อยกว่า 15 แห่ง
3. หน่วยงานหรือองค์กรที่มีบทบาทภารกิจการทำงาน ด้านสุขภาพ ร่วมสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริม สุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาสุขภาพ ของพื้นที่ ในลักษณะร่วมทุน (co-investment) จำนวนไม่น้อยกว่า 20 แห่ง

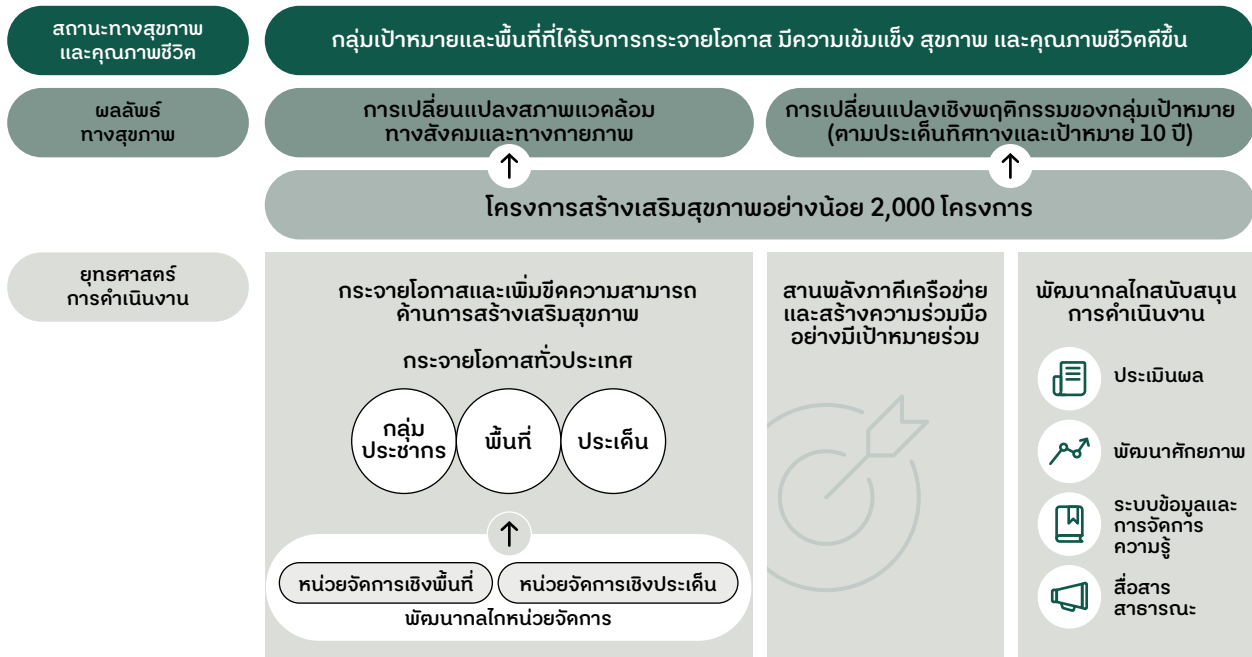
**กรอบแนวคิดการดำเนินงานของแผนสร้างสรรคโอกาสสร้างเสริมสุขภาพะ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 -2570)**

แผนสร้างสรรคโอกาสสร้างเสริมสุขภาพะกำหนดกรอบแนวคิดการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) ดังภาพ โดยกำหนดเป้าหมายการกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพไปยังพื้นที่หรือกลุ่มประชากรที่มีความเหลื่อมล้ำในมิติต่าง ๆ จำนวนไม่น้อยกว่า 10,000 โครงการ มุ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการสร้าง สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ตามประเด็นทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ.2565- 2574) ของ สสส. หรือประเด็นสุขภาพอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาของพื้นที่ โดยกำหนดยุทธศาสตร์ดำเนินงานกระจายโอกาส ผ่านกลไกหน่วยจัดการ ทั้ง “หน่วยจัดการเชิงพื้นที่ (จังหวัด)” และ “หน่วยจัดการเชิงประเด็น” ซึ่งเป็นภาคี ดำเนินงานอยู่ในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ โดยจะมีการพัฒนาขีดความสามารถหน่วยจัดการและประชาชน กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงยุทธศาสตร์การสานพลังเครือข่ายและสร้างความร่วมมือ



อย่างมีเป้าหมายกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีบทบาทการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันการศึกษาในพื้นที่ ฯลฯ ตลอดจนการพัฒนากลไกสนับสนุนการดำเนินงานทั้งในส่วนการติดตามประเมินผล การพัฒนาศักยภาพภาคี การพัฒนาระบบข้อมูล และการสื่อสารสาธารณะ ซึ่งจะมีส่วนช่วยสนับสนุนให้การดำเนินงานของหน่วยจัดการและประชาชนกลุ่มเป้าหมายสามารถดำเนินงานจนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพในพื้นที่ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

## กรอบแนวคิดแผนสร้างสรรคโอกาสสร้างเสริมสุขภาพ: (ปี 2566-2570)



## วัตถุประสงค์

1. เพื่อขยายและกระจายโอกาสการสนับสนุนให้หมู่บ้าน/ชุมชนและประชากรกลุ่มเป้าหมายมีขีดความสามารถในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ สามารถจัดการ/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและ/หรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพได้ตามเป้าหมายโครงการ
2. เพื่อเพิ่มขีดความสามารถและยกระดับสมรรถนะหน่วยจัดการให้สามารถทำงานร่วมกับแผนฯ ได้บรรลุตามเป้าหมายและจุดเน้นของแผนภายใต้ความปกติใหม่ (new normal)
3. เพื่อให้เกิดการสนับสนุนทุนร่วมกับหน่วยงานที่มีบทบาทภารกิจด้านสุขภาพ โดยสามารถกระจายโอกาสให้ภาคีในพื้นที่เข้าถึงการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละพื้นที่
4. เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการบริหารจัดการแผนฯ ครอบคลุมเรื่องระบบข้อมูลผลลัพธ์และข้อมูลการติดตามประเมินผลทั้งในระดับโครงการ ระดับหน่วยจัดการและระดับแผน รวมถึงการนำไปใช้ประโยชน์ในการเสริมพลังและพัฒนาสมรรถนะภาคี พัฒนาต่อยอดขยายผลการดำเนินงานและการสื่อสารสาธารณะ

## กลุ่มเป้าหมาย/ขอบเขตการดำเนินงาน

แผนฯ กำหนดกลุ่มเป้าหมายทั้งเชิงกลุ่มประชากร เชิงพื้นที่ และเชิงประเด็นในการดำเนินงาน ดังนี้

1. **เชิงกลุ่มประชากร** แบ่งเป็น
  - กลุ่มผู้ได้รับประโยชน์จากการกระจายโอกาส แผนฯจะให้ความสำคัญกับเป็นกลุ่มประชากรที่มีปัญหาความเหลื่อมล้ำในมิติต่าง ๆ หรือกำลังเผชิญกับปัญหาจากปัจจัยเสี่ยงคุณภาพชีวิต เช่น คนเปราะบาง แรงงานนอกระบบ แรงงานตกงาน คนที่อยู่อาศัยในชุมชนแออัด กลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มคนยากจน กลุ่มเด็กและเยาวชน เป็นต้น
  - กลุ่มภาคีร่วมขับเคลื่อน ได้แก่ องค์กรสาธารณประโยชน์ องค์กรภาคประชาสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข สถาบันการศึกษา สถาบันวิชาการ สื่อมวลชน ที่มาร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่
2. **เชิงพื้นที่** ได้แก่ พื้นที่เสมือน (ชุมชนออนไลน์) หรือพื้นที่ที่มีการรวมตัวของกลุ่มคนที่สนใจประเด็นปัญหา ร่วมกัน และพื้นที่เชิงภูมิศาสตร์โดยเฉพาะในระดับชุมชน/หมู่บ้าน รวมถึงพื้นที่เขตเมืองและเขตสุขภาพพิเศษ
3. **เชิงประเด็น** ได้แก่ ประเด็นที่เป็นปัจจัยเสี่ยงคุณภาพชีวิตที่สอดคล้องตามบริบทและปัญหาของพื้นที่ และสอดคล้องตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)

## ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

1. **ยุทธศาสตร์การกระจายโอกาสและเพิ่มขีดความสามารถด้านการสร้างเสริมสุขภาพ** โดยแผนฯ มุ่งการกระจายโอกาสและเพิ่มการเปิดโอกาสพื้นที่ใหม่ ๆ ไปยังกลุ่มประชากรต่าง ๆ ที่ยังเข้าถึงไม่ถึงการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ให้ครอบคลุมความเหลื่อมล้ำในทุกมิติ และมุ่งเน้นการพัฒนาให้เกิดกลไกในพื้นที่ที่สามารถจัดการปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเองในประเด็นปัจจัยเสี่ยงคุณภาพชีวิตที่สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 ลักษณะ คือ **เชิงกลุ่มประชากร เชิงพื้นที่ และเชิงประเด็น** ตลอดจนสนับสนุนหน่วยจัดการให้สามารถกระจายโอกาสไปยังพื้นที่ใหม่ ๆ และกลุ่มเป้าหมายใหม่ ๆ ที่ยังเข้าถึงไม่ถึงการสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาและยกระดับขีดความสามารถของหน่วยจัดการให้สามารถทำงานร่วมกับแผนฯ ได้บรรลุตามเป้าหมายและจุดเน้นของแผน โดยเฉพาะการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานหรือองค์กรในพื้นที่ การเชื่อมประสานทรัพยากรและเชื่อมทุนในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาและเสริมสร้างสุขภาพในพื้นที่
2. **ยุทธศาสตร์การสานพลังภาคีเครือข่ายและสร้างความร่วมมืออย่างมีเป้าหมายร่วม** โดยการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีบทบาทการทำงานด้านสุขภาพ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันการศึกษาในพื้นที่ ฯลฯ ในลักษณะของการร่วมทุน (co-investment) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพและลดภัยคุกคามต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ รวมถึงเชื่อมโยงและพัฒนาเครือข่ายหน่วยจัดการเพื่อสานพลังและเสริมหนุนการดำเนินงานซึ่งกันและกันในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่

3. ยุทธศาสตร์การพัฒนากลไกสนับสนุนการดำเนินงาน โดยการสนับสนุนชุดความรู้/นวัตกรรมและ/หรือการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสร้างการเรียนรู้และสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ โดยเฉพาะในประเด็นลดปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาพที่สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) การสนับสนุนทีมประเมินผลหน่วยจัดการ และส่งเสริมให้มีการใช้ข้อมูลผลการประเมินจากทีมประเมินผลมาใช้เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาสมรรถนะหน่วยจัดการรวมถึงการเสริมพลังการทำงานของภาคี การบริหารจัดการของแผนฯ การสื่อสารสาธารณะเพื่อเผยแพร่กิจกรรมและผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพต่าง ๆ และสร้างภาพลักษณ์ในมุมมองของการสร้างสรรค์โอกาส รวมถึงการสร้างแรงบันดาลใจที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ/หรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

### งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)				
	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
แผนสร้างสรรคโอกาสสร้างเสริมสุขภาพ:	340.00	350.00	350.00	340.00	340.00



## แผน 12 แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านระบบบริการสุขภาพ

### สรุปภาพรวมระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570)

#### **ที่มาและความสำคัญ ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ แผนเฉพาะในแต่ละด้าน และทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี**

จากการที่รัฐบาลจัดทำแผนปฏิรูปประเทศ ได้กำหนดให้มี แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข เป็นแผนและขั้นตอน การดำเนินการปฏิรูปในด้านต่าง ๆ ที่ต้องสอดคล้องกับแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ซึ่ง “แผนปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข” ตอบสนองต่อประเด็นการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิตและประเด็นการเสริมสร้างให้คนไทย มีสุขภาพที่ดีแบ่งเป็น 5 แผนย่อย ดังนี้ 1) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยง ที่คุกคามสุขภาพ 2) การใช้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี 3) การพัฒนาระบบ บริการสุขภาพที่ทันสมัยสนับสนุนการสร้างสุขภาพที่ดี 4) การกระจายบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ และ 5) การพัฒนาและสร้างระบบรับมือและปรับตัวต่อโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพ ภูมิอากาศ และ ทิศทางระบบสุขภาพโลก ที่ต้องเปลี่ยนแปลงสู่ระบบสุขภาพวิถีใหม่ การสร้างเสริมสุขภาพของระบบ บริการสุขภาพ จึงต้องมีการปรับตัวขนานใหญ่ มุมมอง องค์ความรู้ ทักษะที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โลกมุ่งสู่ระบบ สุขภาพหนึ่งเดียว (one world one health) เทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามามีบทบาทกับประชาชนและระบบบริการ สุขภาพ ปัญหาสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูล และการใช้บริการสุขภาพ ก็เปลี่ยนแปลงตามวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป

ทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) กำหนดวิสัยทัศน์ ทุกคนบนแผ่นดินไทยมีวิถีชีวิต สังคมและ สิ่งแวดล้อม ที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาพที่ดี และเป้าหมาย 8 ประเด็นหลัก คือ 1) ลดอัตราการบริโภคน้ำมัน 2) ลดอัตราการบริโภคสุราและสิ่งเสพติด 3) เพิ่มสัดส่วนการบริโภคอาหารอย่างสมดุล 4) เพิ่มสัดส่วนการมีกิจกรรม ทางกาย 5) ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน 6) เพิ่มสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตสมบูรณ์ 7) ลดผลกระทบสุขภาพ จากมลพิษทางสิ่งแวดล้อม และ 8) เตรียมพร้อมรับมือปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น ในขณะเดียวกันการ พัฒนายุทธศาสตร์การดำเนินงานต้องพัฒนาเชิงระบบ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำหรือสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ของประชาชนอีกด้วย

แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ มุ่งเน้นสนับสนุนการขับเคลื่อนตามหลักการ กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) คือ การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (reorient health service) ให้มุ่งสู่ การสร้างเสริมสุขภาพและสุขภาพที่ไม่ใช่การให้บริการทางการแพทย์ รวมถึงการแบ่งปันศักยภาพร่วมกับภาคส่วน อื่น ๆ โดยมีบุคลากรสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อให้มีส่วนร่วมสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและการสนับสนุน ชี้นำทางสุขภาพและยุทธศาสตร์ไตรพลัง พลังนโยบาย พลังความรู้ และพลังสังคม ในการกำหนดกรอบการทำงาน สร้างเสริมสุขภาพ คือ ผลักดันบทบาทสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพให้เป็นบทบาทของทุกภาคส่วน ทั้งระดับบุคคลในชุมชน บุคลากรสุขภาพ หน่วยงานบริการสุขภาพ ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม สนับสนุน

ให้เกิดการขับเคลื่อนงานร่วมกันเพื่อให้ระบบบริการสุขภาพปรับทิศทางมาสู่การสร้างเสริมสุขภาพ มิใช่แค่การดูแลรักษาเท่านั้น แต่พิจารณาถึงปัจจัยเสี่ยงและความหลากหลายทางนิเวศวิทยาที่มีผลต่อวิถีชีวิต เช่น สังคม การเมือง เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมทางสุขภาพ โดยบูรณาการกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) ทั้ง 5 ประการ เข้าด้วยกัน คือการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน และ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยที่ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีวิวัฒนาการมากกว่า 100 ปี ซึ่งประกอบด้วยบริการตั้งแต่การสาธารณสุขมูลฐานและบริการสุขภาพปฐมภูมิ (primary health care) บริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ และบริการเฉพาะทางขั้นสูง ตลอดจน บริการการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและการแพทย์พื้นบ้าน ที่ผสมผสาน เชื่อมโยงทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลระยะท้าย ซึ่งหน่วยบริการส่วนใหญ่ของประเทศเป็นบริการภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สำหรับการบริหารจัดการระดับภูมิภาค 12 เขต กับ กรุงเทพมหานคร มีโครงสร้างการจัดการที่สำคัญ คือ 1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ของ สปสช. 2) “เขตบริการสุขภาพ” (regional health service) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จัดทำ “แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ” (service plan) และ 3) ในปี 2559 ได้มีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้ง “เขตสุขภาพเพื่อประชาชน” (กขป.) ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญเพื่อบูรณาการการทำงานของทุกภาคส่วนในระดับพื้นที่ ดำเนินการกำหนดเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ในการดำเนินการและพัฒนาเกี่ยวกับระบบสุขภาพในเขตพื้นที่ ให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพ และประสานให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยมีองค์ประกอบจาก 3 ภาคส่วน คือ ผู้แทนหน่วยงานภาครัฐ ผู้ทรงคุณวุฒิและวิชาชีพ ภาคเอกชน และประชาสังคม นอกจากนี้ มีศูนย์วิชาการ หน่วยงาน สถาบันการศึกษา และเครือข่ายภาครัฐ องค์กรเอกชน และประชาสังคม รวมถึง ภาคี สสส. ในพื้นที่ เพื่อสานพลังการขับเคลื่อนสุขภาพของแต่ละพื้นที่

การสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพนั้น จุดคานงัดที่สำคัญคือ การปรับระบบและพัฒนาศักยภาพของการสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) และ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (primary care) ซึ่งตามปฏิญญาอัสดานา (Astana Declaration) แนะนำให้มีการสนับสนุนการขับเคลื่อนงาน ประกอบด้วย 1) ภาครัฐและสังคมจะต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริม และคุ้มครองสุขภาพและสุขภาพะของประชาชนให้ดีขึ้นทั้งในระดับประเทศ และระดับบุคคล ตลอดจนระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง 2) การสาธารณสุขมูลฐาน และการบริการด้านสุขภาพ จะต้องมีความปลอดภัย มีความปลอดภัย ครอบคลุม มีการบูรณาการ สามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย และราคาเหมาะสมสำหรับประชาชนทุกคน พร้อมด้วยการบริการโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมที่มีคุณภาพมาตรฐาน มีทักษะความชำนาญ มีความกระตือรือร้น 3) ชาวบ้านและชุมชนจะต้องมีพลังและร่วมกันในการดูแลสุขภาพของตนเองให้ดี และเป็นผู้นำด้านสุขภาพ รอบด้าน และ 4) ผู้มีส่วนร่วมทุกภาคส่วนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จะต้องประกาศตนในการเข้าร่วมส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งต่อนโยบายสุขภาพระดับชาติ ตลอดจนยุทธศาสตร์การพัฒนา และแผนการดำเนินงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในระดับอำเภอ สสส. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิในลักษณะเครือข่ายจากทุกภาคส่วนที่เรียกว่า “ระบบสุขภาพระดับอำเภอ” (District Health System: DHS) คือ ระบบการจัดการด้านสุขภาพ กระบวนการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ครอบคลุมถึงการจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ประสานภาคส่วนต่าง ๆ ตามบริบทของพื้นที่ นำสู่การประกาศ “ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561” ด้วยกลไกที่

เรียกว่า “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” (District Health Board: DHB) ตามหลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” โดยมีนายอำเภอ เป็นประธาน และสาธารณสุขอำเภอ เป็นเลขานุการ ร่วมกับภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ทำหน้าที่กำหนดเป้าหมาย/แนวทางการดำเนินงานดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในอำเภอ ซึ่งเป็น “นวัตกรรมทางสังคม” ที่นำภาคสาธารณสุขและนอกสาธารณสุขมาร่วมทำงานขับเคลื่อนสร้างคุณภาพชีวิตและสุขภาพตามแนวทางประชารัฐ ทั้ง 878 อำเภอ ทั่วประเทศ สำหรับจังหวัดกรุงเทพมหานคร ได้ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชช.) ที่มีผู้อำนวยการเขต เป็นประธานขับเคลื่อน ซึ่งสอดคล้องกับการแบ่งพื้นที่การปกครองในกรุงเทพมหานครทั้ง 50 เขต และ เมื่อวันที่ 26 เมษายน 2562 ได้มีการประกาศ “พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562” ซึ่งมีนิยามขอบเขต ดังนี้ 1) “บริการสุขภาพปฐมภูมิ” หมายความว่า บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวมตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ 2) “ระบบสุขภาพปฐมภูมิ” หมายความว่า กลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือ เพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ แนวคิดหลักคือเปลี่ยนแนวคิดจากการใช้โรงพยาบาลและวิชาชีพเป็นฐานมาเป็นผู้รับบริการเป็นฐาน เน้นการดูแลคนดูแลเป็นทีม โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง และจัดให้มีทีมหมอครอบครัวโดยประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สหสาขาวิชาชีพ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมกันดูแลประชาชน 10,000 คน จัดบริการที่เชื่อมโยงบูรณาการ ดูแลทุกคน ดูแลทุกอย่าง ดูแลทุกที่ ดูแลทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี โดยมีระบบการเงินที่เอื้อและสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการอย่างบูรณาการ โดยคาดหวังว่าระบบดังกล่าวจะทำให้ประชาชนไทยมีสุขภาพดีขึ้น ลดการป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพิ่มประสิทธิผลของการดูแลรักษาโรคเรื้อรังและลดภาวะแทรกซ้อน ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิดีขึ้น และลดการใช้บริการที่โรงพยาบาลที่ไม่จำเป็นลง อันจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ โดยในปี 2564 มีเป้าหมายขึ้นทะเบียนสะสม จำนวน 2,500 หน่วย และ ครอบคลุม 6,500 หน่วย ในระยะเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2572)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญมาก คือ ความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการทำงานของบุคลากรสุขภาพ โดยมุ่งเน้นให้เกิดการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ ที่ต้องปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาบุคลากรสุขภาพให้มีความพร้อมทั้งด้านวิชาการ มีความรู้เท่าทันสถานการณ์ใหม่ ๆ และมีพลังใจในการปฏิบัติงาน บริการสุขภาพในด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และคุ้มครองผู้บริโภค นอกจากนี้ ยังต้องเปิดกว้างเชื่อมโยงมุมมองด้านอื่น ๆ เช่น สังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ บุคลากรสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่กระตุ้น สนับสนุน เสริมพลังให้บุคคล ครอบครัว ชุมชนมีศักยภาพสามารถดูแลสุขภาพและจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี รวมถึงการวางแผนด้านกำลังคนสุขภาพ การกระจาย และสมรรถนะของบุคลากรสุขภาพ ในการหนุนเสริมให้เกิดการพัฒนาและขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิและเครือข่ายบริการ นอกจากนี้ ควรคำนึงถึงควบคู่กับการพัฒนาระบบการเรียนการสอน หลักสูตร และการพัฒนาอาจารย์ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ใช้โรงพยาบาลชุมชนเป็นฐาน มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค



ซึ่งอาศัยระบบการทำงานที่มีส่วนรวมและมีการบูรณาการระหว่างวิชาชีพ และด้วยสถานการณ์โลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีการเติบโตของสังคมเมืองอย่างก้าวกระโดดและเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ อีกทั้งการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีผลกระทบโดยตรงต่อระบบบริการสุขภาพ ทำให้เกิดการทบทวนรูปแบบบริการให้สามารถรองรับผู้ป่วยได้ในทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพ มีการเกิดขึ้นของการแพทย์วิถีใหม่ (new normal of medical service) ที่นำเทคโนโลยีและพัฒนาระบบข้อมูลมาสนับสนุนการจัดบริการ อีกทั้งจำเป็นต้องสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ประชาชน และชุมชน ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ จึงจะสามารถขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะกำลังสำคัญที่โดดเด่น ได้รับการยกย่องจาก นานาชาติ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กว่า 1,040,000 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครอีก 15,000 คน ซึ่งเป็นกลุ่มบุคลากรแนวหน้าที่เป็นกำลังสำคัญทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ในท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ดังนั้นการพัฒนา กลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนระบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งในด้านของสาธารณสุข ระบบบริการสุขภาพ ภาคประชาชน รวมถึงภาคประชาสังคม จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อเกิดระบบสุขภาพที่มีความยั่งยืน

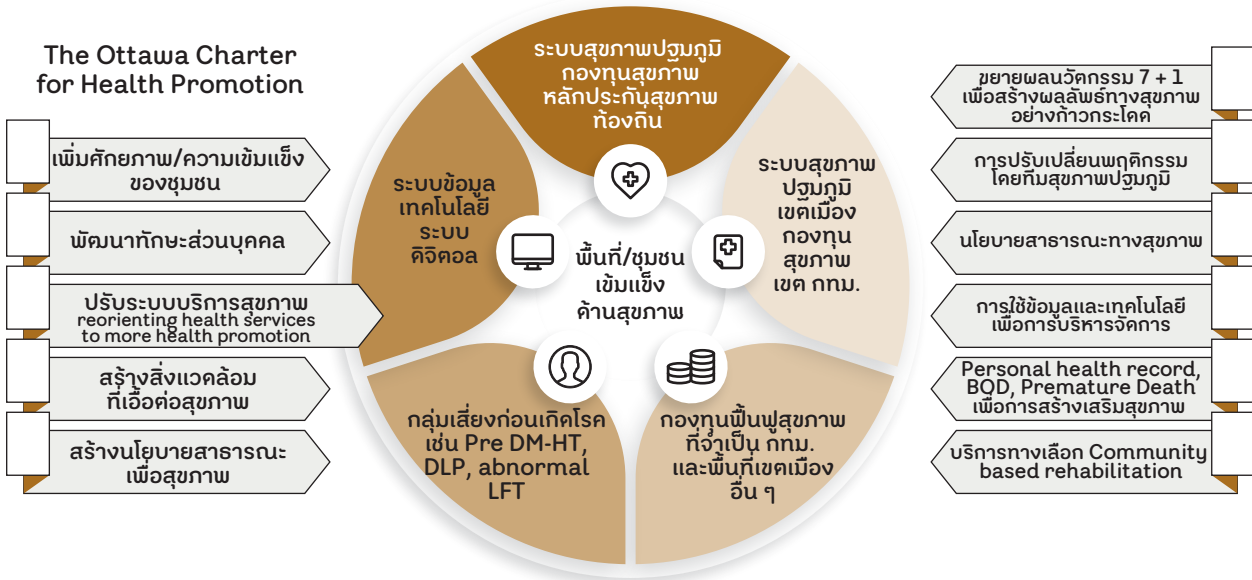
## การดำเนินงานที่ผ่านมา

ผลการดำเนินงานสำคัญที่ผ่านมา อาทิ

- การสนับสนุนระบบสุขภาพอำเภอ โดยร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขในการสนับสนุนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ครอบคลุม 12 เขต ทั่วประเทศ และพัฒนาความเข้มแข็งของกลไกสนับสนุนระดับ เขต และจังหวัด
- การสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรวิชาชีพและรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน หรือองค์กร เป็นต้น โดยเริ่มจากกลุ่มวิชาชีพพยาบาล ขยายสู่วิชาชีพกายภาพบำบัด ทันตแพทย์ และนักสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งสนับสนุนให้มีการปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอนสำหรับบุคลากรวิชาชีพทุกสาขา ตามแนวทางการพัฒนาบุคลากรสู่ศตวรรษที่ 21
- การสนับสนุนระบบสุขภาพเขตเมือง โดยเน้นการพัฒนากลไกที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในกรุงเทพมหานคร ทั้งการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศระดับพื้นที่ การพัฒนาต้นแบบ/รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน การสนับสนุนความเข้มแข็งของชุมชนด้วยเครื่องมือการจัดทำธรรมนูญพื้นที่ ตลอดจนสนับสนุนกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต และการจัดสมัชชากรุงเทพมหานคร
- การสนับสนุนกลไกวิชาการและการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยพัฒนาเครือข่ายพัฒนางานวิจัยสู่งานประจำในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ การศึกษาภาวะอนามัยเจริญพันธุ์ และ ข้อเสนอการพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง เป็นต้น และมีการพัฒนารูปแบบ เกณฑ์ เครื่องมือ และเทคโนโลยีดิจิทัล ที่ช่วยสร้างความรู้ด้านสุขภาพ เช่น การปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อนามัยช่องปาก และโรคโควิด-19

จุดเน้นเชิงยุทธศาสตร์

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีการสร้างเสริมสุขภาพที่ได้คุณภาพ ครอบคลุม เข้าถึง  
ลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ บูรณาการทุกภาคส่วน สร้างความเข้มแข็งของพื้นที่/ชุมชน  
ด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพะดี 4 มิติ



แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ มีทิศทางดำเนินการโดย อ้างอิงตามกฎบัตรออกอตตาวา (Ottawa Charter) คือ การเพิ่มศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และโดยเฉพาะการปรับระบบบริการสุขภาพ โดยมีกลยุทธ์หลักในการพัฒนาและขยายรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของระบบบริการสุขภาพด้วยการพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการที่สนใจขับเคลื่อนประเด็น ตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ทั้งการปรับระบบบริการของเครือข่ายหน่วยบริการ และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ซึ่งในเครือข่ายจะมีการพัฒนาศักยภาพทีมบุคลากร การพัฒนารูปแบบและดำเนินการในพื้นที่ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปลองค์ความรู้ และอาจเลือกประเด็นมาพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายต่อไป พร้อมไปกับการพัฒนาระบบการสื่อสารสาธารณะ ที่มุ่งหวังให้เกิดความเข้าใจ มั่นใจ มีทัศนคติและมุ่งพัฒนาเพื่อเพิ่มการสร้างเสริมสุขภาพของระบบบริการสุขภาพ และประชาชน

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

หน่วยบริการสุขภาพ หมายถึง โรงพยาบาล หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ หน่วยงาน องค์กร หรือ เทคโนโลยีดิจิทัล ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม/ภาคประชาชนที่จัดบริการหรือดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพหรือสนับสนุนระบบสุขภาพชุมชน



**ชุมชนเข้มแข็งด้านสุขภาพ** หมายถึง คุณลักษณะของชุมชนที่มีการจัดการตนเองด้านสุขภาพ มีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ (1) สร้างการเรียนรู้ มีกระบวนการเรียนรู้ และสร้างความเข้าใจร่วมกัน (2) มีองค์กรที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนให้เกิดการแก้ปัญหาและพัฒนาครอบคลุมทุกด้าน (3) สร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลง (4) สร้างโอกาสให้ทุกภาคส่วนร่วมแก้ปัญหาและพัฒนา (5) สามารถระดมเงินและทรัพยากรเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนา (6) มีข้อตกลงและกติกาของชุมชน และ (7) สร้างความร่วมมือกับองค์กร หน่วยงานภายใน และภายนอกพื้นที่ได้

**การจัดการตนเองด้านสุขภาพ** หมายถึง การปรับเปลี่ยนมุมมองและทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง โดยครอบคลุมทั้งการตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล/การเรียนรู้ การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนและตอบสนองต่อผลกระทบ

**ระบบสุขภาพเขตเมือง/พื้นที่เฉพาะ** หมายถึง หน่วยบริการสุขภาพพร้อมกับ กลุ่มปัจเจก องค์กร และหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งที่อยู่ในระบบบริการสุขภาพ และนอกเหนือจากระบบบริการสุขภาพ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน เป็นต้น มาร่วมกันกำหนดประเด็น ขับเคลื่อน มีแผนปฏิบัติการ บูรณาการทรัพยากร เพื่อดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพหรือจัดการปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ ในพื้นที่เขตเมือง/พื้นที่เฉพาะ

**ทีมสุขภาพปฐมภูมิ** หมายถึง บุคลากรสุขภาพ สหวิชาชีพ บุคลากรท้องถิ่น แกนนำ ฯลฯ ที่ทำงานร่วมกันในการ สร้างเสริมสุขภาพประชาชนในพื้นที่ และผลักดันให้เกิดพื้นที่เข้มแข็งและจัดการตนเองด้านสุขภาพ

## **จุดเน้นของแผน**

1. พัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีการสร้างเสริมสุขภาพที่ได้คุณภาพ ครอบคลุมและเข้าถึงได้ ดูแลแบบผู้รับบริการ เป็นศูนย์กลาง มีการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มประชากร และเสริมสมรรถนะบุคลากรสุขภาพ สหวิชาชีพ บุคลากรท้องถิ่น แกนนำ ประชาชนชาวบ้าน ฯลฯ ให้เป็นกลไกหลักในการสร้างการเปลี่ยนแปลงด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ในระดับพื้นที่ สามารถปรับรูปแบบบริการและบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพเชิงประเด็นตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) เพื่อทำให้เกิดพื้นที่เข้มแข็งด้านสุขภาพ (โดยเฉพาะในระดับชุมชน ตำบล อำเภอ) ประชาชนมีขีดความสามารถในการจัดการตนเองด้านสุขภาพ ด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมกับผู้รับประโยชน์และภาคีที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาเป็นเครือข่ายการเรียนรู้ของระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อการขยายผล ต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพ และยกระดับบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระบบสุขภาพชุมชน รวมถึงสนับสนุน การขับเคลื่อนนโยบาย
2. พัฒนานวัตกรรม ระบบ และกลไกใหม่ โดยความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน เพื่อสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ ที่นำไปสู่การเกิดพื้นที่เข้มแข็งและจัดการตนเองด้านสุขภาพ ที่สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) และการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง หรือพื้นที่ที่มีความเปราะบาง เช่น กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน กลุ่มผู้สูงอายุ พื้นที่เขตเมือง กรุงเทพมหานคร แนวชายแดนหรือพื้นที่พิเศษ เป็นต้น ให้มีความพร้อมสามารถรับมือกับวิกฤติการณ์ด้านสุขภาพ เช่น การรองรับสถานการณ์โควิด-19 ด้านเศรษฐกิจ และสังคม

- สนับสนุนให้ระบบบริการสุขภาพมีการใช้เทคโนโลยี ระบบดิจิทัลและระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยคำนึงถึงกระบวนการของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการเปลี่ยนแปลง (digital transformation) สร้างการเรียนรู้ การสื่อสาร การจัดการอันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สังคม และสิ่งแวดล้อมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในยุคดิจิทัล
- บูรณาการภายใน สสส. และภาคียุทธศาสตร์เพื่อการสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดด ด้วยการขยายผลต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพโดยคำนึงถึงพลวัตเชิงพื้นที่ กลุ่มประชากร และลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ

## เป้าหมายและผลลัพธ์ของการดำเนินงาน

### เป้าหมาย

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีการสร้างเสริมสุขภาพที่ได้คุณภาพครอบคลุม เข้าถึง ลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ

บูรณาการทุกภาคส่วน โดยเน้นการสร้างความเข้มแข็งของพื้นที่/ชุมชนด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพะที่ตี 4 มิติ

### ผลลัพธ์

- หน่วยบริการสุขภาพที่เป็นกลไกหลักในการสร้างพื้นที่เข้มแข็งและจัดการตนเองด้านสุขภาพ (ระดับชุมชน ตำบล อำเภอ) โดยบูรณาการประเด็นสร้างเสริมสุขภาพตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) สอดคล้องกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร ร่วมกับหน่วยงานองค์กรในพื้นที่ ไม่น้อยกว่า 500 หน่วยบริการ
- ทีมสุขภาพปฐมภูมิ (บุคลากรสุขภาพ สหวิชาชีพ บุคลากรท้องถิ่น แกนนำ ฯลฯ) ที่มีขีดความสามารถในการสร้างการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ (ชุมชน ตำบล อำเภอ) เพื่อนำไปสู่การเกิดชุมชนเข้มแข็งและจัดการตนเองด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) และพลวัตเชิงพื้นที่ โดยขับเคลื่อนร่วมกับระบบบริการสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ไม่น้อยกว่า 2,000 คน
- นวัตกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และกลุ่มประชากร ไม่น้อยกว่า 10 นวัตกรรม
- การขยายผลต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงประเด็นผ่านระบบบริการสุขภาพ หน่วยบริการสุขภาพ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สังคม และสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับพลวัตเชิงพื้นที่ ไม่น้อยกว่า 300 พื้นที่

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ให้เป็นกลไกหลักในการบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับหน่วยงานองค์กรในพื้นที่ และขยายผลต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านการผลักดันนโยบาย กระบวนการเรียนรู้ และการสื่อสารที่มีประสิทธิผลและยั่งยืน
2. เพื่อสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะและเสริมศักยภาพทีมบุคลากรสุขภาพ และสถานเสริมพลังเครือข่ายสหวิชาชีพ เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร
3. เพื่อสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรม การใช้เทคโนโลยี ระบบดิจิทัลและระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม

## ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

1. พัฒนาและเสริมศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพ บุคลากรสุขภาพ สหวิชาชีพ บุคลากรท้องถิ่น แกนนำ ฯลฯ ให้มีขีดความสามารถในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) สร้างพื้นที่เข้มแข็งและจัดการตนเองด้านสุขภาพ รวมทั้งเป็นกลไกขยายผลต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านการผลักดันนโยบาย กระบวนการเรียนรู้ และการสื่อสารที่มีประสิทธิผลและยั่งยืน โดยให้คำนึงถึงพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร
2. สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ งานวิชาการ และการพัฒนานวัตกรรม การใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร
3. สถานและเสริมพลังภาคีเครือข่าย ภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม และประชาชน ให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนแนวทางการทำงานเพื่อสร้างผลลัพธ์และขยายผลการทำงานได้อย่างก้าวกระโดด
4. พัฒนาและเชื่อมประสานการสื่อสารสังคม สื่อสารสาธารณะ เพื่อชี้แนะ ชี้นำให้เกิดการปรับระบบบริการสุขภาพ ขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชนให้ประชาชนเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพ เกิดการปรับพฤติกรรม สังคม และสิ่งแวดล้อม ให้เหมาะสมกับการมีสุขภาพ

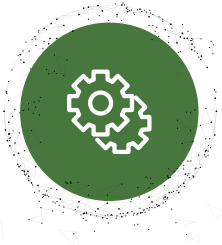
## กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

1. กลุ่มเป้าหมายหลัก คือ
  - หน่วยบริการสุขภาพ (ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ) บุคลากรสุขภาพ นิสิตนักศึกษา/คนรุ่นใหม่ และสาขาวิชาชีพ
  - ประชาชนในพื้นที่ (ชุมชน ตำบล อำเภอ จังหวัด) กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มเปราะบาง ด้อยโอกาส กลุ่มเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพ
  - พื้นที่ชุมชนชนบท พื้นที่เขตเมือง เช่น กรุงเทพมหานคร และพื้นที่ที่มีลักษณะพิเศษ เช่นพื้นที่ชายแดน
2. ภาควิทยาศาสตร์ ได้แก่
  - กระทรวงสาธารณสุข
  - สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
  - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
  - สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
  - สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
  - สถาบันการศึกษา/วิชาการ ด้านการแพทย์ สาธารณสุข หรือ ด้านสุขภาพ
  - สภา/สมาคม/ชมรมวิชาชีพ หรือบุคลากรสุขภาพ
  - กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
  - เครือข่ายภาคประชาชนสร้างเสริมสุขภาพ

## งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)				
	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	180.00	185.00	185.00	190.00	180.00





## แผน 13 แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

### สรุปภาพรวมระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570)

ที่มาและความสำคัญ ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ แผนเฉพาะในแต่ละด้าน และทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี

1. ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มีเป้าหมายการพัฒนาสำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ โดยคนไทย มีความพร้อมทั้งกาย ใจ สติปัญญา มีพัฒนาการที่รอบด้านและมีสุขภาวะที่ดีในทุกช่วงวัย มีจิตสาธารณะ รับผิดชอบต่อสังคม มีนิสัยรักการเรียนรู้และการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต นอกจากนี้ ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม มีเป้าหมายการพัฒนาที่ให้ความสำคัญกับการดึงพลังของภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ชุมชนท้องถิ่น มาร่วมขับเคลื่อน ร่วมคิดร่วมทำเพื่อส่วนรวม การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการตนเอง และการเตรียมความพร้อมของประชากรทั้งในมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อมให้เป็นประชากรที่มีคุณภาพ และทำประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคม
2. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 (พ.ศ.2566-2570) มุ่งเน้นการปรับโครงสร้างการผลิตและบริการสู่เศรษฐกิจรากฐานนวัตกรรม การพัฒนาคนสำหรับโลกยุคใหม่ การมุ่งสู่สังคมแห่งโอกาสและความเป็นธรรม การเปลี่ยนผ่านไปสู่ความยั่งยืน และการเสริมสร้างความสามารถของประเทศในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงและความเสี่ยงภายใต้บริบทโลกใหม่ ดังนั้น ประเทศไทยจำเป็นต้องเตรียมพร้อมรับมือกับความท้าทายในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อ การขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพของภาคีเครือข่าย ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจที่มีความเหลื่อมล้ำทางรายได้ การเปลี่ยนแปลงทางสภาพภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อมที่เป็นผลกระทบมาจากภาวะโลกร้อนซึ่งทวีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยี ด้วยบริบทการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้ภาคีเครือข่าย จำเป็นต้องมีการปรับตัวมุ่งสู่การทำงานแบบเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายเพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการเตรียมความพร้อมภาคีเครือข่าย ให้มีทักษะและหาวิธีการหรือเครื่องมือใหม่ ๆ ที่สามารถรับมือสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง พร้อมทั้งสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการทำงานได้ อาทิ การเข้าใจและรู้ถึงวิธีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาปรับใช้เพื่อเสริมประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น
3. (ร่าง) ยุทธศาสตร์การวิจัยและนวัตกรรม 20 ปี<sup>81</sup> (พ.ศ. 2560-2579) ยุทธศาสตร์ที่ 2 การวิจัยและนวัตกรรม เพื่อการพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม ยุทธศาสตร์ที่ 3 การวิจัยและนวัตกรรมส่งเสริมศักยภาพในการป้องกันโรค

81 สภานโยบายวิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ. (2560). “(ร่าง) ยุทธศาสตร์การวิจัยและนวัตกรรม 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2575)”. สภานโยบายวิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ. กรุงเทพฯ. โคคุน แอนด์ โค จำกัด

และเสริมสร้างสุขภาพ โดยมีแนวทางเร่งรัดวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมในการดูแลสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ และการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งมุ่งเน้น การวิจัยและนวัตกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและเสริมสร้างสุขภาพ รวมถึงการลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคและภัยสุขภาพ โดยเป็นการพัฒนาและส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องผ่านงานวิจัยสหสาขา เพื่อการสร้างความรู้ ความเท่าทันด้านสุขภาพและการเป็นแพทย์ของตนเองของประชาชน รวมทั้งทักษะและแรงจูงใจในการลด พฤติกรรมเสี่ยงและสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม การสร้างสุขภาพไว้ในประชากรทุกช่วงอายุเพื่อลด การพึ่งพิงรัฐและลดภาระทางสังคม

4. **ทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)** ได้กำหนดเป้าหมายสูงสุดของการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ต้องการให้บุคคลมีสุขภาพดี สมบูรณ์พร้อมทั้ง 4 มิติ คือ สุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาวะทางปัญญา และ สังคมดี ตามพันธกิจ สสส. ในการ “จุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลังบุคคล ชุมชน และองค์กรทุก ภาคส่วน ให้มีขีดความสามารถและสร้างสรรค์ระบบสังคมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาพที่ดี” ภาคิเครือข่าย เป็นหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ โดย สสส. มีการทำงานร่วมกับภาคิเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม มหาวิทยาลัย และชุมชนท้องถิ่น ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดด ภายใต้กรอบการทำงาน การสร้างเสริมสุขภาพ 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) สนับสนุนงานวิชาการและนวัตกรรม 2) สานพลังภาคิและ เครือข่าย 3) การพัฒนาศักยภาพบุคคล ชุมชน และองค์กร 4) พัฒนากลไกทางนโยบายสังคม และสถาบัน และ 5) สื่อสารสังคม เพื่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ทั้งนี้ สสส. จะขับเคลื่อนพันธกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลนั้น ทุกแผนของ สสส. ตลอดจนภาคิเครือข่าย สสส. ต้องการการสนับสนุนระบบและกลไกที่มีประสิทธิภาพเอื้อต่อการขับเคลื่อนและยกระดับงานสร้างเสริมสุขภาพ ที่นอกเหนือจากการสนับสนุนทุน

สสส. ให้ความสำคัญกับการพัฒนากลไกสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เพื่อหนุนเสริมและยกระดับ งานสร้างเสริมสุขภาพของแผนต่าง ๆ ใน สสส. และภาคิเครือข่าย โดยกำหนดโครงสร้างกลไกสนับสนุนภายในองค์กร เป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร 2) การสนับสนุนโครงการ 3) ระบบข้อมูลและการจัดการ ความรู้ 4) การกำกับ ติดตาม และประเมินผล และ 5) ระบบงานดิจิทัลสารสนเทศ ซึ่งเป็นที่มาของแผนพัฒนา ระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ 7 โดยมุ่งสู่เป้าหมายที่สำคัญ คือ “แผนต่าง ๆ ใน สสส. และภาคิเครือข่ายได้รับการสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้าง เสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน”

## การดำเนินงานที่ผ่านมา

การดำเนินงานตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาของแผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ เกิดผล สำเร็จที่สำคัญ ดังนี้

1. สสส. ได้รับการยอมรับจากองค์การอนามัยโลก มอบรางวัลเนลสัน แมนเดลา ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ประจำปี 2564 (Nelson Mandela Award for Health Promotion 2021) ซึ่งเป็นผลจากการดำเนินงาน ของ สสส. และภาคิเครือข่าย ตลอดระยะสองทศวรรษที่ผ่านมา เกิดผลงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นที่ประจักษ์ในระดับนานาชาติ

2. การสนับสนุนระบบและกลไกการทำงานของภาคีเครือข่าย สสส. ทั้งด้านการสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายการทำงานสร้างเสริมสุขภาวะในพื้นที่ภูมิภาค ที่มีการแลกเปลี่ยนและออกแบบการทำงานในลักษณะข้ามประเด็นหรือข้ามพื้นที่ การยกระดับการทำงานของกลไกสนับสนุนเครือข่าย การสร้างพื้นที่กลางเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเสริมสมรรถนะภาคีเครือข่าย และการพัฒนาระบบสนับสนุนภาคี เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของภาคีเครือข่าย
3. การพัฒนาและขับเคลื่อนความร่วมมือกับองค์กรยุทธศาสตร์ระดับนานาชาติ ที่เอื้อต่อการยกระดับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะสู่ระดับสากล เช่น แผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย (WHO Thailand) ข้อตกลงความร่วมมือกับเครือข่ายมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพอาเซียน (ASEAN University Network - Health Promotion Network: AUN-HPN) ความร่วมมือกับเครือข่าย สสส. โลก (International Network of Health Promotion Foundation: INHPF) ข้อตกลงความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO-SEARO) เป็นต้น
4. การสนับสนุนงานวิจัย/วิชาการ และการใช้ประโยชน์ข้อมูล สารสนเทศ ผลการศึกษาวิจัย และองค์ความรู้ในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพทั้งภายใน สสส. และภาคีเครือข่าย อาทิ การร่วมมือกับสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล จัดทำรายงานสุขภาพคนไทย เพื่อให้ข้อมูลและประเด็นด้านสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยในทุกมิติ การร่วมมือกับสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ พัฒนาเว็บไซต์สถิติสุขภาพ (ThaiHealthStat) การร่วมมือกับมูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศในการพัฒนาองค์ความรู้และงานวิจัยเกี่ยวกับดัชนีชี้วัดภาวะทางสุขภาพแบบองค์รวม การจัดทำวารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย หรือ Thai Health Promotion Journal ของ สสส. โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่และอ้างอิงผลงานวิชาการ พัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายด้านวิชาการ ทั้งศูนย์วิชาการ ศูนย์วิจัย มหาวิทยาลัย และนักวิชาการ รวมถึงการนำไปใช้ในการสนับสนุนโครงการ ผลักดันมาตรการ กลไก นโยบาย รวมทั้งรณรงค์ให้ความรู้แก่ภาคีที่เกี่ยวข้องและภาคประชาชน
5. การจัดประกวดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Inno Awards) เป็นโครงการที่สร้างโอกาสให้เยาวชนคนรุ่นใหม่ได้แสดงความคิดความสามารถ ได้รับการบ่มเพาะทักษะความสามารถในการประดิษฐ์คิดค้น ต่อยอดนวัตกรรม ผ่านการวิเคราะห์โดยใช้วิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์ และเทคโนโลยี รวมทั้งปลูกฝังแนวคิดด้านการสร้างเสริมสุขภาพในการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ เพื่อนำไปแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนและสังคมได้จริง ซึ่งจัดอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2560 และในปี 2564 ได้รับอนุญาตจากนายกรัฐมนตรีในการใช้ชื่อรางวัล Prime Minister's Awards for Health Promotion Innovation 2021 เพื่อเป็นรางวัลแห่งเกียรติยศของเยาวชน ครู อาจารย์ และสถาบันการศึกษา
6. การพัฒนารอบการประเมินผลระดับต่าง ๆ ขององค์การ (evaluation framework) ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนการดำเนินงานขององค์การ ได้แก่ การทบทวนและประเมินผลกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544-2564 (สสส. 20 ปี) และการจัดทำกรอบการประเมินผลคุณภาพข้อเสนอโครงการ ทั้ง 3 ประเภท (ประเภทพัฒนาและปฏิบัติการ ประเภทศึกษาวิจัยและประเมินผล และประเภทการอุปถัมภ์กิจกรรม) เพื่อใช้เป็นหลักเกณฑ์ในการตรวจสอบและประเมินคุณภาพของข้อเสนอโครงการที่ได้รับทุนจาก สสส. ที่จะนำไปสู่ข้อเสนอโครงการที่มีคุณภาพเชิงวิชาการ นอกจากนี้ มีการพัฒนาดัชนีชี้วัดกลางสำหรับการกำกับติดตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี เพื่อใช้วางแผนยุทธศาสตร์ กำกับติดตามและการประเมินผลการดำเนินงานตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)

7. **ยกระดับขีดความสามารถ (competency development) ของภาคีเครือข่าย สสส.** ในฐานะหุ้นส่วนสำคัญ (partners) ที่ร่วมขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะในประเทศไทย โดยใช้อำนาจและความรู้และประสบการณ์การทำงานของ สสส. ที่สั่งสมตลอดระยะที่ผ่านมา พัฒนาหลักสูตรตามกรอบสมรรถนะที่สำคัญและจำเป็นในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ ที่เรียกว่า 5+2 Core Competency

## วิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับบริบทการจัดทำแผนหลัก

1. **สถานการณ์ระดับนานาชาติ** การพัฒนาความร่วมมือของนานาประเทศมุ่งสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ ความสำคัญของระบบสุขภาพโลก (Global Health) ในยุคโลกาภิวัตน์ ที่มีองค์กรและกลไกการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนด้านสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ เชื่อมร้อยเป็นเครือข่ายความร่วมมือจากระดับโลก สู่ระดับภูมิภาค ระดับประเทศ จนถึงชุมชนท้องถิ่น ทำให้ สสส. ต้องการความร่วมมือจากระดับนานาชาติเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ได้รับความกระทบท่ามกลางสภาวะวิกฤตจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภัยสงครามทางการเมือง ภัยจากมลพิษทางอากาศ ที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ ไปทั่วโลก ยิ่งจำเป็นที่นานาประเทศจะต้องร่วมมือกันแก้ไขปัญหาเหล่านี้ด้วยกัน ดังนั้น การขับเคลื่อนงานด้านต่างประเทศของ สสส. ในระยะต่อไป จึงควรมุ่งเน้นการพัฒนาโลกในการขับเคลื่อนผลักดันนโยบายและงานวิชาการต่าง ๆ ที่ สสส. มีอยู่ เพื่อนำมาสนับสนุนต่อยอดการทำงานสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างกว้างขวางเพิ่มขึ้นทั้งในประเทศและสากล และสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพโลกของประเทศไทย (พ.ศ.2564-2570) ที่ สสส. และภาคีด้านสุขภาพโลกได้ร่วมกันพัฒนาขึ้นมาด้วยตลอดจนการส่งเสริมบทบาท สสส. ให้เป็นศูนย์การเรียนรู้ระดับนานาชาติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านการเชื่อมโยงภาคีด้านสุขภาพโลกให้ทำงานร่วมกันในลักษณะเครือข่ายแหล่งเรียนรู้ ที่สามารถส่งเสริมให้ประเทศต่าง ๆ โดยเฉพาะกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง มีศักยภาพสูงขึ้นในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ นับเป็นการต่อยอดและขยายผลความสำเร็จของ สสส. ในฐานะที่ได้รับการยอมรับให้เป็นต้นแบบองค์กรที่ดำเนินการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับนานาชาติ
2. **สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี** ในปัจจุบันโลกต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนและเหตุการณ์ที่ไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้บ่อยครั้งขึ้น จนถูกเรียกว่าเป็นยุค VUCA World หรือโลกแห่งความผันผวน โดย VUCA ย่อมาจาก Volatility ความผันผวนหรือสภาวะแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว Uncertainty ความไม่แน่นอนหรือเหตุการณ์ที่คาดการณ์ได้ยาก Complexity ความซับซ้อน และ Ambiguity ความคลุมเครือและขาดความชัดเจน การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภาวะฝุ่น PM 2.5 การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีอย่างก้าวกระโดด (disruptive technology) ก็เป็นหนึ่งในตัวอย่างสำคัญของ VUCA World เช่นเดียวกัน ที่ไม่เพียงเข้ามาเปลี่ยนโลกในชีวิตประจำวัน แต่ยังเปลี่ยนรูปแบบของโลกไปอย่างไม่มีวันเหมือนเดิมอีกต่อไปทั้งเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ อย่างเช่นการพัฒนาปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) ให้สามารถทำงานแทนมนุษย์ได้ โดยเฉพาะในช่วง 10 ปีหลังมานี้ ได้มีการพัฒนา AI ให้มีความสามารถในการประมวลผลข้อมูลขนาดใหญ่ (big data) ให้สามารถคาดการณ์ (prediction) รวมถึงวิเคราะห์ข้อมูลเป็นรายบุคคลได้ (personalization) Internet of Things (IoT) หรืออินเทอร์เน็ตแห่งสรรพสิ่ง ทำให้ทุกสิ่งสามารถเชื่อมต่อและแบ่งปันข้อมูลกันผ่านทางอินเทอร์เน็ต มีวัตถุประสงค์เพื่อเชื่อมต่อโลกทางกายภาพเข้าสู่โลกดิจิทัล ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจน คือ Wearable devices Smart home Augmented Reality (AR)

Virtual Reality (VR) Mixed Reality (MR) ซึ่งเป็นเทคโนโลยีที่นำมาใช้ในโลกของ Metaverse และได้รับความสนใจอย่างมากตั้งแต่ปี 2021 ที่ Facebook ได้เปลี่ยนชื่อบริษัทเป็น Meta แต่การนำใช้งานเริ่มต้นยังอยู่ในวงการเกม เทคโนโลยีดังกล่าวนี้มีโอกาสที่จะมาช่วยในเรื่องการอบรม หรือต่อยอดการทำงานร่วมกันในรูปแบบ remote work หรือ hybrid work ได้ **remote care and telemedicine** คือ การดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาลในรูปแบบดิจิทัลนอกสถานพยาบาล รวมถึงการดูแลตัวเองไปจนถึงการดูแลระยะไกล (telehealth) ซึ่งเติบโตเป็นอย่างมากในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีการจำกัดการมาโรงพยาบาล ซึ่งเทรนด์นี้น่าจะเกิดมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีความเหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น กลุ่มโรค NCDs โรคทางจิตเวช และการดูแลผู้สูงวัยที่บ้าน เป็นต้น ทั้งนี้ สสส. เล็งเห็นแนวโน้มและความสำคัญ การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีดิจิทัลดังกล่าว ได้กำหนดให้การสนับสนุนงานวิชาการและสร้างสรรค์นวัตกรรมเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ในระยะ 10 ปีข้างหน้า เพื่อมุ่งให้เกิดการพัฒนา งานวิชาการและสร้างสรรค์นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อช่วยให้มีชุดความรู้ แนวทาง หรือวิธีการทำงานใหม่ ๆ ที่เหมาะสมกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและไม่หยุดนิ่ง<sup>82</sup>

### 3. สถานการณ์ภายใน สสส. และข้อเสนอแนะต่าง ๆ

- ผลการประเมินการดำเนินงานตามแผนหลัก 3 ปี (พ.ศ. 2561-2563) ของแผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ คณะผู้ประเมินพบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินงานตามเป้าหมายในแผนหลัก คือ ภาครัฐหรือข่ายมีศักยภาพและเข้มแข็ง มีการเชื่อมโยงพันธกิจ เป้าหมาย และบทบาทหน้าที่การทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายที่มีความสัมพันธ์หลายมิติ เช่น การเชื่อมร้อยเครือข่ายการทำงานข้ามพื้นที่ ข้ามประเด็น การส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการสร้างกระบวนการทำงานแบบเครือข่าย กลไกความร่วมมือภาคีเครือข่ายระดับภูมิภาค การผลักดันนโยบายสากลและการยกระดับงานผ่านการทำงานระดับสากล จนเกิดเป็นพลังของการขับเคลื่อนสุขภาพที่ยั่งยืน เป็นต้น ดังนั้น เพื่อให้ภาคีเครือข่าย สสส. มีศักยภาพ สามารถขับเคลื่อนงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) นั้น การดำเนินงานในระยะ 5 ปี ข้างหน้า (พ.ศ. 2566-2570) ควรมุ่งเน้นการสร้างระบบกลไกการเชื่อมภาคียุทธศาสตร์ให้เกิดการบูรณาการในระดับพื้นที่ปฏิบัติการของภาคีเครือข่าย การเสริมสมรรถนะภาคีเครือข่ายให้มีความเข้มแข็ง พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง การพัฒนาระบบสนับสนุนภาคีเครือข่าย อาทิ ระบบฐานข้อมูลและบริหารจัดการภาคีสัมพันธ์ ระบบกลไกการประเมินศักยภาพภาคี ระบบที่เลี้ยงสนับสนุนการเรียนรู้ที่หลากหลาย เพื่อให้เกิดการยกระดับการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยควรมีการพัฒนาออกแบบการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับแผนต่าง ๆ ใน สสส. เพื่อร่วมวางทิศทางการทำงานขับเคลื่อนงานให้เกิดการสนับสนุนและเอื้ออำนวยต่อกัน
- สสส. เป็นหน่วยงานของรัฐที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 มีการบริหารจัดการที่เป็นอิสระจากระบบราชการปกติ มีความยืดหยุ่นและคล่องตัวในการบริหารจัดการ อย่างไรก็ตาม การบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จะต้องดำเนินการด้วยความรอบคอบเป็นไปตามระเบียบข้อบังคับที่กำหนด โดยคำนึงถึงความโปร่งใส (transparency) และความรับผิดชอบต่อการใช้ทรัพยากรสาธารณะ (accountability) โดยมีการรายงานผลการดำเนินงานตามกรอบหลักเกณฑ์การประเมินผลของคณะกรรมการนโยบายทุนหมุนเวียนของกรมบัญชีกลาง พร้อมทั้ง

82 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2564). "ทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ.2565-2574). กรุงเทพฯ. บริษัท ทีโอเอ็ม (ไทยแลนด์) จำกัด.



ส่งสำเนารายงานการประเมินของ สสส. ให้สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (สำนักงาน ก.พ.ร.) เป็นประจำทุกปี

จากรายงานการประเมินผลที่ผ่านมา คณะกรรมการประเมินผลมีความเห็นว่า ผลการประเมินควรสะท้อนผลเชิงประจักษ์ และนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงประสิทธิภาพขององค์การได้อย่างแท้จริง จึงต้องมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานขององค์การในทุกมิติอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2561-2563 ได้มุ่งเน้นประเมินสัมฤทธิ์ผลการดำเนินงานตามแผนหลัก 3 ปี (พ.ศ. 2561-2563) ที่เชื่อมโยงกับการบรรลุผลตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2555-2564) ซึ่งจากผลการประเมินในภาพรวม พบว่า การดำเนินงานของแผนบรรลุเป้าหมายตามแผนหลัก 3 ปีที่ได้กำหนดไว้ แต่ยังไม่เห็นถึงความชัดเจนในการเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์หลักของ สสส. รวมถึงความพร้อมของข้อมูลสำหรับการประเมินผลยังไม่ครอบคลุมทุกมิติ และระบบการติดตามและประเมินผลยังมีช่องว่างในการพัฒนาหลายด้าน นอกจากนี้ งานของ สสส. และงานด้านการติดตามประเมินผลมีลักษณะเป็นพลวัต การดำเนินงานในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2565-2574) ภายใต้สถานการณ์/บริบททางสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การปรับเปลี่ยนบทบาทการทำงานเป็นเรื่องที่ท้าทายและต้องมีการวางแผนการบริหารจัดการระยะยาว

ดังนั้น การกำหนดนโยบายและทิศทางการประเมินผล เพื่อช่วยให้การทำงานของ สสส. ในสถานการณ์และบทบาท/ภารกิจที่เปลี่ยนแปลงไป สามารถบรรลุทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลที่สำคัญ ได้แก่ การกำหนดกรอบการประเมินผลระดับต่าง ๆ ขององค์การ (evaluation framework) การกำหนดนโยบายและกลไกการประเมินผล พัฒนาระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศเพื่อการติดตามและประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมและเพียงพอต่อการใช้งาน การสร้างองค์ความรู้ด้านการประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพ/ขีดความสามารถด้านการติดตามและประเมินผลระดับบุคคล (ทั้งภายในและภายนอก) รวมทั้งสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายนักประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพที่เข้มแข็งและเสริมสร้างวัฒนธรรมการประเมินผลขององค์การ (evaluation culture) ต่อไป

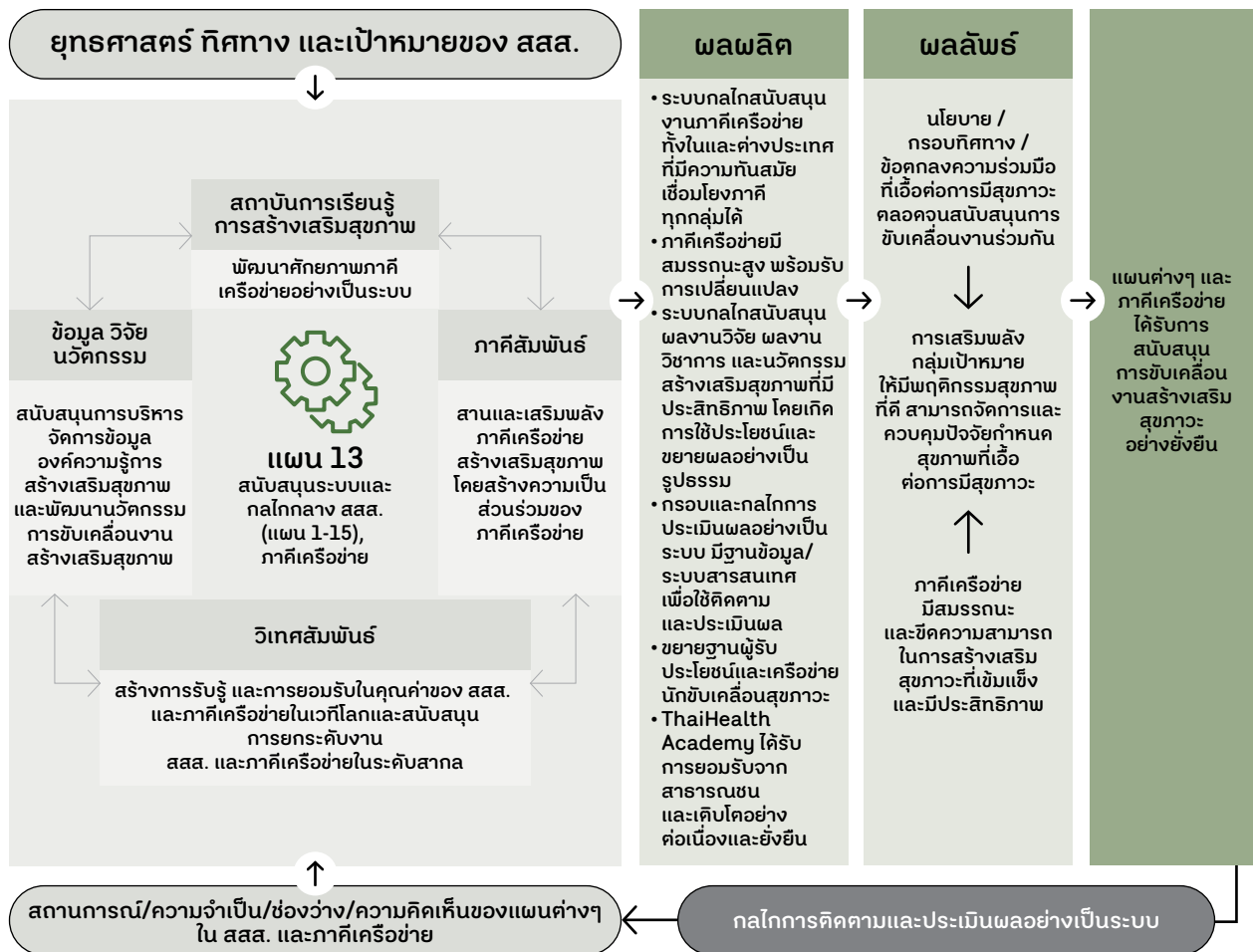
### กรอบแนวคิดการดำเนินงาน

การขับเคลื่อนการดำเนินงานของแผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ จะดำเนินการภายใต้ 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

1. สานและเสริมพลังภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ โดยสร้างความเป็นส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
2. สร้างการรับรู้และการยอมรับในคุณค่าของ สสส. และภาคีเครือข่ายในเวทีโลกและสนับสนุนการยกระดับงาน สสส. และภาคีเครือข่ายในระดับสากล
3. การสนับสนุนการบริหารจัดการข้อมูล องค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนานวัตกรรมในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ
4. พัฒนาและสนับสนุนระบบการติดตามและประเมินผล
5. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบ



แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (แผน 13)



นิยามเชิงปฏิบัติการ

**ผลงานวิจัย** คือ ผลงานทางวิชาการที่เป็นงานศึกษาหรืองานค้นคว้าอย่างมีระบบด้วยวิธีวิทยาการวิจัยที่เป็นที่ยอมรับในสาขาวิชานั้น ๆ และมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูล คำตอบหรือข้อสรุปรวมที่จะนำไปสู่ความก้าวหน้าทางวิชาการ หรือเอื้อต่อการนำวิชาการนั้นไปประยุกต์<sup>83</sup>

**ผลงานวิชาการ** คือ ผลงานที่ต้องได้มาจากการศึกษาโดยใช้หลักวิชาการเป็นเกณฑ์ ปราศจากอคติ และเสนอผลงานตามความเป็นจริง ไม่จงใจเบี่ยงเบนผลการศึกษาหรือวิจัยโดยหวังผลประโยชน์ส่วนตัว หรือเพื่อก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น และเสนอผลงานตามความเป็นจริงไม่ขยายข้อค้นพบ โดยปราศจากการตรวจสอบยืนยันในทางวิชาการ

83 ประกาศ กพอ. เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการพิจารณาแต่งตั้งบุคคลให้ดำรงตำแหน่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ และศาสตราจารย์ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2550. (2550, เมษายน 2). ราชกิจจานุเบกษา, 124 (ตอนที่เศษ 39 ง), 39

แบ่งออกเป็น 9 กลุ่ม คือ (1) เอกสารประกอบการสอน (2) เอกสารคำสอน (3) บทความทางวิชาการ (4) ตำรา (5) หนังสือ (6) งานวิจัย (7) งานแปล (8) ผลงานทางวิชาการในลักษณะอื่น (9) ผลงานทางวิชาการรับใช้สังคม<sup>84</sup>

**นวัตกรรม (innovation)** หมายถึง การทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยวิธีการ แนวคิด กระบวนการใหม่ ที่แก้ไขปัญหา เพื่อนำไปสู่ การเปลี่ยนแปลง หรือพัฒนาสังคม สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยมีองค์ประกอบ (1) ใหม่ (2) สามารถใช้ ในการแก้ปัญหา (3) สร้างการเปลี่ยนแปลง โดยได้กำหนดระดับของนวัตกรรม

ระดับ :

1. มีโครงการที่มีแนวคิดหรือวิธีการใหม่ในการแก้ไขปัญหา เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง
2. มีต้นแบบเบื้องต้นที่พิสูจน์แนวคิด (proof of concept) ตามข้อ 1
3. มีต้นแบบและองค์ความรู้ที่ได้จากต้นแบบที่พร้อมสำหรับการขยายผล
4. มีการนำต้นแบบไปใช้ขยายผลวงกว้างในระดับต่าง ๆ ตามความเหมาะสม

**นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ** หมายถึง แนวคิด กระบวนการ หรือสิ่งประดิษฐ์ ที่เกิดขึ้นจากการผสมผสานความคิด ริเริ่มสร้างสรรค์บนฐานของวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม ให้เป็นผลงานที่นำไปสู่การแก้ปัญหา หรือพัฒนา สังคมสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ หรือส่งเสริมให้คนมีสุขภาพที่ดีอย่าง ยั่งยืน

**ต้นแบบนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ** หมายถึง นวัตกรรมที่สร้างหรือพัฒนาขึ้น ซึ่งสามารถแสดงผลสำเร็จตาม วัตถุประสงค์ที่กำหนด เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการเรียนรู้และขยายผลในวงกว้าง หรือเพื่อสร้างผลสำเร็จซ้ำ ในลักษณะเดียวกันหรือคล้ายคลึงกัน โดยมีการวิเคราะห์ให้เห็นองค์ประกอบภายใน กระบวนการและขั้นตอน ปัจจัย เงื่อนไข และบริบทที่ส่งผลต่อความสำเร็จ โดยอาจมีการประเมินความเหมาะสมเพื่อนำไปขยายผลได้

**การใช้ประโยชน์และการขยายผล** หมายถึง การนำแนวคิด ข้อมูลข่าวสาร งานวิจัย ความรู้ องค์ความรู้ นวัตกรรม เป็นต้น ไปพัฒนา ต่อยอด ใช้ในการดำเนินงาน เช่น เพื่อการอ้างอิง การเผยแพร่ในรูปแบบของเอกสาร การประชุม วิชาการ การวางแผน ออกแบบกิจกรรมการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ การกำหนด ผลักดัน หรือขับเคลื่อนนโยบาย รวมถึงการสื่อสาร เป็นต้น

**ประเมินประสิทธิผลการใช้ประโยชน์จากต้นแบบนวัตกรรม** ได้แก่ ผลประเมินความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมาย ข้อมูลการแจ้งจัดทรัพย์สินทางปัญญา มีระยะเวลาการประเมิน ดังนี้

1. รายงานผลการทดสอบ/ทดลองผลงาน เนื่องจากเป็นการทดสอบต้นแบบ การประเมินผลสามารถดำเนินการได้ ภายในช่วงระยะเวลาประมาณ 1 เดือนหลังจากการทดสอบ
2. การจัดทำคู่มือที่เป็นการนำเสนอรายละเอียด และลำดับขั้นตอนของการใช้ผลงานนั้นมีความซับซ้อนพอสมควร ยากที่จะอธิบายให้ผู้ใช้งานเข้าใจได้ในครั้งเดียว และการใช้งานจะต้องดำเนินการในแนวเดียวกัน ระยะเวลา ดำเนินการช่วงระยะเวลาประมาณ 2 - 3 เดือนหลังจากการทดสอบ

<sup>84</sup> ประกาศ กพอ. เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการพิจารณาแต่งตั้งบุคคลให้ดำรงตำแหน่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ และศาสตราจารย์ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2550. (2550, เมษายน 2). ราชกิจจานุเบกษา, 124 (ตอนพิเศษ 39 ง), 51 - 67

## จุดเน้นของแผน

1. มุ่งเน้นการสร้างระบบและกลไกการเชื่อมโยงภาคียุทธศาสตร์ให้เกิดความครอบคลุมภาคีเครือข่ายทุกกลุ่มอย่างสมดุล รองรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้เท่าทัน สานพลังภาคีเดิม แสวงหาภาคีใหม่ที่ส่งผลกระทบต่องานสร้างเสริมสุขภาพ ได้ครบทุกประเด็นหลัก (key issues) และพื้นที่การทำงาน (setting areas) โดยใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลสมัยใหม่ในการบริหารจัดการภาคีได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขยายงานสร้างเสริมสุขภาพะ สสส. แบบก้าวกระโดด
2. พัฒนาและยกระดับภาคีเครือข่าย สสส. ทั้งในและต่างประเทศ ให้มีความสามารถ (ability) และเข้มแข็ง มีความพร้อมรับมือต่อวิกฤติหรือการเปลี่ยนแปลงที่กระทบต่อการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นที่สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของ สสส. ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เร่งรัดการดำเนินงานวิจัย ผลงานวิชาการ และนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับพันธมิตร หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งภายในและภายนอก สสส. เพื่อสนับสนุนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)
4. ผลักดันและหนุนเสริมการใช้ประโยชน์งานวิจัย ผลงานวิชาการ และนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ นำไปใช้ได้จริง และเห็นผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม
5. พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลให้มีประสิทธิภาพ โดยสร้างกลไกการประเมินผลอย่างเป็นระบบครอบคลุมการบริหารจัดการต้นทางตั้งแต่การประเมินข้อเสนอโครงการ การกำกับติดตามผลการดำเนินงานโครงการ ตลอดจนการจัดการปลายทาง โดยมุ่งเน้นการประเมินผลลัพธ์ ผลกระทบตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)
6. จัดการความรู้ร่วมกับแผนต่าง ๆ ของ สสส. และภาคีเครือข่าย เพื่อนำความรู้จากการทำงานของ สสส. และภาคีเครือข่ายมาพัฒนาหลักสูตรเอกลักษณ์ (signature course) และหลักสูตรมาตรฐานอื่น ๆ (professional course) รวมถึงพัฒนาศักยภาพนักสร้างเสริมสุขภาพะ (health promoter/social changer) ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม และประชาชนทั่วไป และส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต (life-long Learning)

## เป้าหมายการดำเนินงาน

เป้าหมาย

แผนต่าง ๆ และภาคีเครือข่ายได้รับการสนับสนุน การขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะอย่างยั่งยืน

## ผลลัพธ์

### 1. แผนงานภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์

- ระบบสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพของภาคีเครือข่าย สสส. ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อการบูรณาการและเชื่อมโยงภาคีทุกกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยวัดความสำเร็จจากระดับความพึงพอใจ และระดับความผูกพันของภาคีเครือข่ายที่เพิ่มขึ้น
- ภาคีเครือข่ายมีสมรรถนะสูง พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง มีธรรมาภิบาล โดยมีระดับดัชนีตัวชี้วัดภาคีเข้มแข็งเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากปีฐาน พ.ศ. 2566

### 2. แผนงานวิชาการและนวัตกรรม

- ระบบสนับสนุนการพัฒนาผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ และนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ที่มีประสิทธิภาพ เข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย
- ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ และนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดการใช้ประโยชน์และขยายผลสร้างผลกระทบได้อย่างเป็นรูปธรรมจำนวน 5 ผลงาน

### 3. แผนงานสนับสนุนการติดตามและประเมินผล

- เครือข่ายนักประเมินงานสร้างเสริมสุขภาพ ที่เข้าใจการทำงานของ สสส. และสามารถทำการประเมินและสนับสนุนการดำเนินงานของ สสส. และภาคีเครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ฐานข้อมูลและระบบสารสนเทศเพื่อใช้ในการติดตามและประเมินผลเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ (ในห่วงโซ่ผลลัพธ์ 7 ประเด็น) อันจะนำไปสู่การเสนอแนะ

เพื่อการปรับปรุงหรือปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันการณ์

### 4. สถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ

- ความโดดเด่นในระดับสถาบัน (academy) ในด้านการพัฒนาศักยภาพสร้างเสริมสุขภาพะ โดยมีการสร้างหลักสูตรเอกลักษณ์ (signature course) จากการทำงานของ สสส. และภาคีเครือข่าย หรือหลักสูตรมาตรฐานอื่น ๆ จำนวน 10 หลักสูตร โดยมีการผลิตงานวิจัยหรืองานวิชาการเพื่อเป็นฐานในการพัฒนาหลักสูตร จำนวน 3 ชิ้น
- การขยายผู้รับประโยชน์ และเครือข่าย (alumni) เพิ่มขึ้น 5 เท่า โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพนักสร้างสุขภาพะ ในระดับหน่วยงาน องค์กร ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อนำความรู้ไปยกระดับการทำงาน และสร้างประโยชน์ต่อชุมชน สังคม และประเทศ<sup>85</sup>
- การยอมรับในฐานะสถาบัน (academy) ที่มีความเชี่ยวชาญในการพัฒนาศักยภาพนักขับเคลื่อนสุขภาพะ โดยร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ หรือภาคเอกชน หรือภาคประชาสังคม ในด้านที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความรู้ วิชาการ การวิจัย การพัฒนา ศักยภาพ อย่างน้อย 10 เรื่องหรือหน่วยงาน
- การเติบโตอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เพื่อเป็นสถาบันหลักที่ดำเนินงานพัฒนา ศักยภาพนักสร้างสุขภาพะในประเทศ โดยสามารถลดการพึ่งพา สสส. ให้ได้ร้อยละ 50

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบและกลไกการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพของภาคีเครือข่าย สสส. ทั้งในและต่างประเทศ ให้รองรับกับบริบทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อพัฒนากลไกสนับสนุนการเสริมสมรรถนะภาคีเครือข่าย สสส. ทั้งในและต่างประเทศ ให้มีความสามารถในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)
3. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการพัฒนาผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ และนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วมในการตอบสนองตามทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)

85 จำนวนผู้รับประโยชน์จากการฝึกอบรมพัฒนา ศักยภาพที่เป็นฐานในการคำนวณ คือ 1,379 คน/ราย

4. เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์ ต่อยอด และขยายผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ และนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม
5. สร้างมาตรฐานการติดตามและประเมินผลเพื่อสนับสนุนให้สำนักงานสามารถใช้ประโยชน์จากผลการประเมินในการพัฒนา ปรับปรุง และยกระดับการดำเนินงานให้บรรลุตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)
6. เพื่อขยายองค์ความรู้จากการดำเนินงานสร้างสุขภาพของ สสส.และภาคีเครือข่าย ผ่านการจัดการความรู้ การบริหารองค์ความรู้และงานวิจัย การออกแบบหลักสูตรเอกลักษณ์ (signature course) และหลักสูตรมาตรฐานอื่น ๆ (professional course) และขยายโอกาสการเข้าถึงหลักสูตร หรือองค์ความรู้ต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต (life-long Learning) และยกระดับความสามารถนักขับเคลื่อนสุขภาพ (health promoter / social changer) ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และประชาชนทั่วไป

### ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

1. ยกระดับการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนงานของภาคีเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพ ใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลสมัยใหม่ในการพัฒนาเครื่องมือการเชื่อมโยงภาคียุทธศาสตร์ให้ครอบคลุมทุกประเด็นและพื้นที่การทำงาน ตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของ สสส. ตลอดจนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนงานที่สำคัญ เช่น ฐานข้อมูลภาคีและระบบบริหารจัดการภาคีสัมพันธ์ (Partners Relationship Management: PRM) ระบบกลไกการสื่อสาร การสำรวจความร่วมมือและผูกพันของภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบ กลไกการทำงานร่วมกันภายใน สสส. เป็นต้น
2. สนับสนุนและเสริมสมรรถนะภาคีเครือข่าย สสส. ให้มีความสามารถและเข้มแข็ง โดยการสนับสนุนเครื่องมือระบบกลไก และทรัพยากรที่จำเป็นต่อการขับเคลื่อนงาน รวมถึงวิเคราะห์ทักษะความจำเป็น (critical skill) ในการทำงานของภาคีเครือข่าย ภายใต้บริบทสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว ตลอดจนร่วมกับสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย ทั้งในและต่างประเทศ และผลักดันให้ สสส. เป็นศูนย์การเรียนรู้ระดับนานาชาติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (International Learning Hub for Health Promotion) ที่ได้รับการยอมรับจากนานาชาติ
3. สนับสนุนกลไกการพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการ งานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางสุขภาพ สถานการณ์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และวิธีการทำงานใหม่ ๆ ที่เหมาะสมกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยการประสานเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์การทำงานในแต่ละประเด็น
4. สนับสนุนกลไกการพัฒนา บ่มเพาะ ต่อยอดและขยายผลต้นแบบเทคโนโลยีและนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทสถานการณ์สุขภาพที่สำคัญและสอดคล้องกับประเด็นเป้าหมายยุทธศาสตร์ 10 ปี โดยร่วมมือกับสำนัก/ฝ่ายต่าง ๆ ภายใน สสส. ภาคีเชิงยุทธศาสตร์ สถาบันอุดมศึกษา และผู้ประกอบการรายใหม่ (startup)
5. ส่งเสริมให้เกิดการใช้ประโยชน์ข้อมูล องค์ความรู้ งานวิจัย และนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยบูรณาการความร่วมมือในเชิงประเด็นและเชิงพื้นที่กับสำนัก/ฝ่ายต่าง ๆ ใน สสส. และยกระดับไปสู่การขับเคลื่อนเชิงนโยบายในระดับองค์กร หน่วยงาน และการทำงานในพื้นที่
6. พัฒนาระบบรวบรวมข้อมูล องค์ความรู้งานวิชาการ และนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพภายใน สสส.



7. พัฒนาระบบและกลไกการติดตามและประเมินผลเพื่อสนับสนุนให้การดำเนินงานของ สสส. เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล บรรลุตามเป้าหมายระยะ 10 ปี โดยคำนึงถึงการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล
8. สร้างความโดดเด่นด้านการพัฒนาศักยภาพการสร้างเสริมสุขภาวะ โดยพัฒนาหลักสูตรเอกลักษณ์ (signature course) และหลักสูตรมาตรฐานอื่น ๆ (professional course) หรือกระบวนการจัดการเรียนรู้ในด้านการสร้างเสริมสุขภาวะ การวัดและประเมินผลการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์
9. การพัฒนาศักยภาพนักขับเคลื่อนสุขภาวะ (health promoter/social changer) ในระดับหน่วยงาน องค์กร ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม และประชาชนทั่วไป เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลกระทบ รวมทั้งเกิดนวัตกรรม

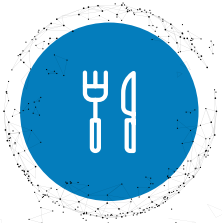
## กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

1. ภาครีเอช่ายที่ได้รับการสนับสนุนทุนจากสำนักต่าง ๆ ของ สสส. ซึ่งเป็นภาคีที่มีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ (health promoter / social changer) ได้แก่ ภาครีเอช่ายที่ขับเคลื่อนงานเชิงประเด็นหรือเชิงพื้นที่ หรือกลุ่มประชากร ภาคีกลไกประสาน (node) โดยเน้นการดำเนินงานการพัฒนาศักยภาพ และสานเสริมพลังความเข้มแข็งของเครือข่าย
2. ภาคยุทธศาสตร์ทั้งในและต่างประเทศ กระทรวง หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน สถาบันการศึกษา องค์กรภาคประชาสังคม องค์กรที่มีพันธกิจด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เน้นการพัฒนาความร่วมมือในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ
3. ภาคและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านงานวิชาการและนวัตกรรม ภาคและพันธมิตรที่มีศักยภาพ ในรูปแบบเครือข่าย นักวิจัย นักวิชาการ เครือข่ายผู้ประกอบการรายใหม่ (startup) ภาคธุรกิจ ภาครีเอช่าย สสส. และหน่วยงานของรัฐและเอกชน รวมทั้งสถาบันอุดมศึกษาที่ดำเนินการเกี่ยวกับการวิจัยและนวัตกรรม เพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาแบบกลไกทางสังคมและสุขภาพร่วมกับเจ้าภาพหลัก เกิดการทำงานเชิงระบบอันจะทำให้มีการทำงานที่ต่อเนื่อง โดยประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนและเสริมพลังการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับภาคส่วนต่าง ๆ
4. สำนักและฝ่ายที่ดูแลแผนต่าง ๆ ของ สสส. ผ่านการร่วมดำเนินการของแผน การให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะเชิงกลยุทธ์ที่เกี่ยวกับงานภาคสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ การบูรณาการทำงานภายใน สสส. ทั้งในเชิงประเด็นพื้นที่ และประชากรกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างผลลัพธ์และขยายผลการทำงานเชิงวิชาการและนวัตกรรมในวงกว้าง การพัฒนาศักยภาพบุคลากร สสส. กับสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ และการนำกลไกที่เกิดขึ้นไปใช้ในการกำกับติดตามประเมินผล วางแผนยุทธศาสตร์และงบประมาณสำหรับการดำเนินงานให้บรรลุตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)
5. ประชาชนทั่วไป (health promoter / social changer) ผ่านการร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพของสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ ให้มีความสามารถในการถ่ายทอดวิธีสุขภาวะที่ดีในชุมชนและสังคม

## งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)				
	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	165.00	145.00	140.00	155.00	120.00





## แผน 14 แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ

### สรุปภาพรวมระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570)

**ที่มาและความสำคัญ** ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ แผนเฉพาะในแต่ละด้าน และทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี

การจัดทำแผนหลัก (พ.ศ. 2566 - 2570) ของแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ สสส. และภาคีเครือข่าย ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนายุทธศาสตร์ จุดเน้น และแนวทางการขับเคลื่อนงานที่สอดคล้องกับเป้าหมายระดับโลก โดยเฉพาะเป้าหมายในการบรรลุ “วาระการพัฒนายั่งยืน ค.ศ.2030” (The 2030 Agenda for Sustainable Development) ซึ่งจากการวิเคราะห์การทำงานของแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ พบว่ามีความสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนของสหประชาชาติ กว่า 12 เป้าหมาย และจากรายงานการพัฒนาอย่างยั่งยืน ปี 2563 (Sustainable Development Report 2020) และจากการจัดอันดับการพัฒนายั่งยืน (SDG Index 2020) พบว่า ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 41 จากทั้งหมด 166 ประเทศทั่วโลก

ในการสนับสนุนงานด้านอาหารและโภชนาการของแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ นับว่ามีบทบาทที่สำคัญในการลดปัจจัยเสี่ยงและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ที่ช่วยสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก หรือ 9 Global NCDs Targets 2025 จำนวน 4 เป้าหมายในประเด็นอาหารและโภชนาการ รวมถึงสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายด้านโภชนาการระดับโลก (Global Nutrition Target) โดยที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก ได้ตั้งเป้าหมายโภชนาการระดับโลก ปี พ.ศ.2568

จุดเน้นการดำเนินงานของแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ ยังมีความสอดคล้องกับทิศทางตามวิสัยทัศน์แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ซึ่งให้ความสำคัญกับการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม โดยเชื่อมโยงกับกรอบการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ภายใต้แนวคิด “พลิกโฉมประเทศไทย สู่วิถีเศรษฐกิจสร้างคุณค่า สังคมเดินหน้าอย่างยั่งยืน” (Transformation to Hi-Value and Sustainable Thailand) อนึ่ง สสส. โดยแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ เป็นองค์กรที่มีบทบาท และพันธกิจในการสนับสนุน สานและเสริมพลังการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภายใต้กรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2561-2580) ซึ่งได้จัดทำแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการ ระดับชาติ 5 ปี พ.ศ. 2562-2566 ที่มีเป้าหมายเชิงพฤติกรรม คือ “ประชาชนมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ” โดย สสส. ได้ร่วมสนับสนุน สานเสริมพลัง บูรณาการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ภายใต้คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ 4 เป้าหมายที่สำคัญ คือ เป้าหมายที่ 1 จำนวนคนขาดแคลนอาหารลดลง (SDG2) เป้าหมายที่ 3 ความเชื่อมั่นของผู้บริโภคต่อคุณภาพและความปลอดภัยอาหารเพิ่มขึ้น เป้าหมายที่ 5 จำนวนคนที่มีภาวะทุพโภชนาการลดลง และ เป้าหมายที่ 6 มีกลไกประสานงานกลางและบูรณาการการทำงาน

นอกจากนี้แผนอาหารเพื่อสุขภาวะในระยะ 5 ปี ยังคงสอดคล้องไปกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ของ สสส. ซึ่งมีเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ข้อที่ 3 คือ “เพิ่มสัดส่วนการบริโภคอาหารอย่างสมดุล” เป็นจุดเน้นการทำงานที่เป็นเป้าหมายหลัก โดยมีการกำหนดเป้าหมายหลักของแผนอาหารเพื่อสุขภาวะในระยะ 5 ปี คือ “ประชาชนมีความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ ภายใต้ระบบอาหารที่ยั่งยืน” และมีเป้าหมายสำคัญในระยะ 10 ปี คือ “ประชาชนมีการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะอย่างสมดุล ภายใต้ระบบอาหารที่ยั่งยืน”

อย่างไรก็ตาม การขับเคลื่อนระบบอาหารที่ยั่งยืนจำเป็นต้องมีมาตรการหรือแนวทางการดำเนินงานทั้งในสถานการณ์ปกติและวิกฤต โดยเฉพาะสถานการณ์วิกฤตอาหารโลกที่ส่งผลกระทบต่อระบบอาหาร อันมีสาเหตุจากหลายประการ ได้แก่ ผลกระทบจากภาวะสงครามรัสเซีย-ยูเครน ปัญหาค่าครองชีพสูง การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (climate change) และภาวะทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากวิกฤตโควิด-19 สะท้อนความเปราะบางเหลื่อมล้ำของระบบห่วงโซ่อาหารทั่วโลก สร้างผลกระทบโดยตรงต่อการเข้าถึงอาหารอาจนำไปสู่ปัญหาความอดอยากและขาดสารอาหาร ซึ่งส่งผลต่อพัฒนาการทางร่างกายและสติปัญญาของประชากร โดยเฉพาะคนที่มีรายได้น้อยและรายได้อ่อนแอ แผนอาหารเพื่อสุขภาวะจึงได้ดำเนินการขยายผลองค์ความรู้และนวัตกรรมในการรับมือกับสถานการณ์วิกฤตอาหารที่สำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมโภชนาการเชิงรุกที่มุ่งปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะของประชาชนในทุกช่วงวัย เพื่อรับมือวิกฤตด้านอาหารที่ส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ โดยเฉพาะในกลุ่มทารกและเด็กเล็ก กลุ่มเด็กและเยาวชน และกลุ่มเปราะบาง การส่งเสริมเกษตรกรรมในพื้นที่เมืองเพื่อรับมือวิกฤตด้านอาหาร ด้วยการใช้ประโยชน์จากที่ดินรกร้างว่างเปล่าเพื่อการผลิตอาหารของชุมชน การสนับสนุนปัจจัยการผลิตอาหารให้กับกลุ่มคนเมืองที่มีความเปราะบางด้านอาหาร สนับสนุนการยกระดับแหล่งเชื่อมโยงและกระจายอาหารสู่ผู้บริโภค ส่งเสริมตลาดสีเขียวหรือตลาดชุมชนเพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจอาหารของชุมชนและสร้างการเข้าถึงอาหารของประชากรในพื้นที่เมือง ชานเมือง และชนบท ส่งเสริมความรู้เพื่อการปรับตัวและพึ่งพาตนเองด้านอาหาร พัฒนาศักยภาพผู้ผลิต ผู้ประกอบการ และผู้บริโภคให้มีความรอบรู้ด้านอาหารเพื่อสุขภาวะ รวมทั้งนำใช้นวัตกรรมการแบ่งปันอาหาร/การกระจายอาหารในภาวะวิกฤต เพื่อช่วยสร้างการเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพในราคาที่เป็นธรรมให้กับกลุ่มเปราะบาง รวมทั้งผลักดันกองทุนสวัสดิการอาหารชุมชน และระบบการสำรองอาหาร เป็นต้น

การขับเคลื่อน “ระบบอาหารเพื่อสุขภาวะ” จึงมีแนวคิดที่จะทำให้ทุกคนได้เข้าถึงการบริโภคอาหารที่มีคุณภาพและโภชนาการ ตลอดจนสร้างค่านิยมและพฤติกรรมของการบริโภคอาหารสุขภาพ เป็นภารกิจที่จำเป็นต้องดำเนินการให้ครอบคลุมและเชื่อมโยงไปทั้งระบบอาหาร (food system) ตั้งแต่การผลิต ไปสู่การกระจาย การแปรรูป การตลาด และผู้บริโภค โดยในการผลิต จะให้ความสำคัญกับการสนับสนุนต้นแบบแหล่งผลิตอาหารปลอดภัย/อินทรีย์ การส่งเสริมระบบการผลิตที่ยั่งยืนเพื่อสร้างความมั่นคงทางอาหารและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม รวมทั้งสนับสนุนการปรับสูตรอาหารในระบบอุตสาหกรรมที่มุ่งสร้างสุขภาพ ในด้านการกระจายและตลาดอาหาร จะมุ่งเน้นการสร้างช่องทาง/กลไกเพื่อกระจายอาหารสุขภาพที่หลากหลายและเข้าถึงได้ง่าย สนับสนุนเศรษฐกิจอาหารและส่งเสริมตลาดเขียว/ตลาดชุมชน/ตลาดเชิงสถาบัน และในด้านการบริโภค ยังคงเน้นรณรงค์สื่อสารความรู้การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดพลเมืองอาหารที่มีทักษะและจิตสำนึกในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะและสามารถรวมพลังเป็นชุมชนอาหารที่เข้มแข็ง

แผนอาหารเพื่อสุขภาพะ ยังให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมระบบอาหารเพื่อสุขภาพะ ด้วยการสร้างความมั่นคงทางอาหาร ที่หมายถึง การที่ประชาชนมีปริมาณอาหารเพื่อการบริโภคที่เพียงพอ มีความหลากหลายของประเภทอาหารที่ได้รับ และอาหารนั้นมีคุณภาพ ซึ่งหมายถึง มีคุณค่าทางโภชนาการและความสะอาดปลอดภัย รวมทั้งประชาชนสามารถเข้าถึงอาหาร อันเกิดจากระบบการกระจายอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม สามารถพึ่งพาตนเองได้ อีกทั้งให้ความสำคัญกับความมั่นคงทางอาหาร ที่เชื่อมโยงเข้ากับระบบนิเวศชุมชน สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรมและสังคม โดยสะท้อนออกมาในบริบทความสัมพันธ์ของผู้คนในชุมชนอาหาร เช่น ภูมิปัญญาและวัฒนธรรมการกิน เศรษฐกิจอาหาร พลังพลเมืองอาหาร

นอกจากนี้ แผนอาหารเพื่อสุขภาพะได้มุ่งเน้นการสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดด ด้วยการขยายผลต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยบูรณาการทำงานร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ทุกภาคส่วน การผลักดันนโยบาย กระบวนการเรียนรู้และการสื่อสาร โดยให้ค้ำถึงพลวัตเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร รวมทั้งสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ค้ำถึงการลดความเหลื่อมล้ำในกลุ่มประชากร พร้อมเชื่อมโยงและขับเคลื่อนทั้งในระดับพื้นที่ ระดับชาติและสากล เพื่อสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพโลกของประเทศไทย (พ.ศ. 2564-2570)

### การดำเนินงานที่ผ่านมา

แผนอาหารเพื่อสุขภาพะมีภารกิจในการส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพะ ภายใต้ระบบอาหารที่ยั่งยืนในสังคมไทย เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและการลดอัตราเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยแบ่งการขับเคลื่อนงานออกเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ 1) กลุ่มงานความมั่นคงและอาหารปลอดภัย ที่มีต้นทุนด้านความรู้ในการพัฒนางานเชิงพื้นที่และนวัตกรรมทางสังคม และ 2) กลุ่มงานอาหารและโภชนาการ ที่มีต้นทุนด้านความรู้เชิงวิชาการ นวัตกรรมด้านอาหารและโภชนาการ การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ และการติดตามประเมินผล เพื่อสนับสนุนการบริโภคอาหารสุขภาพะ

การขับเคลื่อนงานที่ผ่านมา ทำให้เกิดภาคีเครือข่ายที่มีศักยภาพ มีความรู้และความเชี่ยวชาญ และเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงในระบบอาหารได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยสามารถจำแนกภาคีเครือข่ายออกเป็น 3 รูปแบบ คือ 1) ภาคียุทธศาสตร์ 2) ภาคีรูปธรรมพื้นที่ และ 3) ภาคีสันับสนุนทางด้านวิชาการ สื่อสาร และบูรณาการ เมื่อวิเคราะห์ต้นทุนที่เป็นจุดแข็งซึ่งภาคีเครือข่ายมีอยู่จะพบว่า มีทั้งต้นทุนความรู้ ต้นทุนพื้นที่ปฏิบัติการ และต้นทุนการเคลื่อนนโยบาย

**ต้นทุนองค์ความรู้** ประกอบด้วย 1) องค์ความรู้ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของภาคี แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มนมแม่และโภชนาการแม่และเด็ก กลุ่มโภชนาการในโรงเรียน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มลดบริโภคหวานและลดบริโภคเค็ม และกลุ่มนโยบายและทั่วไป และจัดความรู้เป็น 3 ประเภท ได้แก่ รูปแบบ/ต้นแบบชุดความรู้ และสื่อ/การรณรงค์ 2) องค์ความรู้ด้านบริหารจัดการ ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ ได้แก่ ประสพการณ์ของแกนนำ จุดเริ่มต้นได้จากข้อเสนอ/ปัญหาในระดับชาติหรือจากปัญหาของชุมชน ตั้งเป้าหมายชัดเจน เริ่มทำงานจากเล็ก ทดลอง ตกผลึก จึงขยายผล อ้างอิงหลักฐานทางวิชาการและใช้ข้อมูลจริง สื่อสารง่ายและชัดเจน มีการพัฒนาแนวทางหรือข้อเสนอที่ชี้ให้เห็นประโยชน์ที่สังคมจะได้รับ แสดงความสอดคล้องกับแนวนโยบายของประเทศ รวมทั้งการสร้างความสำเร็จเชิงรูปธรรมที่ขยายผลต่อได้ช่วยสร้างความมั่นใจต่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย 3) องค์ความรู้ในการขับเคลื่อนนโยบายในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา สามารถสนับสนุนให้เกิดมาตรการ/นโยบาย ตลอดจนยุทธศาสตร์ที่ขับเคลื่อนได้สำเร็จกว่า 15 เรื่อง

**ต้นทุนพื้นที่ปฏิบัติการ** ภาคีแผนอาหารเพื่อสุขภาวะมีต้นทุนพื้นที่ปฏิบัติการ ทั้งด้านการผลิตที่ยั่งยืน ตลาดสีเขียว แหล่งให้บริการอาหาร โรงพยาบาลสีเขียว โรงเรียน และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสุขภาวะ เครือข่ายผู้บริโภคและพลังพลเมืองอาหาร ที่กระจายการทำงานใน 4 ภูมิภาค ครอบคลุมพื้นที่ 36 จังหวัดทั่วประเทศ

**ต้นทุนการขับเคลื่อนนโยบาย** มีลักษณะการพัฒนางานนโยบายอยู่ 2 ระดับ คือ 1) ขั้นตอนการพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ที่ต้องมีการวิเคราะห์ปัญหาผลกระทบจากนโยบาย สร้างประเด็นทางสังคม และพัฒนาวาระทางนโยบาย และ 2) ขั้นตอนการผลักดันเพื่อให้เกิดนโยบาย การรับรองและนำไปปฏิบัติ รวมถึงการติดตามประเมินผล โดยปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จเชิงนโยบาย ประกอบด้วย ผู้นำขับเคลื่อนที่มุ่งมั่นมีจิตสาธารณะ และสามารถหาเครือข่ายร่วมขับเคลื่อน โดยกระบวนการขับเคลื่อนเชื่อมโยง 3 ส่วน คือ ข้อมูลหลักฐานงานวิจัยที่ชัดเจน ทันสถานการณ์รอบด้าน พร้อมทั้งจะตอบสนองต่อจังหวะและโอกาส มีเครือข่ายที่หลากหลายทุกระดับทั้งส่วนกลางและพื้นที่ รวมทั้งบริบททางนโยบายโดยทำงานร่วมกับผู้รับผิดชอบหลัก

## วิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มที่เกี่ยวข้อง

### 1. สถานการณ์ความมั่นคงทางอาหาร

สถานการณ์ปัญหาาระบบอาหารและความมั่นคงทางอาหารของสังคมไทย พบว่า ปัจจุบันการผลิตอาหารของประเทศไทยมีปัญหาเรื่องที่ดินและชลประทานเป็นข้อจำกัด การผลิตอาหารทางการเกษตรในปัจจุบันกระจุกในการผลิตเชิงเดี่ยวเป็นสำคัญ ทำให้ไม่สามารถแข่งขันได้ อีกทั้งยังเผชิญปัญหาการส่งออกผลผลิตเกษตรของไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง พืชเศรษฐกิจที่ประเทศไทยผลิตส่วนใหญ่ เช่น อ้อย ข้าวโพด มัน มีผลตอบแทนต่อไร่ต่ำมาก ขณะที่การผลิตพืชอินทรีย์ เช่น ข้าว ผลไม้ พืชสมุนไพร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำเกษตรผสมผสาน เกษตรอินทรีย์ หรือเกษตรกรรมทางเลือกสามารถทำกำไรดีกว่า ซึ่งพื้นที่เกษตรอินทรีย์ปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น แต่ยังคงพบว่า สัดส่วนต่อพื้นที่ทั้งประเทศของไทยยังน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของทั่วโลก

ความไม่หลากหลายของพันธุกรรมในระบบอาหารและระบบการผลิตอาหารปัจจุบัน มีแนวโน้มลดความหลากหลายไปอย่างรวดเร็ว อาหาร พืชผักผลไม้ที่ขายในระบบค้าปลีกพบว่า มีเพียงไม่กี่สายพันธุ์ที่ผลิต และยังมีการกระจายอาหารรวมศูนย์จากระบบค้าปลีก ซึ่งเป็นเรื่องใหญ่ที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพความหลากหลายของอาหารและยังลดการได้รับคุณค่าทางโภชนาการในอีก 10 ปีข้างหน้า โดยไม่รวมถึงการเกิดโรคระบาดและอื่น ๆ ที่มาจากการผลิตพืชเชิงเดี่ยวซึ่งต้องใช้สารเคมีเกษตรปริมาณมาก

การรวมศูนย์ปัจจัยการผลิตและการกระจายอาหาร ทั้งในส่วนที่เป็นปัจจัยการผลิตและค้าปลีกในระบบอาหาร จะเห็นบทบาทการรวมศูนย์เพิ่มขึ้นมากในปัจจุบันการผลิต เช่น ปุ๋ยเคมี เมล็ดพันธุ์ พันธุ์สัตว์ โดยพบว่า พันธุ์สัตว์ร้อยละ 100 ถูกรองโดย 4 บริษัท พันธุ์พืชอยู่ในการถือครองของ 7 บริษัทประมาณร้อยละ 75

สถานะของเกษตรกรผู้ผลิตอาหารส่วนใหญ่อยู่ในวัยชราภาพ มีภาระหนี้สิน และอยู่ได้เพราะพึ่งพารายได้นอกภาคเกษตร โดยอายุเฉลี่ยของเกษตรกรสูงขึ้นจาก 54 ปี ในปี 2551 เป็น 58 ปี ในปี 2561 และมีภาระหนี้สิน โดยเฉลี่ย 221,490 บาท/ครัวเรือน/ปี แต่กลับมีปริมาณผลผลิตที่ลดลง มีความเหลื่อมล้ำและมีค่าใช้จ่ายเรื่องสุขภาพเพิ่มขึ้น

จากข้อมูล Global Food Security Index 2020 (GFSI) ประเทศไทยมีระดับความมั่นคงทางอาหารอันดับที่ 51 จาก 113 ประเทศ นอกจากนี้ข้อมูลจากโครงการติดตามพฤติกรรมกรกินผักและผลไม้ของคนไทย ปี 2564 พบว่า ประชาชนกลุ่มตัวอย่างอายุ 13 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยความไม่มั่นคงทางอาหาร อยู่ที่ 0.89 คะแนน จากคะแนนเต็ม 8 คะแนน โดยเมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ที่มีระดับความไม่มั่นคงทางอาหารปานกลางและรุนแรง พบว่า ร้อยละ 5.6 และ ร้อยละ 2.9 มีความไม่มั่นคงทางอาหารในระดับปานกลางและรุนแรง ตามลำดับ จะสังเกตได้ว่า ปัญหาความไม่มั่นคงทางอาหารของไทยนั้นยังไม่ถึงขั้นที่รุนแรง แต่ขณะเดียวกันก็ยังมีประชากรที่ขาดแคลนสารอาหารในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจสะท้อนว่าประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงสารอาหารที่เพียงพอและหลากหลายของประชากรในประเทศ ดังนั้น ประเทศไทยจึงต้องทบทวนนโยบายทางอาหารอย่างจริงจัง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภายหลังจากแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

## 2. สถานการณ์ด้านความปลอดภัยทางอาหาร

องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การเกษตรและอาหารแห่งสหประชาชาติ (FAO) สรุปลักษณะส่วนใหญ่ของการเจ็บป่วยจากการบริโภคอาหารว่าเกิดจากอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์และสารเคมี เช่น สารเคมีที่ใช้ในการกำจัดศัตรูพืช ยาปฏิชีวนะและยาที่ใช้ในการเลี้ยงสัตว์ วัตถุเจือปนอาหาร รวมไปถึงสารพิษจากจุลินทรีย์ และสารเคมีปนเปื้อนจากโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภคแล้วยังส่งผลกระทบต่อปริมาณและเศรษฐกิจของประเทศ นอกจากนี้ยังมีภัยอุบัติใหม่ที่อาจปนเปื้อนในอาหาร เช่น เชื้อดื้อยาที่มีอาหารเป็นพาหะ เป็นต้น ซึ่งไม่เพียงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภค แต่ยังส่งผลกระทบต่อการค้าและภาพลักษณ์ของประเทศด้วย

ความปลอดภัยของผักและผลไม้จากการสำรวจข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง โดยเครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (Thai PAN) ปี 2563 พบสารพิษตกค้างในผักและผลไม้ ร้อยละ 58.7 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานผลการเฝ้าระวังสารพิษตกค้างในผักและผลไม้ โดยกระทรวงสาธารณสุข และยังคงสอดคล้องไปกับข้อมูลมูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบทางการเกษตรปี 2561 อยู่ที่ 292 รายการ คิดเป็น 170,932,622 กิโลกรัม เฉลี่ยแล้วคนไทย 1 คนจะได้รับสารเคมี 2.5 กิโลกรัม ในขณะที่พื้นที่เกษตรอินทรีย์มีเพียงร้อยละ 0.38 หรือ 570,409 ไร่ จากพื้นที่การเกษตรทั้งหมด 149,225,195 ไร่ (ข้อมูลปี 2560) นอกจากนี้ ข้อมูลจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปี 2562 พบว่า ความไม่ปลอดภัยของเนื้อสัตว์นั้นแยกกว่าในผักและผลไม้ กล่าวคือ ตัวอย่างเนื้อสัตว์ที่ไม่ผ่านมาตรฐานมีสูงมาก เฉลี่ยที่ร้อยละ 40-80 และยังพบการปนเปื้อนเชื้อดื้อยาในเนื้อหมู เนื้อวัว และเนื้อไก่ กว่าร้อยละ 56.5-98.5

นอกจากนี้ โรคโควิด-19 ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร โดยหลังจากที่เกิดการระบาด ทำให้ food safety testing market เพิ่มขึ้น กล่าวคือ จากเดิมที่เคยมีการทดสอบเรื่องความปลอดภัยของอาหารที่จะเอาไปขายในตลาดโลกอยู่แล้ว เมื่อมีวิกฤตโควิด-19 โอกาสของธุรกิจการขายอาหารจะมีเรื่อง food safety เข้ามาเกี่ยวข้องสูงมาก จึงอาจส่งผลดีในการขับเคลื่อนงานอาหารปลอดภัย

## 3. สถานการณ์ด้านพฤติกรรมกรบริโภคและภาวะโภชนาการ

พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร ส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการและสุขภาพ ที่อาจก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งเป็นภาระทางสุขภาพและสาเหตุของความสูญเสียสุขภาพจากการตายก่อนวัยอันควรลำดับต้น ๆ ของประชากรไทย



สถานการณ์ด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในบริบทของไทย พบว่า

- ปี 2563 พบว่า ร้อยละ 73.0 ของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป กินอาหารครบ 3 มื้อต่อวัน โดยกลุ่มอายุที่กินครบ 3 มื้อน้อยที่สุดคือ 15-29 ปี (ร้อยละ 64.0) ผู้ใหญ่วัยแรงงานส่วนมาก (ร้อยละ 43.0-60.0) งดอาหารมื้อเช้า ส่วนในผู้สูงอายุส่วนมาก (ร้อยละ 45.0-66.0) งดอาหารมื้อกลางวัน<sup>86</sup>
- ปี 2562 อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือนแรก อยู่ที่ร้อยละ 14 ซึ่งแนวโน้มลดลงอย่างมากจากร้อยละ 23.1 ในปี 2559<sup>87</sup> โดยต่ำกว่าเป้าหมายด้านโภชนาการระดับโลก (Global Nutrition Targets 2025) กำหนดเป้าหมาย Exclusive Breast Feeding อยู่ที่ร้อยละ 50 ขึ้นไป
- ปี 2562 ร้อยละของเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี มีภาวะน้ำหนักน้อย เตี้ย ผอม และน้ำหนักเกิน (overweight) เท่ากับ ร้อยละ 7.6 13.3 7.7 และ 9.2 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกด้านเมื่อเปรียบเทียบกับรายงานการสำรวจในปี 2559
- ปี 2564 ร้อยละของเด็กวัยเรียน อายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย ผอม น้ำหนักเกินและอ้วน และ สูงดีสมส่วน เท่ากับ ร้อยละ 7.6 3.8 12.4 และ 65.5 ตามลำดับ<sup>88</sup> ทั้งนี้ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ของเด็กวัยเรียนไทยมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยจากปี 2562-2563 แต่เมื่อพิจารณาสถานการณ์ในภาพรวมยังถือว่าภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของเด็กวัยเรียนยังเป็นปัญหาด้านโภชนาการที่สำคัญที่ต้องจัดการอย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

จากงานศึกษาวิจัยปี 2562 เกี่ยวกับ dietary risks พบว่า พฤติกรรมการกินอาหาร ชนิดของอาหารและสารอาหาร มีนัยยะสำคัญต่อการเกิดโรคและเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก โดยพบว่า ประชากรโลกมีปัจจัยเสี่ยงจากการกินอาหาร คือ กินธัญพืชน้อย โซเดียมสูง ผลไม้ไม่เพียงพอ ในระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (SEA) พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการกินที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตของประชากรก็เป็นเช่นเดียวกัน ซึ่งความเสี่ยงของพฤติกรรมการกินอาหาร เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลให้ประชากรโลกมีการเสียชีวิตมากที่สุด

จากข้อมูลของ Global Agricultural Information Network ปี 2557 พบว่า คนไทยมีพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลถึง 28.4 ซ่อนชาต่อวัน ซึ่งสูงกว่าคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกที่แนะนำไว้แค่วันละ 6 ซ่อนชาถึง 4.7 เท่า<sup>89</sup> แต่ในขณะเดียวกัน ผลการศึกษาวิจัยจากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2563 พบว่า ประชากรไทยอายุ 6 ปีขึ้นไป บริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลลดลง จาก 283.6 มิลลิลิตร ในปี 2561 เป็น 275.8 มิลลิลิตร ในปี 2562 หรือลดลงร้อยละ 2.8 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีการบริโภคน้ำตาลสูงสุด ร้อยละ 7.2 โดยเครื่องดื่มที่มีการบริโภคลดลงมากที่สุด พบว่า เครื่องดื่มผสมโซดาแบบกระป๋องมีสัดส่วนการบริโภคลดลงมากที่สุด ร้อยละ 17.7 ตามด้วยเครื่องดื่มสมุนไพร ร้อยละ 10.0 และน้ำผลไม้แบบกล่อง ร้อยละ 9.2 ตามลำดับ

86 วิชัย เอกพลากร และคณะ. (2564). “การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ.2562-2563”.

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

87 สำนักงานสถิติแห่งชาติ ร่วมกับ องค์การยูนิเซฟ. (2559) “การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย ปี พ.ศ.2558-2559”.

และ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ร่วมกับ องค์การยูนิเซฟ. (2563). “การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย ปี พ.ศ.2562”.

88 ข้อมูลจาก Health Data Center. เข้าถึงได้จาก <http://www.pcko.moph.go.th/hdc.html>

89 มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (ม.ป.ป.). “หวาน...ไปหรือเปล่า”. มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.

เข้าถึงได้จาก <https://www.thaiheartfound.org/Article/Detail/140094>



#### 4. สถานการณ์ด้านระบบตลาด เศรษฐกิจ และการค้า

พัฒนาการของระบบการค้าในโลกรุนแรงขึ้น คือ ปัจจัยสำคัญของการเปลี่ยนแปลงจากระบบกระจายอาหารดั้งเดิมสู่ระบบการกระจายอาหารสมัยใหม่ในสังคมไทย มีการประเมินว่า แรงกดดันต่อธุรกิจถึงผลกระทบที่มีในห่วงโซ่อุปทานนั้นมีแนวโน้มที่จะรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะในระบบเกษตรและการผลิตอาหารที่มีแนวโน้มจะรวมศูนย์โดยห่วงโซ่อุปทานที่เป็นผู้ผลิตและผู้จำหน่ายจะเหลือเพียงไม่กี่ราย

หากพิจารณาระบบการกระจายอาหารของไทย เมื่อปี 2544 พบว่า สัดส่วนโมเดิร์นเทรด มีเพียงร้อยละ 35 ของระบบการกระจายอาหารที่มีอยู่ แต่ในปี 2560 กลับพบว่า สัดส่วนโมเดิร์นเทรดเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 66.4 ที่ผ่านมามีร้านค้าปลีกสมัยใหม่ หรือโมเดิร์นเทรดได้เปลี่ยนแปลงระบบการกระจายอาหารทั่วโลกด้วยวิธีการขยายจากเมืองใหญ่ไปสู่เมืองเล็กเกือบทุกจังหวัด นอกจากนี้ ระบบการจัดซื้อรวมศูนย์ทำให้ห้างค้าปลีกขนาดใหญ่ได้เปรียบร้านขายของชำ (โชห่วย) อย่างมาก

งานศึกษามูลค่าตลาดและปริมาณการจำหน่ายในช่วงปี 2558-2563 และประมาณการมูลค่าตลาดและปริมาณการจำหน่ายระหว่างปี 2563-2568 ของอาหารสำเร็จรูป (ready meal) อาหารฟาสต์ฟู้ด (fast food) เครื่องดื่มพร้อมดื่ม (ready-to-drink soft drinks) เครื่องปรุงรส (sauces, dressing and condiments) และเนื้อสัตว์แปรรูป (processed meats) ในประเทศไทย<sup>90</sup> พบว่า ปริมาณการจำหน่ายอาหารสำเร็จรูปเพิ่มขึ้นมากถึงร้อยละ 58 ในช่วงปี 2558-2563 ซึ่งเกือบทั้งหมดเป็นผลิตภัณฑ์ชนิดแช่แข็งและแช่เย็น เนื่องจากผู้บริโภคในปัจจุบัน โดยเฉพาะคนรุ่นใหม่ต้องการความสะดวกสบาย ไม่มีเวลาเตรียมอาหาร หรือมีข้อจำกัดในการปรุงประกอบอาหารในที่พักอาศัย

ผลกระทบการค้าระหว่างประเทศต่อการผลิตอาหาร ในประเด็น CPTPP ที่จะมีผลต่อการเก็บรักษาและคัดเลือกเมล็ดพันธุ์ กรรมาธิการสภาได้ทำการศึกษารูปร่างชัดเจนว่าจะส่งผลกระทบต่อผู้ผลิตรายย่อยอย่างมากและกว้างขวาง นอกจากนี้ การรวมตัวของการพัฒนาระดับภูมิภาคของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC) และการเจรจาความตกลงการค้าเสรี (Free Trade Area: FTA) ยังเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อเกษตรกรและผู้บริโภค ทั้งในด้านปริมาณอาหาร และราคาอาหารในระดับภูมิภาค

ดังนั้น นโยบายสำคัญของประเทศ คือ “นโยบายส่งเสริมขีดความสามารถในการแข่งขัน” พร้อมกับ “การเพิ่มบทบาทของผู้ประกอบการรายย่อย” จะเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ประกอบการธุรกิจการเกษตรขนาดเล็ก-กลางในชนบท สามารถเชื่อมโยงเกษตรกรรายย่อยกับห่วงโซ่อุปทานและความต้องการของผู้บริโภคได้ พร้อมกับสร้างความเป็นธรรมและความยั่งยืนของการกระจายอาหารเพื่อสร้างความมั่นคงทางอาหารได้

#### 5. ภาวะวิกฤตด้านอาหาร ปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่ และสถานการณ์ภัยพิบัติ

สังคมไทยเคยเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตอาหาร เช่น วิกฤตเศรษฐกิจในช่วงทศวรรษ 2540 สถานการณ์อุทกภัยในช่วงปลายปี 2554 โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเปราะบางเมื่อเกิดภัยพิบัติ จากการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ มีการคาดการณ์ผลผลิตทางการเกษตรลดลงและส่งผลกระทบต่อเชิงลบสะสม ตั้งแต่ พ.ศ.2548-2558 เป็นมูลค่า 0.590-2.485

90 ข้อมูลจาก Euromonitor International. (2020)

ล้านล้านบาท ตั้งแต่ปี 2563 จนถึงปัจจุบัน โลกกำลังเผชิญกับภาวะสงครามและแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ยังคงอยู่ ทำให้เศรษฐกิจถดถอยอย่างมาก และยังทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบอาหาร ความมั่นคงทางอาหาร และภาวะโภชนาการ

วิกฤตโควิด-19 มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะโภชนาการ การปิดเมือง ห้ามเดินทาง ธุรกิจปิดตัว คนตกงาน ราคาอาหารสูงขึ้นโดยเฉพาะในเมือง รวมทั้งการ disruption ของระบบอาหาร ตั้งแต่การผลิต คลังสินค้า การกระจาย ขยายปลีก ทำให้พฤติกรรมผู้บริโภคเปลี่ยนแปลงไป เกิดการสั่งอาหารทางออนไลน์และสะสมอาหารสำเร็จรูปมากขึ้น ทำให้เสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน สำหรับกลุ่มคนเปราะบางได้รับผลกระทบเพิ่มมากขึ้น เพราะความสามารถของครัวเรือนในการเข้าถึงอาหารทั้งคุณภาพและปริมาณลดลง ส่งผลให้ขาดความมั่นคงทางอาหาร และยังส่งผลกระทบต่อเด็กต่อการขาดสารอาหารสำคัญ เช่น วิตามินและธาตุเหล็ก เกิดความหิวโหย ในกลุ่มเปราะบาง/ยากจน นำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งกลุ่มที่จะเห็นผลกระทบเร็วสุดคือทารกในครรภ์ จากรายงาน สุขภาพคนไทย 2565 พบว่า โรคโควิด-19 ส่งผลต่อพฤติกรรมด้านอาหาร โดยเฉพาะผู้มีรายได้น้อย จากการสำรวจ ผู้มีรายได้น้อยในชุมชนแออัดกรุงเทพฯ พบว่า ร้อยละ 37.8 ต้องลดค่าใช้จ่ายด้านอาหารและต้องลดการบริโภคอาหาร ประเภทต่าง ๆ เช่น สัตว์น้ำ เนื้อสัตว์ และผลไม้

นอกจากนี้ เมื่อเดือนเมษายน ปี 2565 มีสัญญาณบ่งชี้ว่าโลกและประเทศไทยกำลังเข้าสู่วิกฤตอาหารแล้ว โดยดัชนีราคาอาหาร (Food Price Index) ของ FAO ชี้ว่าราคาอาหารสำคัญของโลกที่วัดจากดัชนีราคาธัญพืช เนื้อสัตว์ นม น้ำตาล และน้ำมันพืช ขณะนี้อยู่ในระดับสูงสุดในรอบ 10 ปี และสูงกว่าดัชนีราคาอาหารเมื่อปี ค.ศ. 2008 ซึ่งเป็นวิกฤตอาหารครั้งสำคัญของโลก (global food crisis) ทำให้เห็นอย่างชัดเจนว่าวิกฤตอาหารร้ายแรงกว่า วิกฤตพลังงาน เมื่อพบว่า เดือนเมษายน 2566 ราคาอาหารพุ่งร้อยละ 30 จากสงครามยูเครนและรัสเซีย กระทบ ผลผลิตสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ของโลก อีกทั้งราคาเชื้อเพลิงฟอสซิลที่เพิ่มสูงขึ้นนั้นส่งผลกระทบต่อราคาปัจจัยการผลิต ที่เพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ ปุ๋ยเคมี สารเคมีกำจัดศัตรูพืช รวมทั้งต้นทุนเชื้อเพลิงที่ใช้ในเครื่องจักรกลการเกษตร การขนส่ง ในอุตสาหกรรมอาหารทั้งระบบ ส่งผลให้ราคาอาหารทั่วโลกปรับตัวสูงขึ้น

## 6. ทิศทางระบบอาหารในอนาคต

จากสถานการณ์ความมั่นคงทางอาหาร อาหารปลอดภัย และโภชนาการที่กล่าวไปข้างต้น องค์การอนามัยโลก ได้เสนอแนวทางสำคัญ 3 ประการ ในการสนับสนุนอาหารเพื่อสุขภาพ (healthy diets) ได้แก่<sup>91</sup>

1. การสร้างประสานเชื่อมโยงนโยบายระดับชาติและแผนการลงทุน (creating coherence in national policies and investment plans – including trade, food and agricultural policies – to promote a healthy diet and protect public health)
2. หาแนวทางกระตุ้นความต้องการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ (demand) ให้สูงขึ้น (encouraging consumer demand for healthy foods and meals)
3. การให้ความสำคัญในประชากรกลุ่มเฉพาะ กลุ่มทารกและเด็กเล็ก ส่งเสริมอาหารกลุ่มทารก และเด็กเล็ก ที่เหมาะสม (promoting appropriate infant and young child feeding practices)

91 FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. (2020). “The State of Food Security and Nutrition in the World 2020: Transforming food systems for affordable healthy diets”. Rome: FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO

นอกจากนี้ รายงานสถานการณ์ด้านสุขภาพคนไทย ThaiHealth Watch 2022 ได้นำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพ ทิศทาง แนวโน้มสถานการณ์ด้านสุขภาพจากรายงานมีสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหาร โดยพบว่า การสร้างความมั่นคงทางอาหาร การบริโภคอย่างสมดุล วิกฤตโควิด-19 ส่งผลให้ผลผลิตเพื่อการบริโภค ลดลงและมีปัญหาในหลาย ๆ ด้าน ทำให้กลุ่มคนด้อยโอกาส คนไร้บ้านหลายคนประสบปัญหาในด้านอาหารการกิน แต่ในขณะเดียวกันกลุ่มเด็กที่เรียนออนไลน์ คนที่ต้องกักตัวอยู่กับบ้านรับประทานอาหารเดลิเวอรี่ก็เกิดการบริโภคเกินความจำเป็น ควบคู่ไปกับการเมืองนิ่ง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งนี้ แผนอาหารเพื่อสุขภาพ จำเป็นต้อง ขับเคลื่อนภายใต้แนวคิด adaptive living: ปรับการใช้ชีวิต พร้อมก้าวไปในยุคโควิด-19 เพื่อกระตุ้นให้คนไทย เกิดความตระหนัก และสามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงกับสถานการณ์ในอนาคต โดยร่วมมือกับภาคีเครือข่ายให้ มุ่งพัฒนาองค์ความรู้เพื่อหาทางป้องกันและแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง รวมถึงพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อรองรับการแก้ปัญหาต่าง ๆ ไปพร้อมกันด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบูรณาการข้อมูลขนาดใหญ่ (big data) แล้วนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ร่วมกับการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI) ที่มีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบและ รวดเร็ว ซึ่งในอนาคตจะต้องเน้นการพัฒนาการนำเทคโนโลยีมาจัดการข้อมูลทางอาหารเพื่อสุขภาพใช้ให้เกิดประโยชน์ กับประชาชนให้มากที่สุด

### กรอบแนวคิดการดำเนินงาน

แผนอาหารเพื่อสุขภาพ (แผน 14) ได้เริ่มขับเคลื่อนแผนหลัก และแผนการดำเนินงานประจำปี มาตั้งแต่ปี 2549 โดยจำแนกพัฒนาการของแผนออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1 พ.ศ. 2546–2554** มุ่งเน้นสนับสนุนแผนงาน/โครงการด้านอาหาร ในแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ภายใต้สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (สำนัก 2) อาทิ แผนงานส่งเสริมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แผนงานรณรงค์เพื่อเด็กไทยไม่กินหวาน แผนงานอาหารเชิงใหม่ปลอดภัย แผนงานด้านอาหารและโภชนาการเชิงรุก (เครือข่ายโภชนาการสมัย) แผนงานฐานทรัพยากรอาหาร เป็นต้น

**ระยะที่ 2 พ.ศ.2555–2563** เริ่มขับเคลื่อนงานด้านอาหาร โดยแผนอาหารเพื่อสุขภาพ (แผน 14) ภายใต้สำนัก สร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาพ (สำนัก 5) ซึ่งได้แบ่งการสนับสนุนแผนงาน/โครงการออกเป็น 3 กลุ่มงาน คือ 1) ความมั่นคงทางอาหาร 2) อาหารปลอดภัย และ 3) โภชนาการ

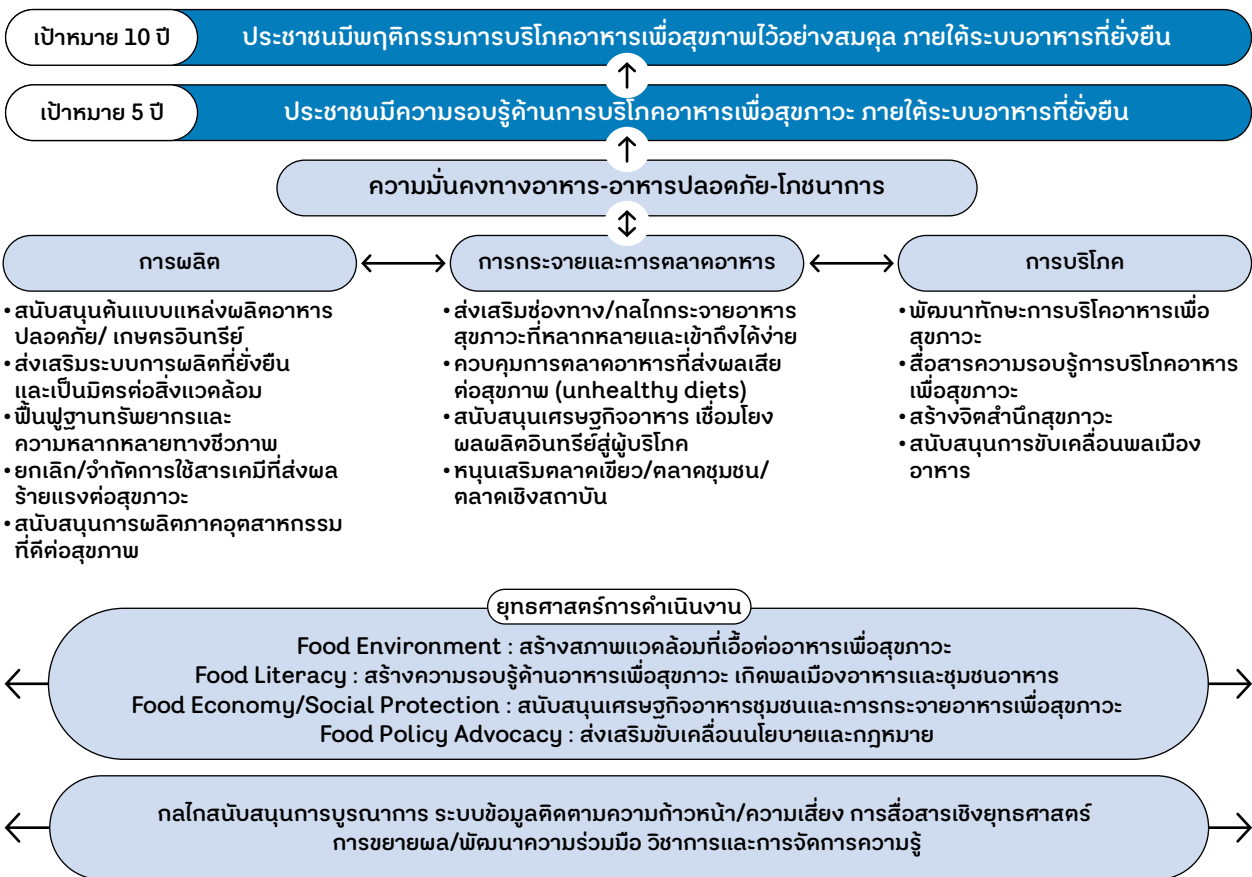
**ระยะที่ 3 พ.ศ. 2564 เป็นต้นไป** นับเป็นโอกาสสำคัญของการจัดทำทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565–2574) ในระยะถัดไป แผนอาหารเพื่อสุขภาพ จึงให้ความสำคัญกับการประมวลองค์ความรู้ นวัตกรรม ต้นทุนการดำเนินงาน การจัดการความรู้ และงานวิชาการ เพื่อยกระดับความเข้มแข็งทางด้านวิชาการและนวัตกรรม เพื่อสนับสนุนวิเคราะห์สถานการณ์การขับเคลื่อนนโยบาย การจัดทำยุทธศาสตร์ และการสื่อสารสาธารณะ

สำหรับเป้าประสงค์ที่สำคัญในแผนอาหารเพื่อสุขภาพระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) คือ ประชาชนมีความรอบรู้ ด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพภายใต้ระบบอาหารที่ยั่งยืน โดยทำงานผ่านตัวกำหนดสุขภาพที่สำคัญในเรื่อง ความมั่นคงทางอาหาร อาหารปลอดภัย โภชนาการ จึงได้วางยุทธศาสตร์เฉพาะไว้ 4 เรื่อง คือ

1. food literacy สร้างความรอบรู้ด้านอาหาร เพื่อนำไปสู่ความเข้มแข็งของพลเมืองอาหารและชุมชนอาหาร
2. food environment สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่ออาหารเพื่อสุขภาพ
3. food economy สนับสนุนเศรษฐกิจอาหารชุมชนและการกระจายอาหารเพื่อสุขภาพ
4. food policy ส่งเสริมการขับเคลื่อนนโยบายและกฎหมาย

แผนอาหารเพื่อสุขภาพได้วางกลุ่มเป้าหมายการดำเนินงานที่สำคัญในการผลักดันไว้ ประกอบด้วย กลุ่มเปราะบาง กลุ่มทารกแรกเกิดถึง 5 ปี กลุ่มเด็กเยาวชน กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ โดยมี 5 ระบบ/กลไกสนับสนุน ได้แก่ กลไกสนับสนุนการบูรณาการระบบข้อมูลต่าง ๆ กลไกสนับสนุนเรื่องการสื่อสาร การขยายผล การพัฒนาความร่วมมือ และการจัดการความรู้ ทั้งนี้ เป็นกระบวนการปฏิบัติกร่วมไปกับภาคีเครือข่าย ทั้งภาคียุทธศาสตร์ ภาคีเครือข่ายที่มีศักยภาพ และภาคีในระดับพื้นที่ รวมไปถึงการเปิดพื้นที่ทำงานกับภาคีหน้าใหม่ หรือภาคีกลุ่มคนรุ่นใหม่ด้วย

### กรอบแนวคิดการดำเนินงานของแผนอาหารเพื่อสุขภาพ (conceptual framework)



## นิยามเชิงปฏิบัติการ

**อาหารเพื่อสุขภาพ (healthy food & nutrition)** หมายถึง อาหารที่มีคุณลักษณะทางกายภาพและส่วนประกอบที่มีคุณค่าทางโภชนาการ และมีความปลอดภัย ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และเป็นอาหาร ที่ผ่านกระบวนการผลิตที่คำนึงถึงการหมุนเวียนของทรัพยากรให้เกิดความสมดุลทางธรรมชาติและรักษาความหลากหลายทางชีวภาพ

**ระบบอาหารที่ยั่งยืน (sustainable food system)** หมายถึง ระบบอาหารที่ให้ความมั่นคงด้านอาหารและโภชนาการแก่ทุกคนในมิติด้านเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อมเพื่อสร้างความมั่นคงทางอาหารและโภชนาการสำหรับคนรุ่นต่อไปซึ่งจะไม่ลดลง หมายความว่า มีความยั่งยืนทางเศรษฐกิจ มีประโยชน์ในวงกว้างสำหรับสังคม และมีผลกระทบเชิงบวกหรือเป็นกลางต่อสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ<sup>92</sup>

**ปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาพ (food environment)** หมายถึง คุณลักษณะทางด้านกายภาพ เศรษฐกิจ นโยบาย สังคมวัฒนธรรม การสร้างโอกาสและเงื่อนไข ที่มีผลต่อการเลือกบริโภคอาหารและเครื่องดื่มของประชาชน

**ความมั่นคงทางอาหาร (food security)** หมายถึง การเข้าถึงอาหารที่มีอย่างเพียงพอสำหรับการบริโภคของประชาชนในประเทศ อาหารมีความปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการเหมาะสมตามความต้องการตามวัยเพื่อการมีสุขภาพที่ดี รวมทั้งการมีระบบการผลิตที่เกื้อหนุน รักษาความสมดุลของระบบนิเวศวิทยาและความคงอยู่ของฐานทรัพยากรอาหารทางธรรมชาติของประเทศ ทั้งในภาวะปกติหรือเกิดภัยพิบัติ สาธารณภัยหรือการก่อการร้ายอันเกี่ยวเนื่องจากอาหาร<sup>93</sup>

**พลเมืองอาหาร (food citizenship)** หมายถึง คนหรือผู้คน ที่ตระหนักถึงศักยภาพ สิทธิ บทบาทหน้าที่ในการเข้าถึงและบริโภคอาหารที่มีสุขภาพ โดยสร้างการเปลี่ยนแปลงทั้งต่อตนเองและสังคม

**ชุมชนอาหาร (food community)** หมายถึง พื้นที่ความสัมพันธ์ของผู้คนที่มีความตระหนักและนำสู่การร่วมสร้างอาหารที่ดี ทำให้เกิดการเข้าถึงอาหารที่หลากหลายปลอดภัย ทั่วถึง เป็นธรรม อาทิ การพัฒนาโรงเรียนอาหารสุขภาพ โรงพยาบาลอำเภอสีเขียว ตลาดสีเขียวชุมชน การร่วมผลักดันอุตสาหกรรมอาหารให้มีทางเลือกเพื่อสุขภาพที่มากขึ้นในราคาที่เหมาะสมเป็นธรรม เป็นต้น

**เศรษฐกิจอาหาร (food economy)** หมายถึง รูปแบบการประกอบการอาหารที่ดีต่อสุขภาพ โดยมุ่งใช้ทรัพยากรอย่างบูรณาการขององค์กรต่าง ๆ ในพื้นที่ โดยควรได้รับการหนุนเสริมจากมาตรการหรือนโยบายของท้องถิ่นและภาครัฐ (incentive structure)

**ความรู้ด้านอาหาร (food literacy)** หมายถึง ความคิดอ่านเกี่ยวกับอาหารในทุกมิติ ทั้งความรู้จากผู้เชี่ยวชาญในเรื่องความมั่นคงอาหาร อาหารปลอดภัย โภชนาการ รวมทั้งความรู้จากภูมิปัญญาพื้นบ้าน ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง

92 องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO)

93 พระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ.2551

พฤติกรรมอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ตั้งแต่การเลือก การเตรียม การปรุง การกิน มีการเข้าถึงข้อมูลที่ช่วยในการตัดสินใจ ตัดสินใจ ลงมือปฏิบัติ บอกต่อ ขยายผล

**กลุ่มเปราะบาง** หมายถึง คนที่มีปัญหาด้านสุขภาพหรือมีปัญหาในการเข้าถึงบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อาทิ คนพิการ ผู้ต้องขัง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พระสงฆ์ และผู้ด้อยโอกาสทางสังคมเศรษฐกิจหรือด้านอื่น ๆ

## จุดเน้นของแผน

การจัดทำแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) ของแผนอาหารเพื่อสุขภาพะ วางอยู่บนหลักการ ที่สำคัญ คือ 1) ยึดทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) 2) ยึดแนวนโยบาย ยุทธศาสตร์ และสถานการณ์ภาพรวมของประเทศ และทำงานเชิงรุกเตรียมพร้อมรองรับกับสถานการณ์สุขภาพ เช่น การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ 3) มุ่งแสวงหาปัจจัยการขยายผลเชิงยุทธศาสตร์ (strategy and multiplier effect) เพื่อสร้างผลลัพธ์ด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพอย่างก้าวกระโดด (หมายความถึง การขยายผลแนวราบ คุณภาพของการดำเนินงาน) เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน 4) ดำเนินการลดความเหลื่อมล้ำของประชากรกลุ่มเป้าหมาย สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมถึงบริบททางศาสนา วัฒนธรรม ชุมชน หรือท้องถิ่น และ 5) เน้นการส่งเสริมความเข้มแข็งภาคีเครือข่ายเพื่อสร้างนวัตกรรมในการสร้างเสริมวิถีการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ โดยจุดเน้นของแผน แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

## **ส่งเสริมโภชนาการเชิงรุกเพื่อปรับพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพะของประชาชนทุกช่วงวัย**

โดยพัฒนาองค์ความรู้ งานวิจัย และนวัตกรรมที่สนับสนุนการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ อาทิ ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และอาหารตามวัย การบริโภคอาหารให้หลากหลายและเหมาะสมตามธงโภชนาการ ลดการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม และสานพลังภาคีเครือข่ายขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการเพื่อรับมือวิกฤตด้านอาหารที่ส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มทารกและเด็กเล็ก กลุ่มเด็กและเยาวชน และกลุ่มเปราะบาง รวมทั้งสนับสนุนการผลักดันขับเคลื่อน บังคับใช้ ติดตามประเมินผลมาตรการหรือนโยบายด้านอาหารและโภชนาการเพื่อการมีสุขภาพะที่ดี และลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการบริโภคอาหารที่อาจส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง



## เสริมสร้างความเข้มแข็งของประชาชนเพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านอาหารเพื่อสุขภาพและร่วมเฝ้าระวังความปลอดภัยของอาหาร

โดยการพัฒนาศักยภาพแกนนำ และกระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สามารถสร้างความรู้ ความเข้าใจ ค่านิยม ทักษะ และจิตสำนึกด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชนแต่ละช่วงวัย/พื้นที่/องค์กร ให้สอดคล้องกับบริบททางสังคม และวัฒนธรรมอาหาร มุ่งเน้นบูรณาการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานเจ้าภาพหลักทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่เพื่อสร้างการรับรู้และการเข้าถึงในวงกว้าง รวมทั้งส่งเสริมระบบเฝ้าระวังและคุ้มครองผู้บริโภคด้านคุณภาพและความปลอดภัยของอาหารเพื่อสื่อสารป้องกันความเสี่ยง และทำให้ประชาชนเฝ้าระวังเท่าทันต่อสถานการณ์

## สนับสนุนการพัฒนาและนำใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีเพื่อสร้างสมรรถนะของผู้ผลิตผู้ประกอบการ และผู้บริโภคให้เท่าทันต่อสถานการณ์ด้านอาหาร

โดยการขยายความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายอาหารในกลุ่มคนรุ่นใหม่ ผู้ประกอบกิจการธุรกิจเพื่อสังคม หรือนักพัฒนาที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการจัดการข้อมูล การพัฒนาและเชื่อมโยงเพื่อใช้ประโยชน์ฐานข้อมูลที่มีความสำคัญต่อการบริหารจัดการสินค้าเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงอาหารทั้งในภาพรวมและระดับพื้นที่ ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติ การวางแผนการผลิตที่ตอบสนองความต้องการของผู้บริโภค และเพิ่มประสิทธิภาพด้านการกระจายอาหารในระดับครัวเรือนและชุมชนให้เกิดห่วงโซ่อาหารที่สั้นลง โดยใช้เศรษฐกิจอาหารชุมชนเป็นปัจจัยนำเพื่อสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจในกลุ่มผู้ผลิตที่เชื่อมโยงสู่การจัดการอาหารชุมชนมากขึ้น

## ส่งเสริมระบบการผลิตอาหารที่ยั่งยืน เพื่อสร้างความมั่นคงทางอาหารในระดับครัวเรือนและชุมชน

โดยสนับสนุนการเพิ่มสัดส่วนของพื้นที่การผลิตอาหารที่ยั่งยืน รวมถึงปรับเปลี่ยนวิธีการผลิตของเกษตรกรจากการผลิตเชิงเดี่ยวสู่เกษตรกรรมยั่งยืนที่มีความหลากหลายทางชีวภาพ รวมทั้งบูรณาการพื้นที่ยุทธศาสตร์การดำเนินงานของแผนอาหารเพื่อสุขภาพไปสู่การยกระดับการพึ่งพาตนเองด้วยระบบอาหารที่ยั่งยืนได้มากขึ้น โดยคำนึงถึงมิติทางด้านสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยให้ความสำคัญกับประชาชนกลุ่มเปราะบาง พัฒนาระบบตลาดชุมชน หรือช่องทางการตลาดที่หลากหลายเพื่อการเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพและปลอดภัยของประชาชน ขยายผลโมเดล/นวัตกรรมต้นแบบด้านการแปรรูปอาหาร การกระจายอาหาร หรือระบบการขนส่งอาหารในรูปออนไลน์เพื่อสร้างการเข้าถึงอาหารเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะหรือมาตรการของภาครัฐในการสนับสนุนความมั่นคงทางอาหารของครัวเรือนและชุมชนทั้งในภาวะวิกฤตและภาวะปกติ ให้เกิดผลสำเร็จเพื่อการจัดการเชิงโครงสร้างและบูรณาการทรัพยากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยเร็ว

## สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อนำไปสู่การบูรณาการภาคีเครือข่ายและภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การยกระดับทางค่านโยบาย

โดยสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมระหว่างภาคีเครือข่าย ประมวลต้นทุน ศักยภาพ โอกาส ความท้าทาย และประเด็นทางสังคมเพื่อวิเคราะห์แนวทางการทำงานเชิงรุกเพื่อยกระดับการทำงานด้านอาหารเพื่อสุขภาวะ ไปสู่การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ เกิดเจ้าภาพร่วมในการขับเคลื่อนงานด้านอาหารเพื่อสุขภาวะ ระหว่างแผนต่าง ๆ ของ สสส. ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานหลัก

### เป้าหมายการดำเนินงาน

#### เป้าหมาย

ประชาชนมีความรอบรู้  
ด้านการบริโภคอาหาร  
เพื่อสุขภาวะ  
ภายใต้ระบบอาหารที่ยั่งยืน

#### ผลลัพธ์

1. ประชาชนมีพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ เป็นขึ้นร้อยละ 594
2. ประชาชนมีความรอบรู้ด้านอาหารเพื่อสุขภาวะ เป็นขึ้นร้อยละ 595
3. การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ/ปกป้องระบบอาหารที่ยั่งยืน ไม่น้อยกว่า 3 เรื่อง

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อสนับสนุนปัจจัยหนุนเสริมทั้งระดับบุคคล กลุ่มคน และองค์กร ให้เข้าถึงการบริโภคอาหาร เพื่อสุขภาวะด้วยระบบอาหารที่ยั่งยืนทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต
2. ส่งเสริมมูลค่าทางเศรษฐกิจของระบบอาหารที่ยั่งยืนและสร้างความมั่นคงทางอาหาร เพื่อสนับสนุนการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ
3. ขับเคลื่อนนโยบายที่เป็นจุดคานงัด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบอาหารที่ยั่งยืน

94 วัตถุประสงค์ในประชาชนกลุ่มเป้าหมายภายใต้การสนับสนุนของแผน (ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในพื้นที่การดำเนินงาน 9 จังหวัดคือ กรุงเทพมหานคร นนทบุรี นครปฐม อุตรดิตถ์ เชียงราย อุบลราชธานี ยโสธร สงขลา และพัทลุง) โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหาร (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข , 2564) ดำเนินการโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

95 วัตถุประสงค์ในประชาชนกลุ่มเป้าหมายภายใต้การสนับสนุนของแผน (ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในพื้นที่การดำเนินงาน 9 จังหวัดคือ กรุงเทพมหานคร นนทบุรี นครปฐม อุตรดิตถ์ เชียงราย อุบลราชธานี ยโสธร สงขลา และพัทลุง) โดยใช้แบบประเมินความรู้ด้านอาหารเพื่อสุขภาวะ (พัฒนาโดย อ.ดร.สพญ.สร้อยญา สุจริตพงศ์, 2564) ดำเนินการโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

## ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

**ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างความรอบรู้ด้านอาหารเพื่อสุขภาพ** เกิดพลเมืองอาหารและชุมชนอาหาร โดยส่งเสริมการปรับปรุงพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ลดหวานมันเค็ม ในประชาชนทุกช่วงวัยเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สื่อสารรณรงค์เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ที่นำไปสู่การเป็นพลเมืองอาหารที่ตระหนักถึงศักยภาพ สิทธิ และบทบาทหน้าที่ในการเข้าถึงและบริโภคอาหารสุขภาพ โดยสร้างการเปลี่ยนแปลงทั้งต่อตนเองและสังคม

**ยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างสภาพแวดล้อมอาหารที่เอื้อต่อการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ** โดยบูรณาการสานเสริมพลังองค์กรชุมชน และภาคีเครือข่ายเพื่อร่วมขับเคลื่อนระบบอาหารที่ยั่งยืน สนับสนุนระบบการบริหารจัดการอาหารและโภชนาการอย่างครบวงจรเพื่อการแบ่งปัน พึ่งพาตนเอง สร้างวิถีการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ รวมทั้งการพัฒนามาตรการหรือแนวทางเพื่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพทั้งเชิงปริมาณ คุณภาพ และความหลากหลาย เพื่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนทุกช่วงวัย ลดการเจ็บป่วยจากการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

**ยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมระบบเศรษฐกิจอาหารชุมชนและการกระจายอาหารเพื่อสุขภาพ** มุ่งสร้างความเข้มแข็งต่อกระบวนการผลิตอาหารในระดับครัวเรือน ชุมชน และอุตสาหกรรมอาหารด้วยระบบอาหารที่ยั่งยืนเพื่อสร้างความเชื่อมโยงผลผลิตอาหารเพื่อสุขภาพจากเกษตรกรสู่ผู้บริโภคอย่างเป็นรูปธรรมทั้งในภาวะวิกฤตและภาวะปกติ รวมทั้งขยายผลจากโมเดล นวัตกรรมและองค์ความรู้จากภาคีเครือข่ายด้านการผลิต การกระจาย/แบ่งปัน การปรุงประกอบอาหารเพื่อการเข้าถึงอาหารปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการ โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มเปราะบางที่ได้รับผลกระทบจากภาวะวิกฤตด้านความมั่นคงทางอาหาร อาหารปลอดภัย และโภชนาการ

**ยุทธศาสตร์ที่ 4 ส่งเสริมการขับเคลื่อนนโยบายและกฎหมาย** โดยพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรม งานวิชาการ งานศึกษาวิจัยและพัฒนา ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ พัฒนาเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสู่การผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพและปกป้องระบบอาหารที่ยั่งยืนภายใต้กลยุทธ์การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

## กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับผลกระทบ (impact) จากการทำงานของแผน ในระยะ 5 ปี และขอบเขตการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย “ประชาชนบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพภายใต้ระบบอาหารที่ยั่งยืน” ได้แก่

### กลุ่มเป้าหมาย

- กลุ่มเปราะบาง/อดอยากหิวโหย ที่ได้รับผลกระทบมาจากสถานการณ์วิกฤตต่าง ๆ ทั้งวิกฤตสุขภาพ (ระบาดของโรคโควิด-19) วิกฤตเศรษฐกิจ (เศรษฐกิจตกต่ำ ถูกให้ออกจากงาน ถูกลดค่าจ้าง) ได้แก่ ทารกแรกเกิด กลุ่มเด็กด้อยโอกาส กลุ่มคนจนเมือง กลุ่มชุมชนแออัด กลุ่มแรงงานนอกระบบ กลุ่มคนตกงานและไม่มีรายได้ กลุ่มชาติพันธุ์ เกษตรไร้ที่ดิน เกษตรกรที่มีหนี้สิน เป็นต้น

- กลุ่มทารกและเด็กเล็ก
- กลุ่มเด็กและเยาวชน
- กลุ่มวัยทำงาน
- กลุ่มผู้สูงอายุ

## ขอบเขตการดำเนินงาน

แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ มุ่งเน้นการดำเนินเพื่อตอบสนองต่อการบรรลุเป้าหมายการเพิ่มสัดส่วนการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) โดยมีจุดประสงค์เพื่อสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชน และได้กำหนดขอบเขตการดำเนินงานที่สำคัญไว้ ดังนี้

### 1. การเพิ่มสัดส่วนประชาชนที่มีภาวะสุขภาพและโภชนาการสมดุล

ปัจจุบันประชาชนยังมีภาวะขาดสารอาหารเป็นจำนวนมาก แต่อีกด้านหนึ่งกลับมีแนวโน้มภาวะโภชนาการเกินที่มากขึ้น รวมถึงการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากพฤติกรรมบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่ปัจจุบันมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น เช่น ภาวะอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เมตาบอลิซึมซินโดรม เป็นต้น

### 2. การเสริมสร้างคุณภาพและความปลอดภัยทางอาหาร

สาเหตุส่วนใหญ่ของการเจ็บป่วยจากการบริโภคอาหารว่าเกิดจากอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์และสารเคมี ซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภคแล้วยังส่งผลกระทบต่อปริมาณและเศรษฐกิจของประเทศ พบการปนเปื้อนของอันตรายในผลิตภัณฑ์ทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ เช่น การตกค้างของสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชและยาสัตว์ การปนเปื้อนของสารพิษจากเชื้อรา รวมถึงพบอาหารที่มีคุณภาพไม่ตรงตามมาตรฐาน เป็นต้น

### 3. การเสริมสร้างความมั่นคงทางอาหาร

ความมั่นคงทางอาหาร นับว่าเป็นสถานการณ์ที่ทุกคนในทุกเวลาสามารถเข้าถึงอาหารได้ ทั้งด้านกายภาพ สังคม เศรษฐกิจ อย่างเพียงพอ ปลอดภัย มีคุณค่าทางโภชนาการและตรงกับความต้องการของตนเองเพื่อการมีสุขภาพที่ดี โดยความมั่นคงทางอาหารจะต้องมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ การมีอาหารเพียงพอ (food availability) การเข้าถึงอาหาร (food access) การใช้ประโยชน์จากอาหาร (food utilization) และการมีเสถียรภาพด้านอาหาร (food stability) ดังนั้น หากยังไม่มีการบริหารจัดการด้านการเกษตรและอาหารที่ดีได้อย่างยั่งยืน จึงมีแนวโน้มว่าในอนาคตอาจเผชิญกับปัญหาความไม่มั่นคงทางอาหารโดยเฉพาะความเหลื่อมล้ำทางอาหารในกลุ่มประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทห่างไกลความเจริญและประชาชนที่มีฐานะยากจน

## งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)				
	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ	150.00	150.00	150.00	150.00	160.00



## แผน 15 แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ

### สรุปภาพรวมระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570)

#### **ที่มาและความสำคัญ ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ แผนเฉพาะในแต่ละด้าน และทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี**

วิถีชีวิตเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ เนื่องจากปัจจุบันสาเหตุการเสียชีวิตหลัก 3 อันดับแรกของคนไทยเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) และมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากพฤติกรรมและรูปแบบวิถีชีวิต (lifestyle) ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ทั้งการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารหวานมันเค็มจัด และการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ รวมทั้งการได้รับมลภาวะจากฝุ่นควันและมลภาวะทางอากาศ ส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็ง และที่นี่ยามใหม่ล่าสุดคือโรคทางจิตเวช ซึ่งวิธีจัดการที่ดีที่สุดคือการจัดการที่ต้นเหตุ ได้แก่ “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตของตนเอง” ซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพสำคัญที่ส่งต่อสถานะและผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยมีสังคมและสภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยร่วมที่ก่อให้เกิดการมีพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องยั่งยืน

แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ (แผน 15) มุ่งเน้นการสื่อสารและขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะ จากการดำเนินงานต่าง ๆ ทั้ง 14 แผน ของ สสส. ช่วยสร้างแรงบันดาลใจ โอกาสการเข้าถึงแหล่งข้อมูลองค์ความรู้และประสบการณ์ตรงด้านสุขภาพ การเพิ่มทักษะและขีดความสามารถและแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาวะของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกตรา ในการสนับสนุนการรณรงค์การสร้างเสริมสุขภาพผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ในลักษณะที่เป็นสื่อเพื่อให้ประชาชนสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และลดบริโภค สุรา ยาสูบ หรือสารหรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ รวมทั้งสอดคล้องกับกรอบนโยบายการจัดทำแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) และแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ของ สสส. ในจุดเน้นข้อที่ 2 สร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดด ด้วยการขยายผลต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพเร่งความสำเร็จของแผนเชิงพื้นที่ องค์กร และกลุ่มประชากร สามารถนำต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพมาขยายผลการดำเนินงาน ผ่านการผลักดันนโยบาย กระบวนการเรียนรู้ และการสื่อสารที่มีประสิทธิผลและยั่งยืน โดยให้คำนึงถึงพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร และข้อที่ 3. สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพโดยคำนึงถึงการใช้อย่างเป็นประโยชน์ และไม่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำในกลุ่มประชากร เพื่อสร้างและรองรับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านการเรียนรู้ การสื่อสาร การจัดการ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อสร้างเสริมสุขภาพในยุคดิจิทัล และสนับสนุนการบรรลุทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ที่มุ่งหวังให้ “ทุกคนบนแผ่นดินไทยมีวิถีชีวิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาวะที่ดี” ซึ่งเป็นไปตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ของรัฐบาลด้านการส่งเสริมการพัฒนาประเทศในด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม และด้านการสร้างการเติบโตคุณภาพชีวิตที่เป็น

มิตรต่อสิ่งแวดล้อม ภายใต้แผนแม่บทการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี และสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) ที่ประกอบด้วย 13 หมายเหตุ ในหมายเหตุที่ 12 ไทยมีกำลังคน สมรรถนะสูง มุ่งเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ตอบโจทย์การพัฒนาแห่งอนาคต การพัฒนาเด็กช่วงตั้งครรภ์ถึงปฐมวัยให้มี พัฒนาการรอบด้าน ให้มีอุปนิสัยที่ดี การพัฒนาผู้สูงอายุให้เป็นพลเมืองมีคุณค่าของสังคม และการพัฒนาระบบนิเวศ เพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต และสร้างสื่อการเรียนรู้ที่ไม่ทิ้งใครไว้เบื้องหลัง

แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพ ได้วางแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายของกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ ตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ.2565-2574) ดังต่อไปนี้

**ส่วนที่ 1 เป้าหมายการมีสุขภาพดี 4 มิติ** เป้าหมายสูงสุดของการสร้างเสริมสุขภาพที่ต้องการให้บุคคลมีสุขภาพดี สมบูรณ์พร้อมทั้ง 4 มิติ คือ การมีสุขภาพกายดี สุขภาพจิตดี สุขภาพทางปัญญาดี และมีสังคมที่ดี และพันธกิจ “จุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลังบุคคล ชุมชน และองค์กรทุกภาคส่วน ให้มีขีดความสามารถและสร้างสรรค์ ระบบสังคมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาพที่ดี”

**ส่วนที่ 2 เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์** คือ จุดเน้นการทำงานที่เป็นเป้าหมายหลัก 8 เรื่อง (7+1) ซึ่งเป็นเป้าหมายร่วม ของ สสส. และภาคีเครือข่าย เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลกับสุขภาพ คือ (1) ลดอัตราการ การบริโภคยาสูบ (2) ลดอัตราการบริโภคสุราและสิ่งเสพติด (3) เพิ่มสัดส่วนการบริโภคอาหารอย่างสมดุล (4) เพิ่มสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกาย (5) ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน (6) เพิ่มสัดส่วนผู้ที่มีสุขภาพจิต สมบูรณ์ (7) ลดผลกระทบสุขภาพจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อม และ (8) เตรียมพร้อมรับมือปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และ ปัจจัยเสี่ยงอื่น โดยการดำเนินงานจะคำนึงถึงบริบทที่แตกต่างของพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย

**ส่วนที่ 3 ยุทธศาสตร์การทำงาน** สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในยุทธศาสตร์ที่ (5) สื่อสารจุดประกาย ชี้แนะ สังคม ด้วยการพัฒนากระบวนการเรียนรู้และสื่อสารสาธารณะ โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพในด้านการจัดการความรู้ ข้อมูล การสื่อสาร และเทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสมบนบริบทการสื่อสารใหม่ ทั้งในส่วนของ สสส. และภาคี เครือข่าย รวมทั้งนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการยกระดับประสิทธิภาพการทำงานและการให้บริการต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นที่ 13 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพ ที่ดี โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างการจัดการสุขภาพในทุกรูปแบบที่นำไปสู่การมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพที่ดี ได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี และมีทักษะ ด้านสุขภาพที่เหมาะสม

### การดำเนินงานที่ผ่านมา

การสื่อสารเพื่อสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพ เป็นกลยุทธ์สำคัญที่เกิดจากการผสมผสานความรู้ ประสบการณ์การขับเคลื่อน งานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย ร่วมกับการพัฒนารูปแบบ/นวัตกรรมสื่อสาร และการพัฒนากลไกการขยายผลองค์ความรู้ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างการรับรู้ความเข้าใจ ความตระหนัก และทัศนคติเชิงบวกที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในวงกว้าง จนเกิดผลงานสำคัญ และการเปลี่ยนแปลงในสังคมไทยอย่างต่อเนื่อง ในด้านต่าง ๆ ดังนี้



1. เกิดค่านิยม ทักษะคนคิด และบรรทัดฐานทางสังคมใหม่ในด้านสุขภาวะ การสื่อสารรณรงค์งานสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการตลาดทางสังคม (social marketing) นับเป็นการพลิกบทบาทงานสื่อสารเกี่ยวกับสุขภาพของประเทศ ด้วยการสื่อสารประเด็นสุขภาพสู่ประชาชนในวงกว้างที่มากกว่าแค่การสร้างการรับรู้ การจดจำในประเด็นสุขภาพต่าง ๆ หากแต่ยังสร้างค่านิยม ทักษะคนคิด และบรรทัดฐานทางสังคมใหม่ ๆ ให้เกิดขึ้นในสังคมไทย รวมทั้งผลักดันให้เกิดการปรับสภาพแวดล้อมทางสังคมด้วยกลไกนโยบายและกฎหมาย การดำเนินงานสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมที่ผ่านมามีได้วางแผนกลยุทธ์และออกแบบสร้างสรรค์โครงการรณรงค์เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานทิศทางและเป้าหมาย ของ สสส. รวมทั้งสนับสนุนการดำเนินงาน โดยดำเนินการร่วมกับสำนัก และภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนสร้างเสริมความเข้าใจในประเด็นสุขภาพต่าง ๆ ผ่านโครงการรณรงค์จำนวนมากที่สร้างการจดจำในวงกว้าง อาทิ การสื่อสารรณรงค์ ให้เหล้า = แสง งดเหล้าเข้าพรรษา ต้มไม่ขับ ปีใหม่/สงกรานต์ กลับบ้านปลอดภัย ลดเร็วลดเสี่ยง บ้านปลอดภัย คุณมาทำร้ายฉันทำไม (สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ) ลดพุงลดโรค แคชยับเท่ากำมือ ออกกำลังกาย สิ่งเล็ก ๆ ที่สร้างลูก เรื่องเพศคุยได้ ผลักดันให้ฝึกนำ เป็นต้น นอกจากนี้ ในปี 2563 เกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่พบอัตราการติดเชื้อที่เพิ่มสูงขึ้นในประเทศ สสส. ในฐานะองค์กรสุขภาพของประเทศ ได้ดำเนินการเชิงรุก (proactive) ในการมีบทบาทร่วมพัฒนาการสื่อสารรณรงค์สร้างความรู้ความเข้าใจ และแนวทางการปฏิบัติที่จำเป็น เพื่อสนับสนุนมาตรการลดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศ โดยแผนงานการตลาดเพื่อสังคม มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนงานสื่อสารสร้างความรู้ความเข้าใจเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นของการแพร่ระบาด โดยสนับสนุนการออกแบบแพลตฟอร์ม “ไทยรู้สู้โควิด” และสื่อสารรณรงค์ “ชีวิตวิถีใหม่ ชีวิตดีเริ่มต้นที่เรา” จนถึงเน้นย้ำการป้องกันด้วยการรณรงค์ “ช่วยกันยกระดับสู้โควิด” และการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องวัคซีนโควิด-19 ด้วยการรณรงค์ “วัคซีนเพื่อสังคมไทยสู้โควิด” และ “ถกแขนเสื้อเพื่อเราทุกคน” โดยการรณรงค์ได้ดำเนินงานด้านความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในการเผยแพร่ข้อมูล ซึ่งได้สามารถเข้าถึงประชาชนในวงกว้างได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เกิดสื่อ เครื่องมือ และกระบวนการเรียนรู้ที่ช่วยเสริมความเข้าใจและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนไทย ในรูปแบบต่าง ๆ อาทิ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออินโฟกราฟิก สื่อมัลติมีเดีย แอปพลิเคชันชุดความรู้และสื่อสนับสนุนการเรียนรู้สุขภาพ (knowledge package & toolkits) นิทรรศการถาวร นิทรรศการหมุนเวียน นิทรรศการเคลื่อนที่ นิทรรศการเสมือน (virtual exhibition) หลักสูตรฝึกอบรม ตลอดจนกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์ต่าง ๆ ที่ออกแบบมาเพื่อเชื่อมโยงองค์ความรู้สุขภาพเข้ากับความสนใจ และความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมายในแต่ละช่วงวัย ล้วนมีส่วนช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ สร้างความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ตรงในสุขภาพประเด็นต่าง ๆ รวมทั้งสร้างเสริมทักษะและขีดความสามารถให้ประชาชนสามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสังคม สิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีได้ด้วยตนเอง
3. เกิดแหล่งเรียนรู้ต้นแบบจาก ศูนย์เรียนรู้สุขภาพ สสส. สู่ ศูนย์เรียนรู้สุขภาพภูมิภาค กลไกสำคัญที่สนับสนุนการขยายฐานผู้รับประโยชน์ ควบคู่กับการขยายผลองค์ความรู้ ด้วยการนำต้นทุนองค์ความรู้ของ สสส. และภาคีเครือข่าย ไปพัฒนา ปรับใช้ ผ่านการทำงานร่วมกับพันธมิตรเครือข่ายที่คำนึงถึงพลังของประชากรกลุ่มเป้าหมายและบริบทของพื้นที่ โดยศูนย์เรียนรู้สุขภาพ สสส. เป็นแหล่งเรียนรู้ต้นแบบด้านสุขภาพที่รวบรวมพัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพสู่ประชาชน ผ่านรูปแบบนิทรรศการ กิจกรรม ชุดสื่อการเรียนรู้ หนังสือ สื่อออนไลน์ ศูนย์บริการข้อมูลข่าวสาร และโครงการต่าง ๆ โดยเปิดให้บริการตั้งแต่ปี 2555 เป็นต้นมา ซึ่งได้รับความสนใจจากประชาชนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี และเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรมทั้งทางด้าน

สุขภาพกายและใจ และเพื่อสร้างโอกาสการเข้าถึง ขยายฐานผู้รับประโยชน์ไปยังประชาชนในส่วนภูมิภาค จึงได้สานความร่วมมือกับพันธมิตรเครือข่ายด้วยรูปแบบการขับเคลื่อนงานที่ไม่ได้เป็นการอุดหนุนทุนดำเนินการ แต่เป็นการสนับสนุนสื่อ องค์ความรู้ แนวทางดำเนินงาน เพื่อพัฒนาและเสริมศักยภาพแหล่งเรียนรู้ในพื้นที่สู่การเป็น “ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะภูมิภาค” เพื่อให้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ด้านสุขภาวะที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของพื้นที่ โดยในปัจจุบันมีศูนย์เรียนรู้สุขภาวะภูมิภาครวมทั้งสิ้น 18 แห่ง ได้แก่ ศูนย์วิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมเพื่อการศึกษา ร้อยเอ็ด อุทยานการเรียนรู้ยะลา ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษา ลำปาง ศูนย์การเรียนรู้เมืองฉะเชิงเทรา ห้องสมุดประชาชนเทศบาลนครอุดรธานี ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อศึกษานครสวรรค์ โรงพยาบาลน่าน อุทยานการเรียนรู้รัตนครุฑเกตุ ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษา กาญจนบุรี ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อศึกษานครพนม ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อศึกษารังสิต ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อศึกษานครราชสีมา ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อศึกษาสระแก้ว ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อศึกษานราธิวาส ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อศึกษา ยะลา ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อศึกษาสมุทรสาคร ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อศึกษา อุบลราชธานี และศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อศึกษา พิษณุโลก ทั้งนี้ จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ทำให้ประชาชนในพื้นที่ต่าง ๆ เกิดการรับรู้และนำองค์ความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้กับชีวิตประจำวัน หน่วยงาน/องค์กร/ชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วม เกิดการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะในพื้นที่ของตนเอง ซึ่งนำไปสู่การเป็นสังคมสุขภาวะ

4. เกิดการขึ้นนำสังคมผ่านชุดข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพคนไทย (ThaiHealth Watch) สร้างการรับรู้สถานการณ์และแนวโน้มทางสุขภาพ และร่วมกำหนดทิศทางการดูแลสุขภาพของคนไทย ด้วยนวัตกรรมกระบวนการที่เชื่อมโยงข้อมูลตัวบ่งชี้ทิศทางการสุขภาพในอนาคต ประกอบด้วย 1) Situation: สถานการณ์สุขภาพคนไทยจากรายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย 2) Social Trend: จับกระแสความสนใจที่มีการพูดถึงในสังคมผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ร่องรอยทางดิจิทัล (digital footprint) ในรอบ 1 ปี และ 3) Solution: ข้อเสนอแนะทั้งในระดับปัจเจกบุคคล และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อสังคม ใน 10 ประเด็น ครอบคลุมสุขภาวะทั้ง 4 มิติ ทั้งกาย จิต ปัญญา และสังคม โดยในปี 2565 (ThaiHealth Watch 2022) ได้แก่ประเด็น 1.จับตาโควิดกลายเป็นคู่ดูแลสุขภาพอย่างไร เมื่อต้องอยู่กับโควิด-19 2.ดูแลสุขภาพใกล้ไกล ห่วงใยทุกกลุ่มประชากร 3. สร้างความมั่นคงทางอาหาร ลดโภชนาการขาด-เกิน 4.รู้เท่าทันสื่อ พันภัยกับดักข่าวลวง 5. เลี่ยงลูกให้เติบโตอย่างไรในยุคโควิด-19 6. เมื่อ “บ้าน” ไม่ใช่พื้นที่ปลอดภัย 7. เจ็บต่อ เพราะ “พนนออนไลน์” 8. เด็กไทยใส่ถุงยางเพิ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังพุ่ง 9. ขยะหน้ากากอนามัย พิชัยที่กำลังล้นเมือง 10. อากาศสะอาด สิทธิขั้นพื้นฐานของทุกคน
5. เกิดแพลตฟอร์มเพิ่มขีดความสามารถของพันธมิตรเครือข่ายศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ (Partner Empowerment Platform) ในการขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะ และเป็นช่องทางในการเชื่อมร้อย สร้างปฏิสัมพันธ์ แลกเปลี่ยนบทเรียนการดำเนินงาน ระหว่างศูนย์เรียนรู้สุขภาวะกับพันธมิตรเครือข่ายศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ และระหว่างภาคีเครือข่ายพันธมิตรด้วยตนเอง (partner relationship management) ผ่านทางเว็บไซต์ <https://learningpartner.thaihealth.or.th/> โดยมีกลยุทธ์ในการเชื่อมข้อมูลองค์ความรู้ร่วมกับสำนักต่าง ๆ ด้วยยุทธศาสตร์ไตรพลัง (การขับเคลื่อนในระดับนโยบาย - การหนุนเสริมองค์ความรู้ เครื่องมือ สื่อการเรียนรู้ การสื่อสาร - การสร้างการเรียนรู้ในระดับพื้นที่) เพื่อให้เครือข่ายพันธมิตรสุขภาวะทั้ง 83 แห่งและภาคีเครือข่ายของ สสส. นำแนวคิด/องค์ความรู้สุขภาวะของ สสส. ไปใช้ขยายฐานผู้รับประโยชน์ สร้างการเรียนรู้ การขับเคลื่อนงานระดับพื้นที่ และในอนาคตจะขยายการดำเนินงานให้แพลตฟอร์มเป็นพื้นที่เรียนรู้กลางที่พร้อมให้ทุกเครือข่ายของ สสส. สามารถใช้งานได้

6. เกิดการขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้สุขภาพผ่านเว็บไซต์ศูนย์บริการข้อมูล สสส. (ThaiHealth Resource Center) และระบบสารสนเทศสุขภาพ “สื่อเฉพาะคุณ Persona Health” โดยเว็บไซต์ศูนย์บริการข้อมูล สสส. (ThaiHealth Resource Center) มีประชาชนเข้าถึง รับรู้ หรือใช้ประโยชน์จากสื่อและชุดความรู้ ส่งเสริมสุขภาพ ด้วยการเข้าชมเว็บไซต์ทั้งสิ้น 44,818 ครั้ง โดยมีจำนวน ผู้เข้าชมใหม่ คิดเป็น 89.7% และมีผู้สนใจเข้ามามีส่วนร่วม (engagement) ต่อเนื้อหาที่เผยแพร่บนเว็บไซต์ จำนวน 231,973 ครั้ง การคลิกเข้าชมหน้าต่าง ๆ ในเว็บจำนวน 65,756 ครั้ง (ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2565) พร้อมทั้งได้พัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพ “สื่อเฉพาะคุณ Persona Health” เพื่อเพิ่มโอกาสให้ประชาชนได้เข้าถึงข้อมูลองค์ความรู้และสื่อสุขภาพที่เหมาะสม เฉพาะบุคคล ด้วยการเชื่อมโยง คัดกรอง นำเสนอผ่านแพลตฟอร์ม/ช่องทางของหน่วยงาน พันธมิตรที่ร่วมดำเนินการ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ธนาคารกรุงไทย บริษัท พรุเด็นเซียล ประกันชีวิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตลอดจนหน่วยงาน/องค์กรพันธมิตรต่าง ๆ มุ่งหวังให้ประชาชนเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการรู้เท่าทันสถานการณ์ ข้อมูลข่าวสาร และสุขภาพของตนเอง จนทำให้เกิดการตัดสินใจจัดการสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ในอนาคตจะดำเนินการให้เกิดเป็นคลังข้อมูลสุขภาพ เพื่อให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่มีช่องทางสื่อสารเข้าถึงประชาชนได้นำข้อมูลและองค์ความรู้ไปใช้ประโยชน์ เพื่อหนุนเสริมประชาชนให้มีสุขภาพที่ดีในรูปแบบ/แนวทางของตัวเอง
7. เกิดการสื่อสารการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ทั้ง 15 แผน และภาคีเครือข่าย เพื่อสร้างการรับรู้ เข้าใจ วิสัยทัศน์ พันธกิจ และสะท้อนภาพลักษณ์ของ สสส. ในการเป็น “องค์กรนวัตกรรมสานพลังสร้างเสริมสุขภาพ” (innovative organization that collaborates to empower better health) และร่วมสนับสนุน การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ตลอดจนเกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายและพฤติกรรมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยพัฒนาชุดข้อมูลสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาพผ่านสื่อทุกประเภท ครอบคลุมทั้ง 15 แผน และมุ่งเน้นการพัฒนาช่องทางสื่อสารออนไลน์หลักของ สสส. เพื่อขยายช่องทางการสื่อสารให้เกิดการรับรู้ เข้าใจ และร่วมสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย
8. เกิดการขยายฐานผู้รับประโยชน์ในรูปแบบธุรกิจผ่าน SOOK Hub: ร้านค้าออนไลน์ SOOKlife.com แพลตฟอร์มออนไลน์ที่ช่วยสร้างโอกาสให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงผลิตภัณฑ์และบริการสร้างเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพ ตรงความต้องการ ด้วยการคัดสรร รวบรวมผลิตภัณฑ์และบริการที่พัฒนา ออกแบบ สอดคล้องกับพฤติกรรมการใช้ชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้ ได้เชื่อมกับฐานข้อมูลระบบสมาชิก ที่สามารถเข้าถึงข้อมูล และออกแบบวิธีการสร้างเสริมสุขภาพอย่างง่ายให้ตัวเอง คนในครอบครัว และองค์กรของทุกคนได้ จากผลิตภัณฑ์และบริการครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายผ่านกิจกรรม ทั้ง On-ground และ Online

## สถานการณ์และแนวโน้มที่เกี่ยวข้อง

### 1. พฤติกรรมด้านการเรียนรู้ และการรับข้อมูลของประชาชน

- ทิศทางการเรียนรู้ยุคเทคโนโลยีเปลี่ยนโลกจากเดิมที่ผู้เรียนเป็นแค่ฝ่ายรับและเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ แต่ในโลกยุคใหม่ ด้วยพลังของเทคโนโลยีที่เปิดโอกาสให้ใครก็ตามสามารถผลิตสร้างผลงานของตัวเองได้เพียงคอมพิวเตอร์และโปรแกรมโน้ตบุ๊กที่มีมือถือ จึงทำให้ผู้เรียนเปลี่ยนบทบาทจากผู้รับ (passive) เป็นผู้สร้าง (active) ดังนั้น พฤติกรรมการเรียนรู้ในโลกสมัยใหม่จึงเปลี่ยนให้ผู้เรียนกลายเป็นผู้ผลิต ผู้สร้างสรรค์ ผลงาน แทนการรับการเรียนด้านเดียว

- ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแพร่ระบาดของโควิด-19 ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในช่องทางการเรียนรู้ที่มีการปรับตัวเป็นการเรียนแบบออนไลน์ทั้งหมด แนวโน้มที่น่าสนใจ คือ การนำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI) มาใช้คัดเลือกข้อมูลที่เหมาะสมหรือเฉพาะเจาะจงกับความสนใจของแต่ละบุคคล รวมทั้งการสร้างโลก/จักรวาลเสมือน (Metaverse) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้คนได้เข้ามาปฏิสัมพันธ์ และสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันได้ เสมือนอยู่ในโลกจริงผ่านตัวตนที่เป็นอวตาร (avatar) ซึ่งเป็นกราฟิก 3 มิติ แทนตัวเราเวลาทำกิจกรรมใน Metaverse โดยใช้เทคโนโลยีและอุปกรณ์รองรับการเข้าถึงโลกเสมือน ได้แก่ เทคโนโลยีความจริงเสริม (Augmented Reality: AR) และเทคโนโลยีความจริงเสมือน (Virtual Reality: VR) มาใช้สร้างประสบการณ์ให้กับผู้คน
- การมีแพลตฟอร์มเพื่ออำนวยความสะดวกในการใช้ผลิตภัณฑ์และบริการ เพื่อให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งประชาชนสามารถเลือกสรรผลิตภัณฑ์และบริการที่ตนเองสนใจ และเหมาะสมกับตนเอง จากพฤติกรรมในการเลือกใช้บริการเพื่อสุขภาพเฉพาะเจาะจง ในรูปแบบระบบสมาชิก แบบ personalized ระหว่างแพลตฟอร์มออนไลน์ ทำให้เกิดรูปแบบแพลตฟอร์มการให้บริการที่มีการผสมผสานระหว่างผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ มากขึ้น อาทิ Sooklife.com ระบบสมาชิกที่คัดสรรผลิตภัณฑ์นวัตกรรมเพื่อสุขภาพผสานกับแอปพลิเคชัน Me Books และกิจกรรม Workshop On-ground เป็นต้น
- การพัฒนาอย่างรวดเร็วในยุคดิจิทัล ทั้งเทคโนโลยีนวัตกรรม โครงสร้างพื้นฐาน นับเป็นการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดด ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ชีวิตของคนในสังคมเปลี่ยนไปอย่างฉับพลันในทุกด้าน เช่น ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การทำธุรกิจ และการเรียนรู้ของคน ที่นำมาซึ่งความท้าทาย และโอกาสในการพัฒนาสิ่งใหม่ ๆ จึงต้องมีการปรับตัวและพัฒนาทักษะใหม่ ๆ ให้ทันกระแสโลกเพราะการเรียนรู้ในอนาคตจำเป็นที่จะต้องมีการเรียนรู้ตามทักษะเป้าหมายและศักยภาพของแต่ละบุคคล ด้วยการพัฒนาพื้นที่เพื่อการเรียนรู้ที่นำเครื่องมือทางดิจิทัลมาช่วยเสริมศักยภาพและทักษะการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพ
- การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างกำลังแรงงาน ปัจจุบันเกิดการเปลี่ยนแปลงในมิติของโครงสร้างกำลังคน และกำลังแรงงานในประเทศอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคอุตสาหกรรม และภาคบริการ โดยการทดแทนด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล ที่สามารถทำงานได้ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากกว่าในทักษะบางประเภท รวมถึงความต้องการแรงงานในรูปแบบใหม่ที่ต้องใช้ความรู้และทักษะสูงเกิดขึ้น อาทิ นักวิทยาศาสตร์ ผู้เชี่ยวชาญด้านข้อมูล นักธุรกิจดิจิทัล การปรับเปลี่ยนบทบาทของงานบางประเภทตามพฤติกรรมของผู้บริโภคที่เปลี่ยนไป
- การเติบโตของเศรษฐกิจแบ่งปัน (sharing economy) แอปพลิเคชัน เช่น Uber Airbnb เป็นเพียงตัวอย่างของแนวโน้มการรวบรวมพลังและทรัพยากรจากฝูงชน ซึ่งไม่ได้จำกัดเฉพาะในสาขาบริการ แต่รวมไปถึงการรวบรวมปัจจัยอื่น ๆ ทั้งแรงงาน เงินทุน ข้อมูลและสติปัญญา หรือแม้แต่จิตวิญญาณความเป็นชุมชน กระแสดังกล่าวทำให้การเรียนรู้ในโลกปัจจุบันเปิดกว้างไปสู่ห้องเรียน เพราะทั้งผู้เรียน ผู้สอน และผู้ปกครอง สามารถแบ่งปันทรัพยากรต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เห็นได้จากการเติบโตของหลักสูตรออนไลน์แบบเปิดสำหรับมวลชน (massive open online courses) ที่เน้นการเชื่อมต่อกันและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เรียนผู้สอนที่มีความรู้และประสบการณ์หลากหลาย หรือการประยุกต์ใช้แพลตฟอร์มอื่น ๆ เช่น เกม สื่อสังคม (YouTube Facebook Line) สำหรับการเรียนรู้แบบแบ่งปันกันมากขึ้น
- ประชาชนมีทางเลือกในการเรียนรู้จากแพลตฟอร์มดิจิทัล (digital platform) ใหม่ ๆ ซึ่งมีความหลากหลาย และสามารถตอบสนองความต้องการได้มากกว่า เนื่องจากหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนมีนโยบายส่งเสริมการศึกษาและปัจจุบันการเรียนรู้ไม่จำกัดอยู่แค่เพียงในห้องเรียน การแสวงหาความรู้ด้วยตนเองเป็นเรื่องที่ทำได้โดยง่ายผ่านอินเทอร์เน็ตซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลขนาดใหญ่ ทันสมัย และทันเหตุการณ์ รวมทั้งมีนักธุรกิจ

จำนวนไม่น้อยที่ไม่มีใบปริญญาแต่ประสบความสำเร็จตั้งแต่อายุน้อยและได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง เป็นต้นแบบ นอกจากนี้องค์ความรู้และทักษะที่ได้รับจากสถาบันการศึกษาซึ่งมุ่งเน้นการให้พื้นฐานทางทฤษฎีไม่สามารถตอบโจทย์ความต้องการของเด็กและเยาวชนรุ่นใหม่ที่มีความเป็นผู้ประกอบการ ต้องการแสวงหาโอกาสทางธุรกิจ ความรู้ และทักษะจากการทำงานและประสบการณ์จริง

- แนวโน้มพฤติกรรมผู้บริโภคของประชาชนจะเลือกรับสื่อตามความสนใจเฉพาะบุคคลมากขึ้น ทำให้การสื่อสารการตลาดจำเป็นต้องพัฒนาเนื้อหาและช่องทางเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีความเฉพาะกลุ่มมากขึ้น ในปัจจุบันมีการพัฒนาเทคโนโลยีด้านการตลาดดิจิทัลที่เรียกว่า ระบบบริหารจัดการข้อมูลลูกค้า Customer Data Platform (CDP) ซึ่งสามารถจัดเก็บข้อมูลกลุ่มเป้าหมายทั้งลักษณะทางประชากร ความสนใจ และพฤติกรรมการใช้งาน รวมทั้งวิเคราะห์จัดกลุ่มเป้าหมาย (segmentation) และดำเนินการสื่อสารการตลาด (remarketing) โดยระบบบริหารจัดการข้อมูลลูกค้า Customer Data Platform (CDP) สามารถเชื่อมโยงกับแพลตฟอร์มสังคมออนไลน์ที่เป็นที่นิยมใช้ในปัจจุบัน ซึ่งจะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการเชื่อมต่อนฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย และการสื่อสารการตลาด ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

## 2. พฤติกรรมผู้บริโภคสื่อในประเทศไทย

ภาพรวมพฤติกรรมผู้บริโภคสื่อในประเทศไทยปี 2564 พบว่า สื่อดิจิทัลมีการเติบโตสูงสุด ทั้งในด้านการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและมูลค่างบประมาณที่ใช้สื่อสารผ่านช่องทางดิจิทัล จากผลสำรวจพบว่า<sup>96</sup> คนไทยใช้เวลาอยู่บนโลกออนไลน์มากถึง 9.06 ชั่วโมงต่อวัน นานขึ้น 22 นาทีหรือคิดเป็นร้อยละ 4.1 จากปีก่อนหน้า โดยคนไทยหนึ่งคนเล่นโซเชียลมีเดียโดยเฉลี่ย 7.6 แพลตฟอร์ม ทั้งนี้ Facebook ยังคงเป็นแพลตฟอร์มอันดับหนึ่งที่ใช้ถึงผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตชาวไทยในช่วงอายุ 16-64 ปีได้มากถึงร้อยละ 93.3 (กลุ่มผู้ใช้งาน Facebook อยู่ในช่วงอายุ 25-44 ปี สูงถึงร้อยละ 49.4) ตามมาด้วย LINE อันดับสอง ร้อยละ 92.8 อันดับสาม Facebook Messenger ร้อยละ 84.7 และอันดับ 4 คือ TikTok มีสัดส่วนมากถึงร้อยละ 79.6 โดยวัตถุประสงค์หลักในการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อหาข้อมูล ร้อยละ 67.6 ติดตามอัปเดตข่าวสาร ร้อยละ 64.1 และดูวิดีโอหรือหนัง ร้อยละ 60.8 ทั้งนี้ แนวโน้มการใช้งบประมาณผ่านช่องทางดิจิทัล ในปี 2565<sup>97</sup> มีการคาดการณ์เติบโตขึ้นร้อยละ 9 หรือมูลค่า 27,040 ล้านบาท จากปี 2564 มูลค่า 24,766 ล้านบาท โดย Facebook ยังคงเป็นช่องทางหลักที่มีสัดส่วนการใช้งบประมาณสูงถึงร้อยละ 30 รองลงมาคือ YouTube ร้อยละ 17 Online VDO ร้อยละ 10 และช่องทาง TikTok ถูกจัดอยู่ใน 10 อันดับเป็นปีแรกที่มีการคาดการณ์ใช้งบประมาณ ร้อยละ 2 หรือ 455 ล้านบาท

นอกจากข้อมูลการใช้อินเทอร์เน็ต ปัจจุบันผู้บริโภคมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป เป็นผลมาจากเทคโนโลยีดิจิทัลที่เข้ามา มีบทบาทในชีวิตประจำวันมากขึ้น เห็นได้จาก 3 กระแสหลัก<sup>98</sup> คือ

1. การซื้อของออนไลน์เติบโตอย่างก้าวกระโดด จากการสำรวจ พบว่า 1 ใน 3 ของคนไทยปัจจุบันซื้อของออนไลน์ มีอัตราเพิ่มขึ้นจากปี 2562 ถึงร้อยละ 190 เฉลี่ยการใช้จ่ายคนละ 500-1,000 บาทต่อครั้ง โดยมีความถี่ในการซื้อสินค้าอยู่ที่คนละ 2-3 ครั้งต่อเดือน โดยโปรโมชั่นที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อมากที่สุด คือ คุปองส่วนลดสินค้า ตามมาด้วยส่วนลดค่าจัดส่ง และโปรโมชั่นประจำเดือน อย่าง 7.7 8.8 ทั้งนี้ คนไทยกว่าร้อยละ 60 เลือกรับซื้อ

96 Simon Kemp. (2022). "Digital 2022: Thailand". DataReportal. เข้าถึงได้จาก <https://datareportal.com/reports/digital-2022-thailand>

97 สมาคมโฆษณาดิจิทัล (ประเทศไทย). (2564). "Thailand Digital Advertising Spend 2020-2021". สมาคมโฆษณาดิจิทัล (ประเทศไทย)



สินค้าผ่าน e-marketplace เช่น Shopee Lazada รองลงมา ร้อยละ 27 คือ social media เช่น Facebook IG LINE และร้อยละ 13 คือ แอปพลิเคชันของห้างและร้านค้า เช่น Central Online Watsons

2. การโฆษณาถูกจุด ผลลัพธ์เกินคาด จากการสำรวจ พบว่า ร้อยละ 38 ของคนไทยซื้อสินค้าทันทีหลังจากเห็นโฆษณาในอินเทอร์เน็ต ในขณะที่เดียวกันการโฆษณาผ่าน influencer หรือเน็ตไอดอล ก็มีการเติบโตขึ้น โดยคนไทยร้อยละ 14 จะซื้อสินค้าตามที่เน็ตไอดอลแนะนำหรือโฆษณา โดยช่องทางโฆษณาที่ไว้วางใจมากที่สุด พบว่า “เว็บไซต์ของแบรนด์” เป็นช่องทางที่ผู้บริโภคเชื่อมั่นมากที่สุด (ร้อยละ 32.8) รองลงมาคือสื่อทีวี (ร้อยละ 28.2) และการเป็นสปอนเซอร์ (ร้อยละ 24.6) ในขณะที่ SMS หรือการโฆษณาผ่านข้อความมือถือ มีผู้บริโภคถึงร้อยละ 44 ที่ไม่เชื่อถือการโฆษณาจากช่องทางนี้ เนื่องจากผู้บริโภคมองเป็นข้อความหลอกลวง
3. ความเป็นส่วนตัวมาเป็นอันดับแรก ผลการสำรวจพบว่า คนไทยให้ความสำคัญกับความเป็นส่วนตัวบนโลกออนไลน์ โดยพบว่า มีเพียงร้อยละ 19 ที่เต็มใจให้ทุกแอปพลิเคชัน/เว็บไซต์ ติดตามพฤติกรรมของตนเอง ร้อยละ 57 อนุญาตให้บางแอปพลิเคชันติดตามได้บ้าง และร้อยละ 20 ที่ไม่อนุญาตให้แอปพลิเคชันหรือเว็บไซต์ ติดตามพฤติกรรมเลย จะเห็นได้ว่าผู้บริโภคส่วนหนึ่งยินดีที่จะให้ข้อมูลแก่แบรนด์หรือองค์กร ซึ่งหมายถึง personalized marketing ยังเป็นสิ่งที่สำคัญในปัจจุบัน ผู้บริโภคยังต้องการความรู้สึกเป็นคนที่พิเศษ ที่นักการตลาดต้องเข้าใจและมีข้อมูลด้านพฤติกรรมและความสนใจของกลุ่มเป้าหมายเป็นอย่างดี

นอกเหนือจากสื่อดิจิทัล สื่อโทรทัศน์ยังคงเป็นช่องทางหลักที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในวงกว้าง โดยภาพรวมการใช้งานปริมาณสื่อโทรทัศน์ช่วงเดือนเมษายน 2565 มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 65 และจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่เริ่มคลี่คลายลง ส่งผลให้ประชาชนกลับมาใช้ชีวิตตามปกติ มีการเดินทางออกนอกบ้านมากขึ้น ส่งผลให้ภาพรวมสื่อออกบ้าน out of home media อาทิ สื่อยานพาหนะ สื่อป้ายกลางแจ้งภาพเคลื่อนไหว สื่อในห้างสรรพสินค้า มีสัดส่วนการใช้งานปริมาณสูงขึ้นรวมกว่าร้อยละ 18 จากช่วงเวลาเดียวกันในปีที่ผ่านมา<sup>99</sup>

### 3. สถานการณ์การรับรู้การดำเนินงาน และภาพลักษณ์ของ สสส.

จากผลสำรวจการรับรู้การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ และภาพลักษณ์ สสส. ประจำปี พ.ศ. 2564 พบว่า กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มประชาชน ภาคีเครือข่าย และสื่อมวลชน ระบุว่า ได้รับประโยชน์จากการสื่อสารชุดข้อมูลข่าวสาร โฆษณา สื่อรณรงค์ของ สสส. ในระดับ ดี-ดีมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ย 8 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน (ระดับ 0 คือไม่ได้ประโยชน์เลย ไปจนถึงระดับ 10 ได้ประโยชน์มากที่สุด) ประกอบด้วย กลุ่มประชาชน ร้อยละ 80.03 กลุ่มภาคีเครือข่าย ร้อยละ 84.01 และกลุ่มสื่อมวลชน ร้อยละ 83.73 โดยกลุ่มเป้าหมายระบุว่า สสส.โดดเด่นในเรื่องการนำเสนอนวัตกรรมใหม่ ๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การสร้างทัศนคติ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

จากการสื่อสารการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่ายครอบคลุมทั้ง 15 แผน ทำให้กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม รู้จัก สสส. ในฐานะองค์กรสุขภาพ โดยกลุ่มประชาชนรับรู้ ว่า สสส. เป็นองค์กรสุขภาพมากถึงร้อยละ 80.95 ในขณะที่กลุ่มภาคีเครือข่าย และกลุ่มสื่อมวลชน รับรู้ ว่า สสส. เป็นองค์กรสุขภาพ ร้อยละ 100 ขณะที่กลุ่มเป้าหมาย ได้เห็น/ได้ยิน ข้อมูลข่าวสาร โฆษณา สื่อรณรงค์ ของ สสส. ในภาพรวม ร้อยละ 83.39 โดยกลุ่ม

98 Nielsen Thailand. (2565). “Nielsen Media Talk 2022: Digital Consumer : Insights, Trends and Challenges”.

สัมภาษณ์ออนไลน์ จัดเมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม 2565.

99 ข้อมูลจาก Nielsen Media Research Thailand. (2565). “เน็ตเงินโฆษณาปี 2022 เดือนเมษายน”



สื่อมวลชนรับรู้มากที่สุด ร้อยละ 96.08 รองลงมาคือ กลุ่มภาคีเครือข่าย ร้อยละ 86.72 และกลุ่มประชาชน ร้อยละ 81.93 และกลุ่มเป้าหมาย มีความถี่ในการได้เห็น/ได้ยิน ชุดข้อมูลข่าวสาร ของ สสส. มากกว่า 2-3 ครั้ง/เดือน ในภาพรวม ร้อยละ 83.39 โดยกลุ่มประชาชน ร้อยละ 81.9 กลุ่มภาคีเครือข่าย ร้อยละ 86.72 และกลุ่มสื่อมวลชน ร้อยละ 96.08

การรับรู้ประเด็นการทำงานของ สสส. ที่กลุ่มเป้าหมายเอ่ยเอง 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1. โควิด-19 2. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสิ่งเสพติด และ 3. การบริโภคอาหาร ประเด็นสุขภาพที่กลุ่มเป้าหมายมองว่า สสส. ควรให้ความสำคัญ คือ 1. โควิด-19 2. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสิ่งเสพติด 3. เด็ก เยาวชน และครอบครัว 4. สุขภาวะชุมชน สิ่งแวดล้อม ในชุมชน 5. การบริโภคอาหาร 6. บุหรี่ และยาสูบ 7. ความปลอดภัยทางท้องถนน 8. กิจกรรมทางกาย กีฬา และการออกกำลังกาย และ 9. สุขภาพจิต

ในด้านภาพลักษณ์ของ สสส. เมื่อเปรียบเทียบกับองค์กรสุขภาพอื่น ๆ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมควบคุมโรค กรมอนามัย พบว่า กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม ให้ สสส. มีภาพลักษณ์การทำงานโดยรวมดีที่สุด กลุ่มภาคีเครือข่ายให้คะแนนภาพลักษณ์ สสส. ที่ 8.62 คะแนน รองลงมาคือ กลุ่มสื่อมวลชน 8.61 คะแนน และกลุ่มประชาชน 8.01 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน

#### 4. แนวโน้มพฤติกรรมผู้บริโภคด้านสุขภาพ

จากผลสำรวจของบริษัทวิจัยระดับโลก McKinsey เมื่อเดือนเมษายน 2564 ภายใต้การวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง 7,500 คน ใน 6 ประเทศ ได้แก่ บราซิล จีน เยอรมัน ญี่ปุ่น อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา พบว่าหลังจากสถานการณ์โควิด กระตุ้นให้ผู้คนหาแนวทางการมีวิถีชีวิตที่ดีขึ้น โดยผลสำรวจชี้ว่าเกิดแนวโน้มพฤติกรรมผู้บริโภคด้านสุขภาพดังนี้

1. ผู้บริโภคมองหาสินค้าที่ผลิตจากวัตถุดิบธรรมชาติ เกษตรอินทรีย์ ไม่ว่าจะเป็ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวกาย เครื่องสำอาง และอาหารเสริมวิตามิน
2. แม้ว่าเรื่องการรักษาข้อมูลส่วนตัวลูกค้าจะเป็นประเด็นในตอนนี้ แต่ผู้บริโภคหลายคนยินดีที่จะให้ข้อมูลส่วนตัว เพื่อแลกกับการได้รับบริการที่ออกแบบมาเฉพาะที่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของตัวเอง
3. e-commerce จะกลายเป็นช่องทางหลักในการซื้อของด้านสุขภาพ
4. ผู้มีอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ (influencer) จะเป็นปัจจัยหลักในการขับเคลื่อนตลาดด้านสุขภาพ
5. ธุรกิจบริการด้านสุขภาพกำลังเติบโตขึ้นอย่างก้าวกระโดด อาทิ ผู้ฝึกสอนออกกำลังกายส่วนตัว (personal trainer) นักกำหนดโภชนาการ และบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต

#### จุดเน้นของแผน

1. พัฒนาการจัดระบบฐานข้อมูล โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล สำหรับรวบรวมข้อมูล สังเคราะห์เนื้อหา สื่อ และ ข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย เพื่อการสื่อสารที่สอดคล้องกับลักษณะและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย
2. บริหารจัดการและพัฒนาเนื้อหา สื่อรณรงค์ กระบวนการเรียนรู้ ผลิตภัณฑ์ และการสื่อสารการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)

3. จัดระบบแพลตฟอร์มและช่องทางการสื่อสารสร้างเสริมสุขภาพดิจิทัล ให้สามารถรองรับการเชื่อมโยงเครือข่ายทั้งระบบ พร้อมกับเชื่อมต่อฐานข้อมูลจัดการกลุ่มเป้าหมายที่ได้ออกแบบไว้ให้มีประสิทธิภาพ
4. ขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนัก ผ่านชุดความรู้ สื่อ ผลิตภัณฑ์ และบริการต่าง ๆ ที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมอย่างมีสุขภาวะ

### คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

**พันธมิตร** หมายถึง บุคคล หน่วยงาน องค์กร ที่ให้ความร่วมมือ และ/หรือร่วมดำเนินการ พัฒนา สื่อสาร ขยายผลงานสร้างเสริมสุขภาวะ ไปสู่กลุ่มเป้าหมาย

**แบรนด์** หมายถึง ภาพลักษณ์และมุมมองความคิดที่ลูกค้า/กลุ่มเป้าหมายมีต่อศูนย์กิจการสร้างสุขหรือผลิตภัณฑ์และบริการ แบรนด์เป็นความรู้สึกที่ถูกสื่อสารผ่าน ชื่อ คำศัพท์ การออกแบบ สัญลักษณ์ หรือ ประสบการณ์ต่าง ๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ลูกค้า/กลุ่มเป้าหมาย สามารถจดจำและจำแนก บริษัท สินค้า หรือ บุคคล ออกจากคู่แข่งได้

**แบรนด์ในใจ (top of mind)** หมายถึง การที่ผู้บริโภคจดจำแบรนด์ได้ และคิดถึงแบรนด์ของเราเป็นอันดับแรก หรืออันดับต้น ๆ เสมอ เมื่อพูดถึงผลิตภัณฑ์หรือบริการในหมวดเดียวกัน

**ความภักดีต่อแบรนด์ (brand loyalty)** หมายถึง การที่กลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มสมาชิกมีความรู้สึกที่ดีต่อแบรนด์ เกิดจากความเชื่อมั่น การนึกถึง และ/หรือการที่ผลิตภัณฑ์หรือบริการมีคุณภาพ ตรงใจผู้บริโภค สามารถตอบสนอง และช่วยส่งเสริมความต้องการของลูกค้าได้ ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์และบริการอย่างต่อเนื่อง

**กลุ่มสมาชิก** หมายถึง กลุ่มบุคคลที่กระทำการชำระค่าสมัครสมาชิก เพื่อให้สามารถใช้ผลิตภัณฑ์หรือบริการจากศูนย์กิจการสร้างสุข โดยเหมาจ่ายค่าบริการเป็นรายเดือนหรือรายปี แทนการจ่ายเงินซื้อผลิตภัณฑ์หรือบริการแบบครั้งเดียว เน้นการรักษาความสัมพันธ์ระหว่างลูกค้ากับธุรกิจ ด้วยการส่งเสริม/สนับสนุนให้ลูกค้าเดิมยังคงใช้ผลิตภัณฑ์หรือบริการต่อในระยะยาว เพื่อสร้างรายได้ต่อเนื่อง

### เป้าหมายการดำเนินงาน



ประชาชนสร้างเสริมสุขภาวะด้วยตนเอง  
อย่างถูกวิธี

## ผลลัพธ์

1. กลุ่มเป้าหมายได้รับข้อมูลสุขภาพที่ตรงตามลักษณะประชากรและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ด้วยระบบเทคโนโลยีดิจิทัล
2. กลุ่มเป้าหมายมีความเข้าใจ มีค่านิยมสุขภาพ และมีแนวโน้มการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรม ในประเด็นที่มีการสื่อสาร
3. พันธมิตรได้รับประโยชน์ด้านการสื่อสารจากระบบการจัดการแพลตฟอร์มและช่องทางการสื่อสาร สร้างเสริมสุขภาพดิจิทัล และสามารถประยุกต์ใช้

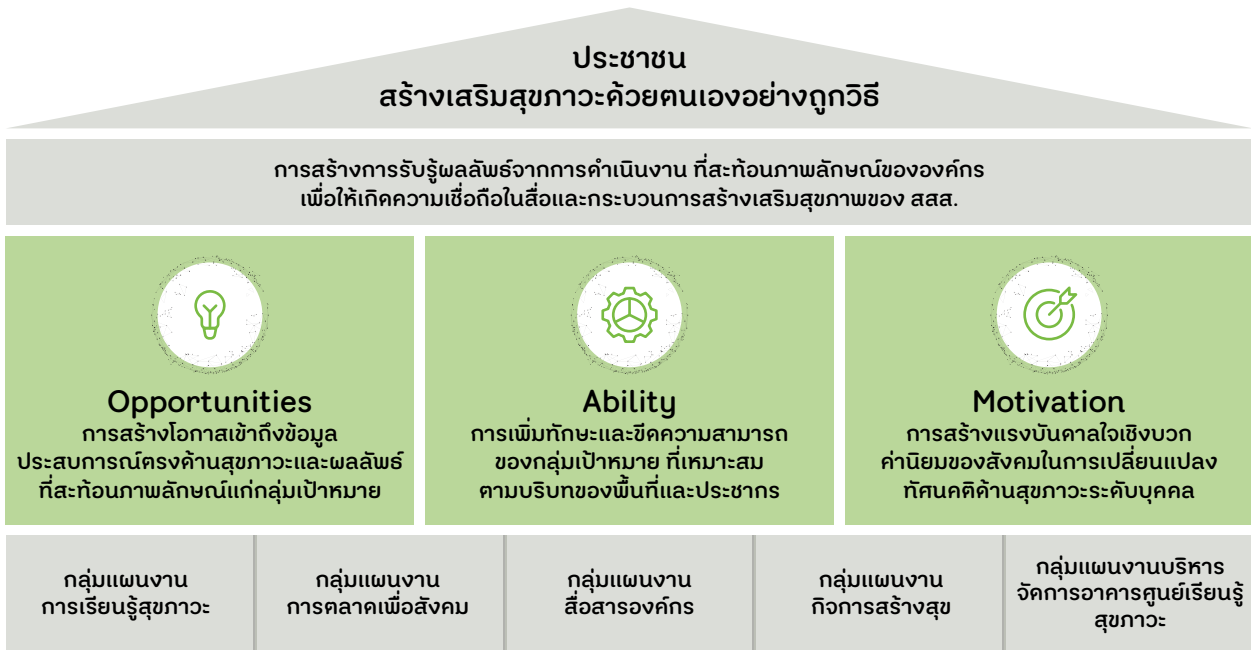
- ขยายผลสื่อและชุดความรู้สุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร
4. SOOK เป็นแบรนด์ในใจ (top of mind) ด้วยการขยายฐานผู้รับประโยชน์ ผ่านการพัฒนาและจำหน่ายผลิตภัณฑ์และบริการที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย พร้อมทั้งเกิดกลุ่มสมาชิกที่ภักดีต่อแบรนด์ SOOK

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ด้วยการสร้างโอกาสการเข้าถึงองค์ความรู้ และประสบการณ์ตรงด้านสุขภาพ เพิ่มทักษะและขีดความสามารถของกลุ่มเป้าหมายทั้งระดับบุคคล และองค์กร รวมทั้งสร้างแรงจูงใจเชิงบวก และค่านิยมของสังคมในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรมด้านสุขภาพ
2. เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลและแพลตฟอร์ม สำหรับรวบรวมข้อมูลเนื้อหาสุขภาพ และข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย เพื่อวิเคราะห์ความสนใจและพฤติกรรมการใช้สื่อของกลุ่มเป้าหมาย อันจะนำไปสู่การใช้ข้อมูลในการออกแบบพัฒนาเนื้อหาและสื่อ/กระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสม รวมถึงการกำหนดช่องทางการส่งต่อ ขยายผลให้เข้าถึงในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย
3. เพื่อพัฒนากระบวนการสื่อสารข้อมูลการสร้างเสริมสุขภาพที่ส่งเสริมภาพลักษณ์ของ สสส. ในการเป็น “องค์กรนวัตกรรมสานพลังสร้างเสริมสุขภาพ” (innovative organization that collaborates to empower better health) เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส.

## ยุทธศาสตร์และกรอบแนวคิดการดำเนินงาน

แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพได้กำหนดยุทธศาสตร์และกรอบแนวคิดการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ของทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ในด้านการมุ่งเพิ่มขีดความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชากร ตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 7+1 ของ สสส. พร้อมทั้งสร้างการรับรู้ผลลัพธ์จากการดำเนินงานที่สะท้อนภาพลักษณ์ขององค์กร เพื่อให้เกิดความเชื่อถือในสื่อและกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ด้วยยุทธศาสตร์การสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Opportunities, Ability and Motivation: OAM) ดังนี้



1. สร้างโอกาสการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร องค์ความรู้ ประสบการณ์ตรงด้านการสร้างเสริมสุขภาวะ และผลลัพธ์จาก การดำเนินงานที่สะท้อนภาพลักษณ์องค์กร สู่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการรับรู้ ความเข้าใจ และมีความรอบรู้ ด้านสุขภาพเฉพาะบุคคล
2. เพิ่มทักษะ และขีดความสามารถของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ด้วยสื่อและกระบวนการเรียนรู้สร้างเสริมสุขภาพ ที่ถูกต้อง เหมาะสมตามบริบทและพลวัตของพื้นที่และกลุ่มประชากร
3. สร้างแรงบันดาลใจเชิงบวกและค่านิยมของสังคมในการสร้างเสริมสุขภาวะ นำไปสู่ความตระหนักและการเปลี่ยนแปลง ทัศนคติระดับบุคคล

### กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

1. ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเป้าหมายที่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของ สสส. ระยะ 10 ปี โดยกำหนดลักษณะกลุ่มเป้าหมายให้สอดคล้องตามยุทธศาสตร์ของแต่ละประเด็น
2. ประชาชนที่สนใจด้านสุขภาพ ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) และผู้ที่มีอิทธิพลทางความคิด (influencer) ต่อกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ อาทิ สื่อสังคมออนไลน์ บุคคลที่มีชื่อเสียง บุคลากรในสถานศึกษา ผู้นำ ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มแกนนำในชุมชน รวมถึงภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ
3. หน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชน
4. ผู้ตัดสินใจเชิงนโยบาย และสื่อมวลชน

### งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)				
	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ	470.00	480.00	480.00	480.00	480.00



## งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน

### สรุปภาพรวมระยะ 5 ปี

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกลไกหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศโดยเป็นองค์กรขนาดเล็กที่เน้นความยืดหยุ่นและใช้นวัตกรรมในการบริหารจัดการกองทุน เพื่อมุ่งสร้างการมีส่วนร่วมหรือแสวงหาความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายเพื่อสร้างความรับผิดชอบในงานร่วมกัน

จากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมขององค์กร พบว่า สสส. ได้มีการสั่งสมความรู้และประสบการณ์ในการสร้างเสริมสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง มีกลไกที่เข้มแข็งในการกำกับติดตามการทำงาน และมีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง แต่สถานการณ์ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว จึงต้องมีการยกระดับการทำงานให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้กองทุนสามารถตอบสนองต่อการทำงานเชิงรุกได้ทันต่อสถานการณ์ อีกทั้ง การดำเนินงานในภาพรวมของกองทุนได้รับผลกระทบจากปัจจัยภายนอกอย่างมาก เช่น การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งเหตุการณ์ดังกล่าวนี้ได้ส่งผลกระทบต่อการทำงานตามแผนงาน/โครงการของ สสส. อยู่พอสมควร อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ดังกล่าวได้ส่งผลให้สำนักงานเกิดการปรับปรุงกระบวนการบริหารจัดการ รวมถึงการทบทวนแนวปฏิบัติตามระเบียบและข้อบังคับให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมในปัจจุบัน เพื่อให้องค์กรสามารถดำเนินภารกิจได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2570 สำนักงานจึงได้มีการจัดทำแผนบริหารจัดการสำนักงานที่เน้นการสนับสนุนการดำเนินงานตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) และแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) ของกองทุน เพื่อมุ่งยกระดับประสิทธิภาพการบริหารจัดการและการให้บริการต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร โดยเน้นการพัฒนาสู่การเป็นองค์กรดิจิทัลที่มีสมรรถนะด้านการบริหารงานและการดำเนินงานที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ มีธรรมาภิบาล มีการบริหารจัดการแบบมืออาชีพ บุคลากรและภาคีเครือข่ายมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และทักษะที่จำเป็นในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ

### จุดเน้นของแผน

1. พัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานผ่านระบบดิจิทัลของ สสส. ให้บริการข้อมูลด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ได้มาตรฐานตามความต้องการรายบุคคล (Persona Health) พัฒนา digital services platform เพื่อร่วมกันใช้ประโยชน์และลดต้นทุนการดำเนินงานทั้งของ สสส.และภาคีเครือข่าย การใช้ข้อมูลร่วมกันระหว่างองค์กรที่เป็น connected health organization เพื่อส่งต่อคุณค่าแก่ประชาชนให้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้
2. เพิ่มมาตรฐานและประสิทธิภาพการบริหารจัดการภายใน โดยการบริหารจัดการและให้บริการผ่านระบบดิจิทัล เช่น ระบบการเงินและบัญชีดิจิทัลที่เชื่อมโยงกับระบบสารสนเทศภายใน ระบบตรวจสอบและรับรองการใช้จ่ายเงิน โครงการผ่านระบบ E-Audit ระบบบริหารการจัดประชุม E-Meeting เป็นต้น

- ยกระดับมาตรฐานการบริหารทรัพยากรบุคคลผ่านนวัตกรรมและระบบดิจิทัล เพื่อให้บุคลากรมีความเชี่ยวชาญ เป็นนักสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมืออาชีพ มีคุณภาพชีวิตในการทำงานอย่างมีความสุข
- พัฒนาองค์กรโดยใช้เครื่องมือเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการองค์กร ทั้งการจัดทำนโยบายและ ยุทธศาสตร์ การติดตามและประเมินผล การบริหารความเสี่ยงเชิงรุก การวิเคราะห์และจัดทำข้อมูลเพื่อสนับสนุน การตัดสินใจของผู้บริหาร การบริหารงานที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล และการตรวจสอบเพื่อเพิ่มมูลค่าในการ ปฏิบัติงาน

## วัตถุประสงค์

- เพื่อสนับสนุนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่ายตามทิศทางและแนวนโยบายที่ คณะกรรมการกองทุนกำหนดไว้
- เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนและสำนักงานในด้านต่าง ๆ พัฒนาสู่การเป็นองค์กรดิจิทัล
- เพื่อเสริมสร้างกลไกการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล การบริหารความเสี่ยง และการควบคุมภายใน

## เป้าหมายการดำเนินงาน

- |   |  |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>ผลประเมินการดำเนินงานด้านทุนหมุนเวียนโดย คณะกรรมการประเมินผลได้ระดับดี (ระดับ 4 จาก 5 ระดับ)<sup>100</sup> ใน 5 ด้าน ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> <li>• ด้านการกำกับดูแลของคณะกรรมการทุนหมุนเวียน</li> <li>• ด้านการบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายใน</li> <li>• ด้านการตรวจสอบภายใน</li> <li>• ด้านการบริหารจัดการสารสนเทศ</li> <li>• ด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล</li> </ul> </li> <li>ผลประเมินการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล ในระดับคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 85<sup>101</sup></li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>ผลสำรวจการรับรู้บทบาทและภาพลักษณ์องค์กร ของกลุ่มเป้าหมาย ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70</li> <li>ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการ ของงานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80</li> <li>มีแนวปฏิบัติและกระบวนการทำงานที่ได้มาตรฐาน สอดคล้องกับระเบียบและข้อบังคับของกองทุน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</li> </ol> |
|---|--|

100 ประเมินโดยคณะกรรมการประเมินผล ซึ่งประยุกต์ใช้กรอบหลักเกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานทุนหมุนเวียนของกรมบัญชีกลางเป็นแนวทางในการประเมิน

101 คณะอนุกรรมการการประเมินระดับธรรมาภิบาลเป็นคณะอนุกรรมการของคณะกรรมการประเมินผล



## ยุทธศาสตร์

### ค่านโยบายและยุทธศาสตร์

เพื่อให้การพัฒนานโยบายและการกำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานมีความสอดคล้องต่อนโยบายรัฐ นโยบายกองทุน และนโยบายผู้บริหาร รวมทั้งสามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ตลอดจนการเสนอแนวทางการนำเครื่องมือบริหารจัดการองค์กรมาใช้เพื่อพัฒนาองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความเป็นมืออาชีพ ตรงกับบริบทการดำเนินงานของสำนักงาน โดยยึดหลักธรรมาภิบาล จึงได้กำหนดจุดเน้นของการทำงานในระยะ 5 ปี ไว้ดังนี้

1. จัดทำแผนให้มีประสิทธิภาพ โดยปรับปรุงกระบวนการจัดทำแผนให้พิจารณาถึงความสอดคล้องกับกฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง นโยบายทุกระดับ กรอบแนวคิดและแนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมา รวมทั้งการวางแผนการทำงานที่เหมาะสมกับแนวโน้มและตอบสนองต่อสถานการณ์ และยกระดับการใช้เครื่องมือห่วงโซ่มูลค่า (CoO) ขององค์กรให้มีมาตรฐาน เพื่อขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพให้ประสบผลสำเร็จ ตลอดจนการวางแผนงบประมาณที่มีกรอบแนวคิดในการจัดสรรงบประมาณอย่างสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
2. สร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการดำเนินงานตามแผนไปสู่การปฏิบัติ และการกำหนดเป้าหมาย (key result) ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของแผน (objective) ที่สามารถสะท้อนผลลัพธ์ สิ่งส่งมอบหรือการทำงานที่เป็นไปตามกรอบแนวคิดและแผนการดำเนินงานในทุกระดับ
3. สนับสนุนให้เกิดการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการสำนักงานและการควบคุมภายในให้ทำงานได้อย่างต่อเนื่อง โดยวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการนำเครื่องมือที่ช่วยเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพมาใช้ เพื่อก้าวสู่การเป็นองค์กรมืออาชีพในการบริหารจัดการกองทุน และทันต่อทิศทางการพัฒนาตามสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป
4. สนับสนุนการพัฒนากระบวนการและฐานข้อมูลสำคัญในการสนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหาร เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานบนพื้นฐานของข้อมูลได้อย่างแม่นยำ
5. สนับสนุนการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล โดยดำเนินการหลักเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส รวมทั้งการจัดทำแผนการดำเนินงานในด้านที่เกี่ยวข้อง ด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมและสื่อสารจนเกิดเป็นวัฒนธรรมและค่านิยมองค์กร (core value)

### ด้านการบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยงของ สสส. ที่สอดคล้องตามมาตรฐานการบริหารความเสี่ยงระดับสากล ได้แก่ COSO ERM และ ISO31000 โดยบริหารความเสี่ยงระดับองค์กรในเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อจัดการความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อภารกิจ วัตถุประสงค์ เป้าหมาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานของ สสส. ให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และการจัดการความเสี่ยงที่ดำเนินการในรูปแบบแผนบริหารความเสี่ยงระดับองค์กร แผนควบคุมภายใน และแผนบริหารความต่อเนื่องทางธุรกิจ (Business Continuity Plan: BCP) ตามความเหมาะสมกับความเสี่ยงแต่ละประเภท เพื่อให้บริหารจัดการความเสี่ยงดังกล่าวอย่างทันทั่วถึง ที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ มีกลไกการกำกับติดตามโดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ที่มีองค์ประกอบของผู้แทนคณะกรรมการกองทุนและผู้บริหารระดับสูง และรายงานต่อคณะกรรมการกองทุนทุกไตรมาส

### ด้านการติดตามและประเมินผล

1. สนับสนุนงานติดตามและประเมินผลของคณะกรรมการประเมินผล ตามอำนาจหน้าที่ที่กำหนดไว้ใน พ.ร.บ. กองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.2544 ได้แก่การประเมินผลค่านโยบายและการกำหนดกิจกรรมของกองทุน

การติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน และการจัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานพร้อมทั้งข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการกองทุนในทุกกรอบปี

2. พัฒนาระบบการประเมินผลการกำกับดูแลกิจการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาลของ สสส. ให้มีความสอดคล้องกับรูปแบบการดำเนินงานขององค์การในปัจจุบัน
3. พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลให้มีประสิทธิภาพ โดยสร้างกลไกการประเมินผลอย่างเป็นระบบ ตลอดจนพัฒนาฐานข้อมูลและระบบสารสนเทศเพื่อใช้ในการติดตามและประเมินผล โดยมุ่งเน้นการประเมินผลลัพธ์ผลกระทบตามทิศทางและเป้าหมายกองทุน ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)
4. พัฒนาองค์ความรู้และเครื่องมือที่สำคัญด้านการติดตามและประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพ

### ด้านการพัฒนาบุคลากรและองค์กร

1. เพื่อยกระดับมาตรฐานระบบบริหารงานบุคคลและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านทรัพยากรบุคคล (HRIS) ผ่านนวัตกรรมและดิจิทัล
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้เป็นนักสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมีอาชีพ มีขีดความสามารถในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
3. เพื่อให้บุคลากรมีวิถีการทำงานและค่านิยมแบบ สสส. (brand attribute) มีความพึงพอใจและความผูกพันต่อองค์กร และมีคุณภาพชีวิตในการทำงานอย่างมีความสุข

### ด้านการเงิน การบัญชี ภาษีและตรวจสอบแผนงานโครงการ

1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการทำงานด้านการเงินและบัญชีด้วยระบบการเงินการบัญชีดิจิทัลที่มีมาตรฐาน คล่องตัว สะดวก รวดเร็ว สามารถเชื่อมโยงกับระบบสารสนเทศอื่น ๆ โดยง่าย เช่น ระบบบริหารโครงการ ระบบ e-budgeting และข้อมูลรายได้ภาษีจากกรมสรรพสามิต เป็นต้น
2. เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของผู้เกี่ยวข้อง เช่น ภาษีเครือข่าย เจ้าหน้าที่ สสส. ผู้บริหารระดับสูง และคณะอนุกรรมการชุดต่าง ๆ ให้สามารถเข้าถึงระบบข้อมูลสารสนเทศที่ตอบสนองได้อย่างรวดเร็ว สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการตัดสินใจได้ทันเวลา
3. เพื่อพัฒนาสมรรถนะบุคลากรฝ่ายบัญชีและการเงินและภาษีผู้รับทุนไปสู่การเงิน-บัญชียุคใหม่ ที่มีทักษะการคิดวิเคราะห์ การบูรณาการข้อมูล และมีความพร้อมในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงาน

### ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

1. เพื่อนำระบบดิจิทัลที่เหมาะสมมาใช้ในการบริหารและการให้บริการ เพิ่มประสิทธิภาพและให้มีการใช้ระบบดิจิทัลอย่างคุ้มค่าและเต็มศักยภาพ
2. พัฒนามาตรฐาน หลักเกณฑ์ และวิธีการเกี่ยวกับระบบดิจิทัล และพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านดิจิทัลที่จำเป็นให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล เพื่อสร้างและพัฒนาระบบการทำงานให้มีความสอดคล้องและมีการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน รวมทั้งมีความมั่นคงปลอดภัยและน่าเชื่อถือ
3. สร้างและพัฒนาระบบความมั่นคงปลอดภัยในการใช้ระบบดิจิทัลและมาตรการปกป้องคุ้มครองข้อมูลที่อาจกระทบถึงความมั่นคงหรือความเป็นส่วนตัวของประชาชนที่มีความพร้อมใช้และน่าเชื่อถือ
4. เปิดเผยข้อมูลหรือข่าวสารสาธารณะ ในรูปแบบและช่องทางดิจิทัล เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้โดยสะดวก

## ด้านอำนวยการและจัดการสำนักงาน

- ยกระดับการบริหารจัดการของฝ่ายอำนวยการ โดยการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาปรับใช้ในการปรับปรุงกระบวนการทำงาน เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายรัฐบาลดิจิทัล และทิศทางของคณะกรรมการกองทุน
- พัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานของฝ่ายอำนวยการ โดยการสร้างเครื่องมือ คู่มือ แนวปฏิบัติ ช่องทางการสื่อสาร หรือจัดกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติงานในทุกกระบวนการได้อย่างถูกต้อง
- สนับสนุนการจัดการกระบวนการสรรหาคณะกรรมการ ที่ปรึกษา อนุกรรมการและผู้จัดการกองทุน
- พัฒนาและปรับปรุงอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาพให้ได้มาตรฐานความปลอดภัยหรือมาตรฐานอาคารในระดับสากล และรองรับการทำงานแบบวิถีชีวิตใหม่

## ด้านการสื่อสารองค์กร

พัฒนากระบวนการสื่อสารข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพที่สะท้อนภาพลักษณ์ของ สสส. ในการเป็น “องค์กรนวัตกรรม สานพลังสร้างเสริมสุขภาพ” (innovative organization that collaborates to empower better health) ผ่านช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายทุก digital platform สามารถเข้าถึงทุกกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างการรับรู้ และเกิดแนวคิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตั้งแต่ระดับบุคคล องค์กร และภาคนโยบาย ประสานพลังร่วมขับเคลื่อนประเด็น/นโยบายสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย

## ด้านการตรวจสอบภายใน

ใช้ยุทธศาสตร์เชิงบวก “การตรวจสอบแบบกัลยาณมิตรและเพิ่มมูลค่าการปฏิบัติงาน” เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพด้านการตรวจสอบภายใน และนำเสนอผลการตรวจสอบพร้อมข้อเสนอแนะที่เหมาะสมและเป็นไปได้ ส่งมอบให้หน่วยรับตรวจเพื่อนำข้อมูลไปพิจารณาดำเนินการปรับปรุง พัฒนาระบบงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และเกิดประสิทธิผลสูงสุด โดยมีวัตถุประสงค์การดำเนินงานในระยะ 5 ปี ดังนี้

- เพื่อให้เชื่อมั่นว่าสำนักงานมีการกำกับดูแล และมีการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบในด้านการบริหารงบประมาณ การเงิน การบัญชี การพัสดุและทรัพย์สิน และการบริหารงานด้านอื่น ๆ ให้เป็นไปตามข้อกำหนด กฎระเบียบต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ ตลอดจนให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์การจัดตั้งของกองทุน สสส.
- เพื่อให้เชื่อมั่นว่าโครงการที่ สสส. สนับสนุนทุน หรือจัดซื้อจัดจ้างนั้น มีกระบวนการปฏิบัติงานมีความถูกต้อง โปร่งใส และเป็นธรรม รวมถึงมีการดำเนินโครงการอย่างสอดคล้องตามระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ

## งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)				
	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน	416.47	426.14	442.68	465.63	485.70



## งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีการดำเนินงานเพื่อการปรับทิศทางการทำงานขององค์กรอย่างต่อเนื่อง โดยให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการดำเนินงานแบบบูรณาการ และมีการจัดกลุ่มส่วนงานแบบ “Cluster” เพื่อให้สอดคล้องและทันต่อสถานการณ์ทางด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว นอกจากการดำเนินงาน และประสานงานในรูปแบบต่าง ๆ แล้ว กองทุนยังได้พัฒนารูปแบบการบูรณาการงานใหม่ที่มีลักษณะประสานและต่อยอดจากฐานงานเดิมที่มีอยู่ โดยเพิ่มการจัดการและงบประมาณที่จำเป็น โดยกระบวนการพัฒนากลุ่มงานกลาง มุ่งให้ความสำคัญกับการดำเนินงานในเรื่องที่มีการพิจารณาร่วมกันว่าเป็นประเด็นใหม่หรือสถานการณ์ประเด็นเร่งด่วนที่กองทุนควรดำเนินงานเพิ่มเติม และมีความเกี่ยวข้องกับภารกิจของหลายแผนงานหลักที่จะพัฒนาเป็น ภาพรวมของกลุ่มงานใหม่ และเมื่อเกิดกลไกกลางประสานให้เกิดการดำเนินงานขึ้นแล้วสามารถประสานภารกิจเข้าสู่ ภายใต้อาณัติการดำเนินงานหลักของกองทุนได้ต่อไป

### สถานการณ์และแนวโน้ม

สถานการณ์ด้านสุขภาพที่ผ่านมา กลุ่มงานกลางได้พัฒนางานในประเด็นใหม่ ๆ ซึ่งมีความสำคัญและเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ส่งผลกระทบต่อสร้างเสริมสุขภาพของคนไทยหลายประเด็น และได้ส่งมอบภารกิจให้กับแผนงานหลักที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบประสานงานต่อเพื่อให้เกิดการบูรณาการและความยั่งยืนในการดำเนินงาน อาทิ การลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) การเฝ้าระวังความเป็นธรรมทางสุขภาพในสังคมไทย การประเมินงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงเศรษฐศาสตร์ในประเทศไทย เป็นต้น และในระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) แนวโน้มทิศทางด้านสุขภาพของประเทศไทยยังคงอยู่ภายใต้ผลกระทบของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นและมีการกลายพันธุ์ส่งผลการแพร่ระบาดในหลายระลอก โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของประชาชนในประเด็นสำคัญ ได้แก่

1. โครงสร้างทางเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลง ผลกระทบต่อการจ้างงาน ค่าจ้าง ความยากจน และความเหลื่อมล้ำ ไม่สามารถพึ่งพารายได้ทางใดทางหนึ่งจนเกินไป แต่อาศัยการบริโภคและการลงทุนในประเทศเป็นเครื่องจักรสำคัญด้วย
2. การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบและการให้บริการ โดยเฉพาะด้านที่ส่งผลกับสุขภาพโดยตรง จะมีการปรับเปลี่ยนให้ทั่วถึงและเสมอภาคมากขึ้น เพื่อให้สามารถป้องกันการแพร่ระบาดโรคอุบัติใหม่ในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะส่วนที่เป็นพื้นที่เสี่ยงหรือกลุ่มเสี่ยง
3. สังคมจะก้าวเข้าสู่สังคมดิจิทัลอย่างเต็มรูปแบบ จากการเว้นระยะห่างทางกายภาพสู่การเชื่อมต่อกับสังคมด้วยสัญญาณอินเทอร์เน็ต พฤติกรรมของผู้บริโภคจะเปลี่ยนแปลงไป ทั้งด้านการใช้ชีวิตประจำวัน การศึกษา การทำงาน และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

จากสถานการณ์ของโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดการปรับทิศทางการดำเนินงานของกองทุน ในช่วงที่ผ่านมา และต่อเนื่องถึงการจัดทำทิศทางเป้าหมายแผนหลัก ในการตอบสนองต่อนโยบายสำคัญเร่งด่วนที่มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของประชาชนและสังคม และในส่วนการบริหารจัดการกองทุนในภาพรวมกองทุนให้ความสำคัญต่อการดำเนินงานแบบบูรณาการ โดยมีการจัดกลุ่มงานเพื่อช่วยหนุนเสริมภารกิจของกองทุนให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

## จุดเน้นของแผน

ภายใต้ทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี ของกองทุน งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง มุ่งเน้นการตอบสนองงานบูรณาการในกลุ่มงานแบบ “Cluster” ตามกรอบแนวนโยบายและจุดเน้นการดำเนินงานที่คณะกรรมการกองทุนมอบหมาย โดยมีสาระสำคัญของแผนที่ครอบคลุมทั้งการสร้างเสริมสุขภาวะเพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะภายใต้แผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) และตอบสนองต่อทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ของกองทุน โดยเน้นการสร้างพื้นที่สุขภาวะชุมชน และเน้นการบูรณาการประเด็นเป้าหมายยุทธศาสตร์ทางสุขภาพส่งเสริมให้เกิดการมีวิถีสุขภาวะที่ดีทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และหน่วยงานองค์กรต่าง ๆ ของประเทศ ในส่วนการตั้งเป้าหมายให้มีความสอดคล้องกับห่วงโซ่ผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพ (Chain of Outcome for Health Promotion) รวมถึงการใช้กลไกการกำกับ ติดตาม และประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

## เป้าหมาย 5 ปี

1. มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะแบบบูรณาการทั้งใน และระหว่าง cluster อย่างมีประสิทธิภาพ
2. มีแผนการดำเนินงาน และงบประมาณรองรับภารกิจใหม่และสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างเหมาะสม และทันต่อสถานการณ์ความเสี่ยงทางสุขภาพอุบัติใหม่ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

## แนวทางการดำเนินงาน

1. ประสานความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข องค์กรสุขภาพ และสถาบันวิชาการต่าง ๆ ในการเชื่อมโยงเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาวะเพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ รวมถึงการศึกษาทบทวนยุทธศาสตร์การดำเนินงาน และการพัฒนาแนวทางการใช้กลไกการกำกับ ติดตาม และประเมินผลที่มีประสิทธิภาพเพื่อวางทิศทางการดำเนินงานในการเข้าสู่ทศวรรษที่สามขององค์กร
2. เสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสื่อสารสร้างสุขภาวะตั้งแต่ระดับ บุคคล องค์กร ภาคนโยบาย มุ่งสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วม จนเกิดการร่วมผลักดันประเด็นการสร้างเสริมสุขภาวะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสังคมผ่านการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสมเฉพาะบุคคล

3. สนับสนุนการพัฒนาและต่อยอดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างมีพลวัต ทั้งในเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากรเฉพาะ รวมถึงสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพตามยุทธศาสตร์ชาติ และโดยเฉพาะประเด็นที่มีผลกระทบต่อสุขภาพที่สำคัญเร่งด่วน อันได้แก่ผลกระทบจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีผลต่อวิถีชีวิตและสังคมของประชาชนไทย

## การบริหารจัดการ

งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลางอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการที่ปรึกษาสำนักงาน

## งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)				
	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
กลุ่มแผนงานจัดการกลุ่มงานกลาง	201.90	252.02	261.81	199.26	260.45



## บรรณานุกรม

- FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. (2020). The State of Food Security and Nutrition in the World 2020. Rome: FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO.
- hfocus infographic. (2564, กรกฎาคม 1). พลสำรวจซี! โควิดระบาดทำพ่นออนไลน์โตพรอดเกิน 100% ระลอกสามทำ 40% เล่นพ่นน้อยลง. Retrieved from Hfocus: <https://www.hfocus.org/content/2021/07/22077>
- Tullis, L. M., Dupont, R., Frost-Pineda, K., & Gold, M. S. (2003). Marijuana and tobacco: a major connection? Journal of Addictive Diseases, 22(3), 51-62.
- World Economic Forum. (2022). Global Risk Report 2022. Geneva: World Economic Forum.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). การสำรวจระดับจิตวิทยาด้านสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2560. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม. (2564). รายงานดัชนีความก้าวหน้าของคนประจำปี 2563. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- คณะทำงาน ThaiHealth Watch 2022. (2564). ThaiHealth Watch 2022: อนาคตทิศทางสุขภาพคนไทย 2565. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- เครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารสนเทศ. (2562). รายงานผลการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562. กรุงเทพมหานคร: บริษัท จริลสตีทวงส์การพิมพ์ จำกัด.
- นุ่มนนท์, ร. (2565, กุมภาพันธ์ 18). ข้อมูลล่าสุด สถิติใช้ติจ๊อในไทยจากรายงาน We are Social. Retrieved from กรุงเทพธุรกิจ: <https://www.bangkokbiznews.com/columnist/989552>
- บริษัท ดี วันโอวัน เปอร์เซ็น จำกัด. (2564). รายงานการศึกษานโยบายเด็กและครอบครัวแห่งอนาคต: ขยายพื้นที่ปฏิรูปนโยบายสาธารณะเพื่ออนาคตของเด็กไทย. บริษัท ดี วันโอวัน เปอร์เซ็น จำกัด.
- บำรุงพงษ์, ก., & เลิศโคมรสกุล, อ. (2562). การกลั่นแกล้งในมหาวิทยาลัย: กรณีศึกษาในสถาบันที่มีความต้องการพิเศษ. วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย ปีที่ 15 ฉบับที่ 2, 49-63.
- โปสกุญเฑย์. (2556, ตุลาคม 25). ตัดพ่นคือโรคจิตรักษาได้. Retrieved from เว็บไซต์สารสนเทศสุขภาพไทย: [https://www.hiso.or.th/hiso5/healthy/news.php?names=15&news\\_id=4036](https://www.hiso.or.th/hiso5/healthy/news.php?names=15&news_id=4036)
- มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2561, กุมภาพันธ์ 4). หวาน... โปหรือเปล่า. Retrieved from มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์: <http://www.thaiheartfound.org/category/details/food/374>
- มูลนิธิอินเทอร์เน็ตร่วมพัฒนาไทย. (2563). การสำรวจสถานการณ์เด็กกับกัยออนไลน์ ประจำปี 2563. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอ็กเซล อิมเมจจิง จำกัด (สำนักงานใหญ่).
- รัชธร, ก., & นุตตะมาศ, ป. (2563). การศึกษาความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงระบบขนส่งสาธารณะในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. Journal of Transportation and Logistics, No. 13 Vol.1.
- ศรีญญา เบญจกุล. (2564). แนวโน้มการสูบบุหรี่ของประเทศไทย. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนควบคุมยาสูบ 3 ปี และแผนดำเนินการ 1 ปี (ครั้งที่ 1). สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และศูนย์พัฒนาศึกษาภาพกำลังคนด้านการควบคุมยาสูบ (พศย.).
- ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน. (2564). สถานการณ์การพนันในสังคมไทย ปี 2564. ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2565). รายงานสุขภาพคนไทย ปี 2565 ครอบคลุมไทยในวิกฤตโควิด-19. กรุงเทพมหานคร: บริษัท อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- สมาคมโฆษณาดิจิทัล (ประเทศไทย). (2564). Digital Advertising Spend 2020-2021.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2564). ทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574).
- สำนักงานเลขาธิการ กรม สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. (2563). ข้อมูลพื้นฐานทางพระพุทธศาสนา ประจำปี 2561-2563. นครปฐม: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). สรุปผลที่สำคัญ การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) ของคนไทยในประเทศไทย พ.ศ. 2563. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2564). แผนการปฏิรูปประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565). รายงานภาวะสังคม ไตรมาสหนึ่ง ปี 2565. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ. (2563). รายงานผลการทบทวนและประเมินผลแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2561 - 2563).
- เอกพลากร, ว., พรรคเจริญ, ท., ไทยกล้า, ก., & เสถียรนพเก้า, ว. (2559). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

## ภาคผนวก

1. กระบวนการจัดทำแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570)
2. ห่วงโซ่ผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพ (CoO for health Promotion)
3. ข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565
4. การดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลในการจัดทำแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570)

ตามที่คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการจัดทำแผนหลัก (masterplan) จากเดิมทุก ๆ 3 ปี เป็น ให้จัดทำทุก ๆ 5 ปี โดยปรับแก้ไขบทนิยามเพิ่มเติมรายละเอียดการจัดทำแผนหลัก และแผนการดำเนินงานประจำปี และบทเฉพาะกาลของข้อบังคับกองทุนฯ เพื่อให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 โดยคณะกรรมการกองทุน พิจารณาเห็นชอบผ่านการประชุมคณะกรรมการกองทุน ครั้งที่ 1/2565 เมื่อวันที่ 20 มกราคม 2565 ทั้งนี้ ได้มีแก้ไขคำนิยาม แนวทางการจัดทำแผนหลัก และแผนการดำเนินงานประจำปี รวมถึงบทเฉพาะกาลไว้ ดังนี้<sup>102</sup>

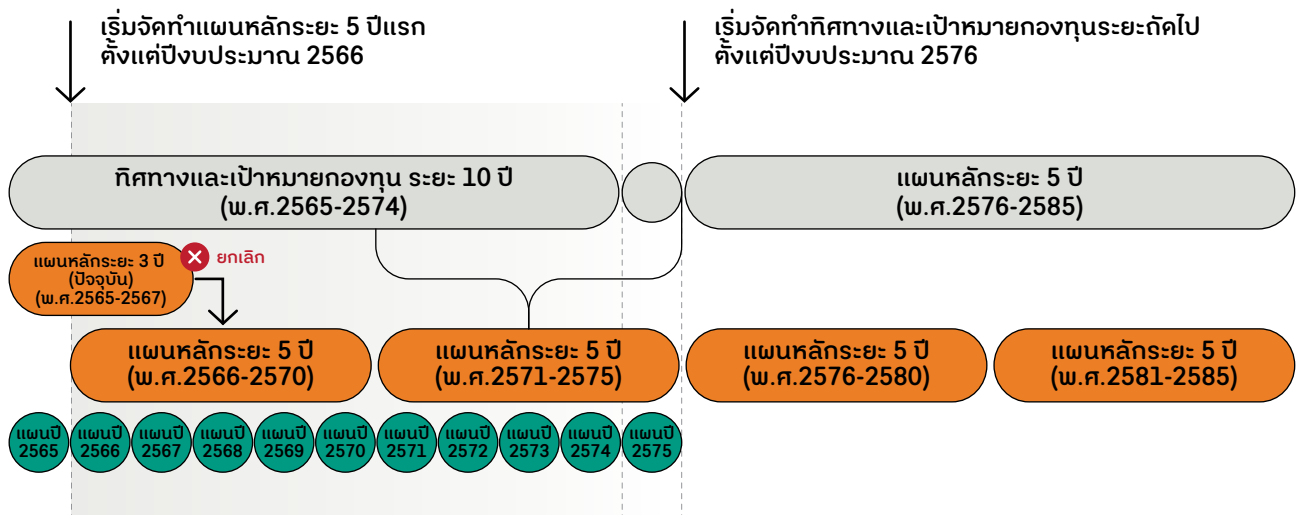
**แผนหลัก (Master plan)** หมายถึง แผนการดำเนินงานของกองทุนตามมาตรา 21 (1) ที่จัดทำขึ้นตามทิศทางและเป้าหมายของกองทุน ซึ่งจะแสดงรายละเอียดของเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด แผน และกรอบงบประมาณในระยะเวลา 5 ปี โดยเป็นเอกสารหลักสำหรับการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี โดยแผนหลักจะมีการจัดทำทุก 5 ปี และอาจทบทวนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ได้ทุกปี

**แผนการดำเนินงานประจำปี** หมายถึง แผนการดำเนินงานของกองทุนตามมาตรา 21 (2) ที่จัดทำขึ้นตามแผนหลัก ซึ่งจะแสดงรายละเอียดของ เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด แผน กลุ่มงาน และงบประมาณภายในระยะเวลา 1 ปี รวมทั้งกรอบวงเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีที่จัดทำขึ้นตามข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี ผู้จัดการและผู้บริหารกองทุน จะร่วมกันพัฒนาสาระสำคัญของแผนการดำเนินงานประจำปี ซึ่งทั้งแผนหลักและแผนการดำเนินงานประจำปีจะต้องผ่านกระบวนการจัดประชุม รับฟังความคิดเห็น และข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการบริหารแผนและภาคีที่เกี่ยวข้องก่อนเสนอคณะกรรมการกองทุน พิจารณาเห็นชอบภายในเดือนสิงหาคมของทุกปี

**บทเฉพาะกาล (ข้อ 6)** แผนหลักที่บังคับใช้อยู่ในวันก่อนวันที่ข้อบังคับนี้ใช้บังคับ ให้ใช้บังคับได้ต่อไปจนถึงปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และการจัดทำแผนหลักเป็นระยะ 5 ปี ให้เริ่มจัดทำตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เป็นต้นไป และ **(ข้อ 7)** ทิศทางและเป้าหมายกองทุนที่ใช้บังคับอยู่ในวันก่อนวันที่ข้อบังคับนี้ใช้บังคับ ให้ใช้บังคับต่อไปจนถึงปีงบประมาณ พ.ศ. 2575 และการจัดทำทิศทางและเป้าหมายของกองทุนในระยะถัดไป ให้เริ่มจัดทำตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2576 เป็นต้นไป

<sup>102</sup> รายละเอียดตามข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2562 และข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565

## แผนประกอบการกำหนดงบประมาณเฉพาะกาลในข้อ 6 และข้อ 7 ของข้อบังคับกองทุน



### กระบวนการจัดทำแผน

สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการออกแบบกระบวนการและดำเนินการในการจัดทำแผนหลัก และแผนการดำเนินงานประจำปี ภายใต้การบริหารดูแลของผู้จัดการและผู้บริหารกองทุน โดยการจัดทำแผนการดำเนินงาน เริ่มตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึง กันยายน 2566 ตามรายละเอียด ดังนี้

### เดือนมีนาคม พ.ศ. 2565

1. ศึกษารวบรวมข้อมูลจากทีมวิชาการ (สนับสนุนการจัดทำข้อมูลทิศทางและเป้าหมาย 10 ปี) และเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดการวิเคราะห์สถานการณ์ทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม รวมถึงการขับเคลื่อนนโยบายที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพะ เพื่อเตรียมยก (ร่าง) กรอบนโยบายการจัดทำแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) และแผนการดำเนินงานประจำปี 2566
2. เสนอรอบแนวทาง และการเตรียมความพร้อมการจัดทำแผนหลัก และแผนการดำเนินงานประจำปี ให้ผู้จัดการและผู้บริหารกองทุนพิจารณา

## เดือนเมษายน พ.ศ. 2565

3. เสนอ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม รวมถึงการขับเคลื่อนนโยบายที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพ 2) (ร่าง) กรอบนโยบาย และข้อเสนอวาระกลางการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ที่ประชุมผู้บริหาร เพื่อระดมสมองและให้ข้อเสนอแนะแนวทางการจัดทำแผนหลัก และแผนการดำเนินงานประจำปี พร้อมพิจารณาข้อเสนอวาระกลาง 3) (ร่าง) กรอบนโยบาย และข้อเสนอวาระกลาง ที่ผ่านการระดมความเห็นจากที่ประชุมผู้บริหาร นำเสนอที่ประชุมคณะกรรมการที่ปรึกษาสำนักงาน ให้ความเห็นข้อเสนอแนะ
4. เสนอ (ร่าง) กรอบนโยบายแนวทางการจัดทำแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) แผนการดำเนินงานและข้อเสนอวาระกลางประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ที่ประชุมคณะกรรมการกองทุนเพื่อพิจารณาเห็นชอบ

## เดือนพฤษภาคม -กรกฎาคม พ.ศ.2565

5. ส่งมอบกรอบนโยบายแนวทางการจัดทำแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) แผนการดำเนินงานและข้อเสนอวาระกลางประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 และผลการวิเคราะห์ห่วงโซ่ผลลัพธ์ตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ให้กับสำนัก/ฝ่าย เพื่อจัดทำ (ร่าง) แผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) และแผนการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. 2566 ร่วมกับคณะกรรมการบริหารแผนและภาควิทยาศาสตร์
6. คณะกรรมการบริหารแผนเห็นชอบ (ร่าง) แผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) และแผนการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. 2566

## เดือนสิงหาคม พ.ศ.2565

7. จัดการประชุมพิจารณารับฟังความเห็นต่อ (ร่าง) แผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) และแผนการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. 2566 ที่คณะกรรมการบริหารแผน และผู้บริหารพิจารณาเห็นชอบ ภายในสัปดาห์สุดท้าย ของ เดือนสิงหาคม
8. เสนอคณะกรรมการกองทุนพิจารณา

## เดือนกันยายน พ.ศ.2565

9. งานบรรณาธิการและดำเนินการจัดพิมพ์เล่มแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) และแผนการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. 2566

# ห่วงโซ่ผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพ (Chain of Outcome for Health Promotion)

## ห่วงโซ่ผลลัพธ์การลดอัตราการบริโภคยาสูบ (CoOI)

### มาตรการ/กิจกรรม

#### D1 ติดตามเกี่ยวกับการบริโภคยาสูบและนโยบายควบคุมยาสูบ (Monitor)

- D1.1 ผลัดกันเฝ้าระวังระดับการบริโภคยาสูบตามกรอบ FCTC
- D1.2 บูรณาการการทำงานระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคม
- D1.3 พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายด้านการควบคุมยาสูบ ทั้งในระดับส่วนกลางภูมิภาคท้องถิ่น และชุมชน
- D1.4 พัฒนาระบบเฝ้าระวัง-วิจัย ควบคุมกำกับติดตามประเมินการควบคุมยาสูบ

C1 C2 C3 C4

#### D2 ปกป้องประชาชนจากควันบุหรี่ (Protect & Raise)

- D2.1 ออกกฎหมายและบังคับใช้กฎหมายที่ทำงาน และสถานที่สาธารณะปลอดควันบุหรี่
- D2.2 สื่อสาร/รณรงค์เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ พฤติกรรม และค่านิยมเพื่อไม่ให้มีการสูบบุหรี่ในบ้าน
- D2.3 สนับสนุนให้เกิดมาตรการรณรงค์ในการควบคุมยาสูบ
- D2.4 ปรับปรุงโครงสร้างทางยาสูบ
- D2.5 มาตรการลดผลกระทบต่อชาวไร่ยาสูบ และสนับสนุนการปลูกพืชทดแทนในยาสูบ

C1 C2 C3 C4

#### D3 ให้ความช่วยเหลือในการเลิกใช้ยาสูบ (Offer)

- D3.1 ผลัดกันเฝ้าระวังการบำบัดรักษาการติดยาสูบ
- D3.2 สร้างเครือข่ายเพื่อการบำบัดรักษาผู้ติดยาสูบในสถานบริการทุกระดับ และเครือข่ายภาคประชาชน
- D3.3 พัฒนาศักยภาพระบบบริการเลิกยาสูบ และสายเลิกบุหรี่โดยเน้นกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคหัวใจโรคนิ่ว อัมพาต

C4

#### D3 เตือนให้ตระหนักถึงพิษภัยของยาสูบ (Warn & Enforce)

- D4.1 ส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ทาง พิษภัย และผลกระทบจากยาสูบ
- D4.2 สร้างเครือข่ายควบคุมยาสูบในสถานศึกษา บ้าน และชุมชน
- D4.3 ส่งเสริมให้เกิดพื้นที่ปลอดควันบุหรี่ของเยาวชนทั้งในสถานศึกษาและชุมชน
- D4.4 เฝ้าระวังและเผยแพร่ข้อมูลของผลิตภัณฑ์ยาสูบ และกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ
- D4.6 สื่อสารรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโทษ พิษภัยยาสูบ และรู้เท่าทันกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ
- D4.7 De-Normalization บุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า
- D4.8 สื่อสารเชิงบวก, สร้าง Influencer, Change Agent
- D4.9 สนับสนุนการพัฒนากลุ่มที่กระตือรือร้นในการลดผลิตภัณฑ์สูบขี้ยาสูบรูปแบบต่างๆ
- D4.10 เฝ้าระวัง และบังคับใช้กฎหมายการรณรงค์ผลิตกับยาสูบรูปแบบต่างๆ

C1 C2 C3 C4

### ปัจจัยที่ส่งผลต่อตัวกำหนดสุขภาพ

#### C1 การป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคยาสูบรายใหม่และลดผู้บริโภคนิโคตินเดิม

- รวมทั้งผู้ประจักษ์ทั้งภาคธุรกิจ ยาสูบทั้งทางตรงและทางอ้อม

B1

#### C2 ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมยาสูบ (Tobacco Control Literacy) ที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

B1 B2 B3

#### C3 พื้นที่ปลอดควันบุหรี่ หรือสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการสูบบุหรี่ ทั้งในส่วนที่กฎหมายกำหนด และ คาบบริบทของชุมชน องค์กร และครอบครัว

B2

#### C4 พัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่าย ทั้งในระดับ ส่วนกลาง ภูมิภาค ควบคุมยาสูบ โดยเฉพาะด้านการเฝ้าระวัง ให้มีการปฏิบัติตามกฎหมาย และบริการเลิกบุหรี่

B1 B3

### ตัวกำหนดสุขภาพ

#### B1 พฤติกรรมการบริโภคยาสูบ

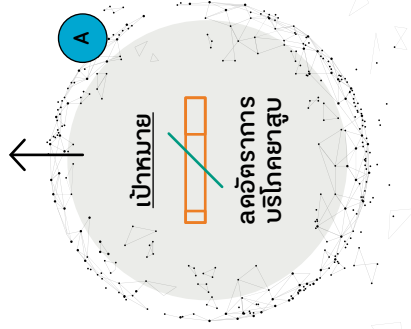
- B1.1 นักสูบหน้าใหม่
- B1.2 ผู้สูบบุหรี่

#### B2 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ \*

#### B3 สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ \*\*

- \* สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ครอบคลุมนโยบาย กฎหมาย ระบบ ระบบภาษี และระบบบริการเลิกบุหรี่
- \*\* สิ่งแวดล้อมทางสังคมครอบคลุมกลุ่มแหล่งต่างๆ เครือข่ายทางสังคม/ชุมชน

### ภาวะความเจ็บป่วยที่เป็นผลมาจากการบริโภคยาสูบลดลง



มาตรการ/กิจกรรม | ปัจจัยที่ส่งผลต่อตัวกำหนดสุขภาพ | ตัวกำหนดสุขภาพ | สุขภาพ

**D1** ควบคุมการเข้าถึงทางเศรษฐศาสตร์และทางกายภาพ

- D1.1 พัฒนาแนวทาง/แนวปฏิบัติ เพื่อควบคุมจุดจำหน่าย
- D1.2 พัฒนาระบบการกำกับงานเพื่อการควบคุมการเข้าถึงของกลุ่มเปราะบาง (เด็กและเยาวชน ผู้สูงอายุ ฯลฯ) เช่น การกำหนดอายุผู้ซื้อ-ผู้ขาย
- D1.3 การกำหนดพื้นที่ปลอดบุหรี่ พื้นที่ห้ามขาย-ห้ามดื่ม/ห้ามเล่น
- D1.4 สนับสนุนแนวทางการขึ้นภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- D1.5 สนับสนุนมาตรการต่างๆ ด้านราคา เพื่อลดการเข้าถึงและลดการอุปโภคบริโภค และข้อกีดขวางทางการค้า **C1**

**D2** ปรับเปลี่ยนค่านิยมและลดแรงสนับสนุนในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- D2.1 การสื่อสาร สร้างความตระหนัก เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ป้องกันหน้าใหม่
- D2.2 ใช้การโฆษณาและการส่งเสริมการขาย การกระตุ้นการเข้าถึง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์/สิ่งเสพติด/พินัน
- D2.3 ส่งเสริมการรู้เท่าทันกลยุทธ์การโฆษณาและสื่อสารการตลาดของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/สิ่งเสพติด/พินัน **C2**
- D2.4 พัฒนาศักยภาพและขยายเครือข่ายนิรภัย

**D3** ลดอันตรายจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สิ่งเสพติด และการพนัน

- D3.1 สนับสนุนการควบคุมพฤติกรรมการดื่ม/เล่น การดื่ม/เล่น การพัฒนาระบบ/ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
- D3.2 สนับสนุนการป้องกันและลดปัญหาหรือความเสียหายเนื่องจากผู้ใช้เครื่องดื่มสิ่งเสพติด
- D3.3 สนับสนุนการพัฒนาหลักเกณฑ์และระบบติดตามผลการบำบัด ผู้มีสุขภาพ
- D3.4 สนับสนุนการพัฒนาการบริการบำบัดรักษาทั้งในและนอกระบบบริการสุขภาพ **C3**

**D4** การจัดการปัญหาในระดับพื้นที่

- D4.1 พัฒนาระบบนโยบาย/มาตรการ/กฎหมาย/ข้อตกลงร่วม ระดับพื้นที่/ชุมชน
- D4.2 ขยายชุมชน สถานศึกษา สถานประกอบการ/อุตสาหกรรม ตลอดจนชุมชนออนไลน์ ควบคุมป้องกันเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สิ่งเสพติด พินัน
- D4.3 พัฒนาศักยภาพแกนนำ/คณะทำงานป้องกันแก้ไขปัญหา เช่น อุบัติเหตุ ความรุนแรงในครอบครัว
- D4.4 การขยายเครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหา เช่น อุบัติเหตุ ความรุนแรงในครอบครัว
- D4.5 ส่งเสริมกิจกรรม/พื้นที่สร้างสรรค์ เพิ่มทางเลือกเชิงบวก **C2 C4**
- D4.6 บูรณาการการทำงานร่วมกับเชิงประเด็น เอ็นพีพีพี และเชิงกลุ่มเป้าหมาย

**D5** การพัฒนาภาคีการจัดการและสนับสนุนที่เข้มแข็ง

- D5.1 พัฒนาระบบนโยบายสาธารณะ กฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สิ่งเสพติด พินัน
- D5.2 สนับสนุนภาคีการทำงานกับผู้ใช้กฎหมาย และมีส่วนร่วมกับภาคประชาสังคมในการบังคับใช้กฎหมาย
- D5.3 ศึกษาวิจัย พัฒนาระบบการสนับสนุนนโยบาย กฎหมาย มาตรการ แนวปฏิบัติ ตลอดจนสนับสนุนการสื่อสารสร้างความรู้ความเข้าใจ/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- D5.4 สนับสนุนการขับเคลื่อนงานของภาคีการจัดการร่วมระหว่าง 5-ระดับพื้นที่
- D5.5 กระตุ้น สนับสนุนบทบาทของงานเจ้าภาพหลัก สนับสนุนงานร่วมรับผิดชอบ ดำเนินการเมื่อการป้องกันควบคุม
- D5.6 จัดทำระบบฐานข้อมูล และเป็นประโยชน์แก่ภาคีการทำงาน นโยบาย มาตรการ การดำเนินงานป้องกันเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด **C1 C2 C3 C4**

**B1** พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/สิ่งเสพติด/พินัน

- B1.1 หน้าใหม่ โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชน
- B1.2 นักดื่มแบบอันตราย (Harmful drinker)/ผู้ติดสิ่งเสพติด/ผู้ติดพินัน

**B2** วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม

- B2.1 บรรทัดฐานทางสังคม (วิถีชุมชนจารีตประเพณี ข้อบัญญัติ กฎหมาย)
- B2.2 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย

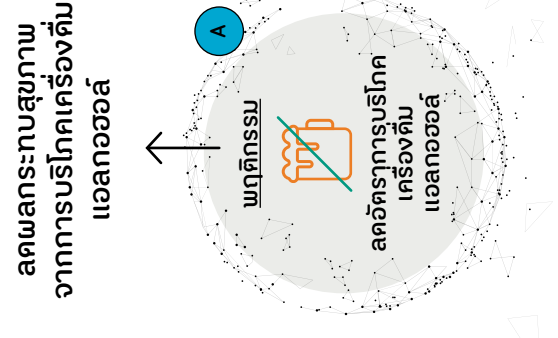
(Harmful Drinker หมายถึงผู้ที่ดื่มมากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไปและดื่มวันละมากกว่า 5 คมมาตรฐาน ผู้ติดสิ่งเสพติด/ผู้ติดพินัน หมายถึง ผู้ติดสิ่งเสพติด/เล่นพินัน ถึงขั้นที่ก่อให้เกิดปัญหาในชีวิต)

**C1** การควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และมาตรการด้านภาษี **B1 B2**

**C2** ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย **B1**

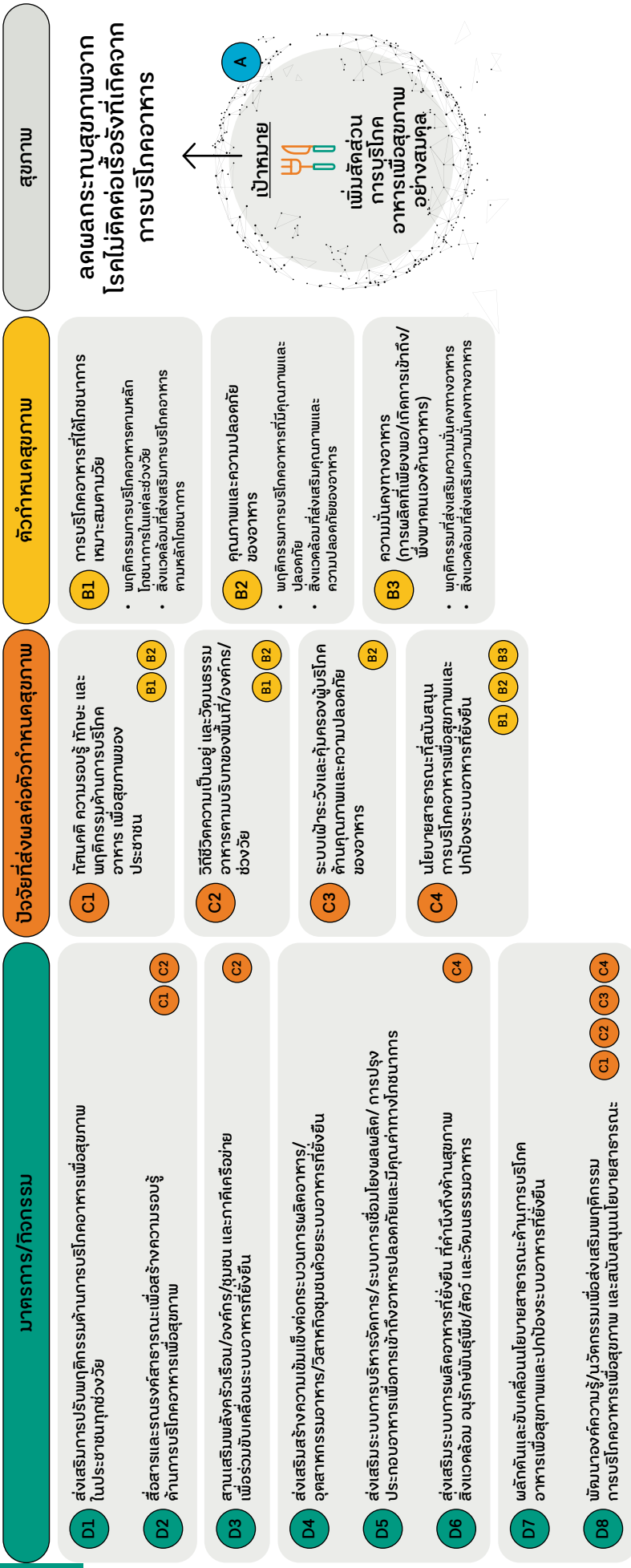
**C3** การลดอันตรายจากสิ่งเสพติด (Harm Reduction) **B1**

**C4** ศักยภาพของภาคีเครือข่ายระดับส่วนกลาง ภูมิภาค ท้องถิ่นและท้องถิ่น ในการจัดการป้องกันแก้ไขปัญา **B1 B2**

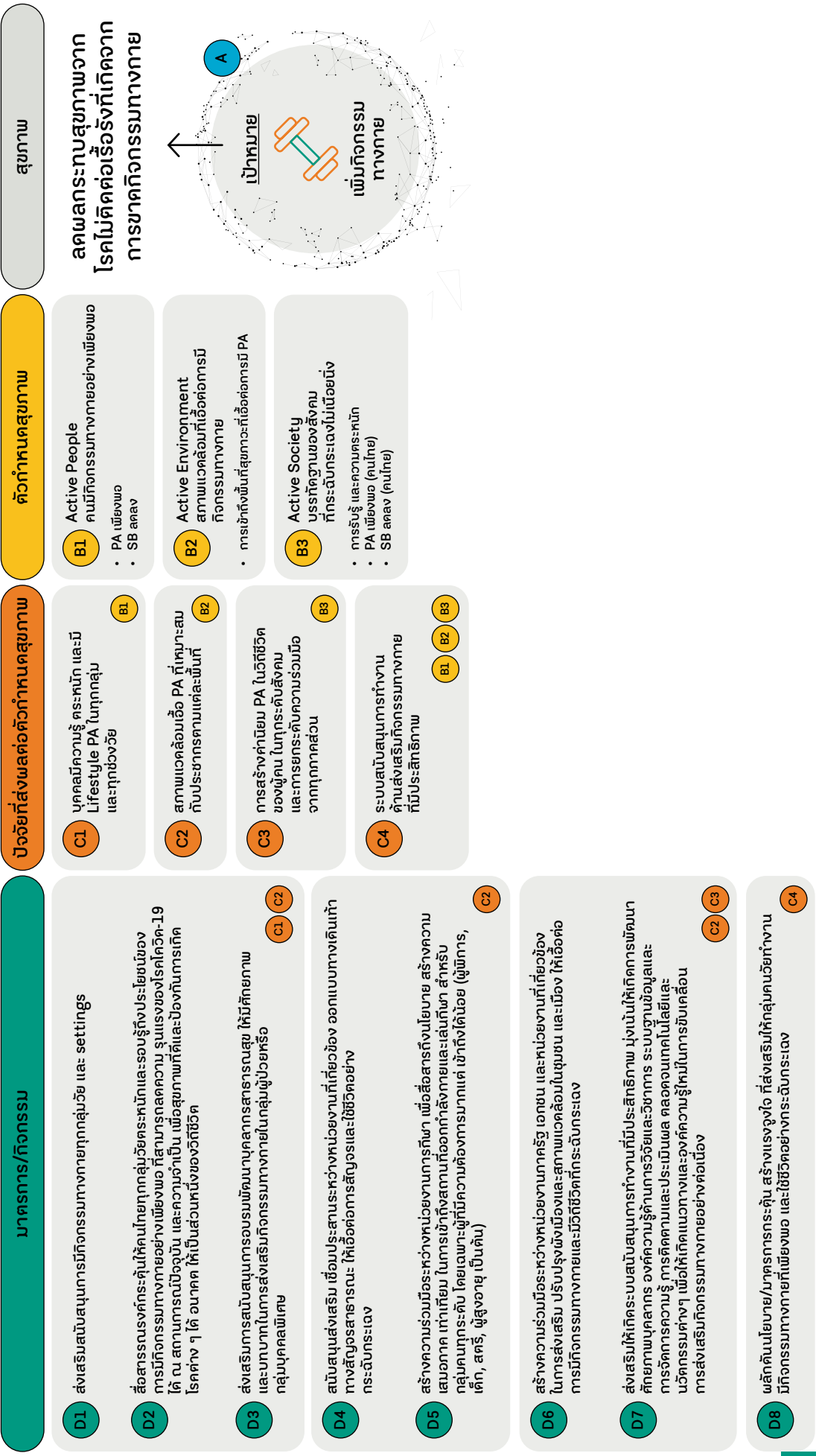




# หัวใจพัฒนาการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพอย่างสมดุลเพิ่มขึ้น (CoO3)



# ห่วงโซ่ผลลัพธ์ของการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ (CoO4)



- มาตรการ/กิจกรรม**
- D1 ส่งเสริมสนับสนุนการมีกิจกรรมทางกายทุกกลุ่มวัย และ settings
  - D2 สื่อสารรณรงค์กระตุ้นให้คนไทยทุกกลุ่มวัยตระหนักและรอบรู้ถึงประโยชน์ของการมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอที่สามารถลดความรุนแรงของโรคโควิด-19 ได้ ณ สถานการณ์ปัจจุบัน และความจำเป็น เพื่อสุขภาพที่ดีและป้องกันโรคเกิดโรคต่าง ๆ ได้ อนาคต ให้เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต
  - D3 ส่งเสริมการสนับสนุนการอบรมพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข ให้มีศักยภาพและบทบาทในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในกลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มบุคคลพิเศษ
  - D4 สนับสนุนส่งเสริม เชื่อมประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ออกแบบทางเดินเท้า ทางจักรยานสาธารณะ ให้เอื้อต่อการสัญจรและใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉง
  - D5 สร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสื่อสารถึงนโยบาย สร้างความเสมอภาค เท่าเทียม ในการเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกายและเล่นกีฬา สำหรับกลุ่มคนทุกกระชั้น โดยเฉพาะผู้ที่มีความต้องการมากแต่ เข้าถึงได้น้อย (ผู้พิการ, เด็ก, สตรี, ผู้สูงอายุ เป็นต้น)
  - D6 สร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการส่งเสริม ปรับปรุงผังเมืองและสภาพแวดล้อมในชุมชน และเมือง ให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายและมีวิถีชีวิตที่กระฉับกระเฉง
  - D7 ส่งเสริมให้เกิดระบบสนับสนุนการทำงานที่มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาศักยภาพบุคลากร องค์ความรู้ด้านการวิจัยและวิชาการ ระบบฐานข้อมูลและการจัดการความรู้ การติดตามและประเมินผล ตลอดจนเทคโนโลยีและนวัตกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดแนวทางและองค์ความรู้ใหม่ในการขับเคลื่อนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง
  - D8 ผลักดันนโยบาย/มาตรการกระตุ้น สร้างแรงจูงใจ ที่ส่งเสริมให้กลุ่มคนวัยทำงาน มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ และใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉง

- ปัจจัยที่ส่งผลต่อตัวกำหนดสุขภาพ**
- C1 บุคคลมีความรู้ กระทั่ง และ มี Lifestyle PA ในทุกกลุ่ม และทุกช่วงวัย
  - C2 สภาพแวดล้อมเอื้อ PA ที่เหมาะสมกับประชากรตามแต่ละพื้นที่
  - C3 การสร้างค่านิยม PA ในวิถีชีวิตของผู้คน ในทุกระดับสังคม และการยกระดับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน
  - C4 ระบบสนับสนุนการทำงานที่ส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่มีประสิทธิภาพ
- ตัวกำหนดสุขภาพ**
- B1 Active People คนมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ
    - PA เพียงพอ
    - SB สดขง
  - B2 Active Environment สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย
    - การเข้าถึงพื้นที่สาธารณะที่เอื้อต่อการมี PA
  - B3 Active Society บรรทัดฐานของสังคมที่กระฉับกระเฉงไม่น้อย
    - การรับรู้ และความตระหนัก
    - PA เพียงพอ (คนไทย)
    - SB สดขง (คนไทย)

**สุขภาพ**

ลดผลกระทบสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากการขาดกิจกรรมทางกาย



# ห้องใช้แพลตฟอร์มการตายจากทางถนน (CoO5)

## มาตรการ/กิจกรรม

## ปัจจัยที่ส่งผลต่อตัวกำหนดสุขภาพ

## ตัวกำหนดสุขภาพ

## สุขภาพ

### D1 เสริมสมรรถนะกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนทุกระดับ

- D1.1 พัฒนาระบบและมาตรการในระดับประเทศและพื้นที่ และการดำเนินงานตามนโยบายและมาตรการ ที่สอดคล้องกับสถานการณ์
- D1.2 เสริมความเข้มแข็งกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และระบบสนับสนุนทั้ง แผน งบประมาณ บุคลากร และระบบกำกับติดตาม
- D1.3 ผลักดันการตั้งเป้าหมายและติดตามประเมินผลการดำเนินงานของจังหวัด อำเภอ และ ตำบล ทั้งปีตามหลักตาย และความปลอดภัยสำคัญ โดยมุ่งเน้นพื้นที่เสี่ยง C1 C2

### D2 สนับสนุนให้เกิดขึ้นความปลอดภัยและแก้ไขจุดเสี่ยง

- D2.1 สนับสนุนระดับอำเภอ และ อบท. สำรวจจุดเสี่ยงและสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อ อุบัติเหตุทางถนน (Black Spot) พร้อมปรับปรุงแก้ไข
- D2.2 สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและการสืบสวนสาเหตุอุบัติเหตุทางถนน เพื่อพัฒนาข้อมูล/ระบบของจุดเสี่ยง และสื่อสารสาธารณะเพื่อผลักดันการแก้ไขและตรวจสอบ C2

### D3 ส่งเสริมยกระดับ “ยานพาหนะปลอดภัย” และการเข้าถึงถึงระบบขนส่งมวลชนปลอดภัย

- D3.1 จัดการความรู้ สื่อสารสาธารณะ เพื่อขับเคลื่อนนโยบาย “ยานพาหนะปลอดภัย” โดยเฉพาะรถจักรยานยนต์ รถโดยสารสาธารณะ รถบัส เรือยนต์ รถจักรยานยนต์ และรถจักรยานยนต์ C1 C2
- D3.2 ขับเคลื่อนให้มีระบบขนส่งมวลชนที่ปลอดภัยเข้าถึงง่าย และเป็นธรรมสำหรับทุกคน C1 C2

### D4 สนับสนุนพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัย และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย

- D4.1 สื่อสารสาธารณะยกระดับอุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสาธารณะ และความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและวัฒนธรรมความปลอดภัย และความรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มเด็กและเยาวชน สถานศึกษา สถานประกอบการ ครอบครัว ชุมชนท้องถิ่น
- D4.2 พัฒนาระบบขยายภาคีเครือข่ายสร้างความปลอดภัยทางถนน เน้นกลุ่มเด็กเยาวชน เยาวชน เยาวชนคนรุ่นใหม่ ภาคเอกชน เครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบ และจิตอาสา
- D4.3 สนับสนุนการบูรณาการการทำงานและเรียนรู้ร่วมกันทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และ ท้องถิ่น กลุ่มองค์กร หน่วยงาน ภาคประชาชน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่
- D4.4 แผนปฏิบัติการเพื่อลดการตายในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ และลดอุบัติเหตุทางถนน
- D4.5 ส่งเสริมการขับขี่ปลอดภัย วัฒนธรรมการทำงาน และเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน
- D4.6 พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศรองรับสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบาย การจัดการ ผู้ปฏิบัติงาน และสร้างการเรียนรู้ให้ประชาชน ชุมชนท้องถิ่น สังคม และผู้กำหนด นโยบาย C1 C2 C3 C4

### C1 นโยบายสาธารณะ: มาตรการทางถนนในทุกระดับ มีประสิทธิภาพ และมีมาตรการอย่างเสมอ

- C1.1 ผู้ใช้รถจักรยานยนต์, ผู้ขับขี่-วัยแรงงาน
- C1.2 จุดเสี่ยงบนท้องถนน (Black Spot) มาตรฐานยานพาหนะ: B1 B2

### C2 การจัดการความเสี่ยงสำคัญ พื้นที่เสี่ยง กลุ่มเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยง ด้วยการใช้กฎหมาย มาตรการทางสังคม และมาตรการหน่วยงาน/องค์กร/ชุมชน

- C2.1 ผู้ใช้รถจักรยานยนต์, ผู้ขับขี่-วัยแรงงาน
- C2.2 จุดเสี่ยงบนท้องถนน (Black Spot) มาตรฐานยานพาหนะ: B1 B2

### C3 ทัศนคติ ความรอบรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของประชาชนและสังคม ที่เอื้อต่อความปลอดภัย วัฒนธรรมความปลอดภัย ในการใช้รถใช้ถนน

- C3.1 ผู้ใช้รถจักรยานยนต์, ผู้ขับขี่-วัยแรงงาน
- C3.2 จุดเสี่ยงบนท้องถนน (Black Spot) มาตรฐานยานพาหนะ: B1 B2

### C4 ระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศกลางที่ประชาชนทั่วไปและผู้ปฏิบัติงานสามารถเข้าถึงได้ และนำไปใช้ในการสื่อสารและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

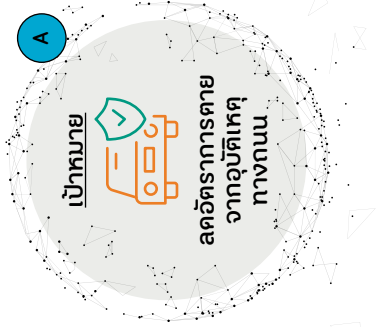
- C4.1 ผู้ใช้รถจักรยานยนต์, ผู้ขับขี่-วัยแรงงาน
- C4.2 จุดเสี่ยงบนท้องถนน (Black Spot) มาตรฐานยานพาหนะ: B1 B2

### B1 พฤติกรรมเสี่ยงสำคัญลดลง และพฤติกรรมความปลอดภัยเพิ่มขึ้น

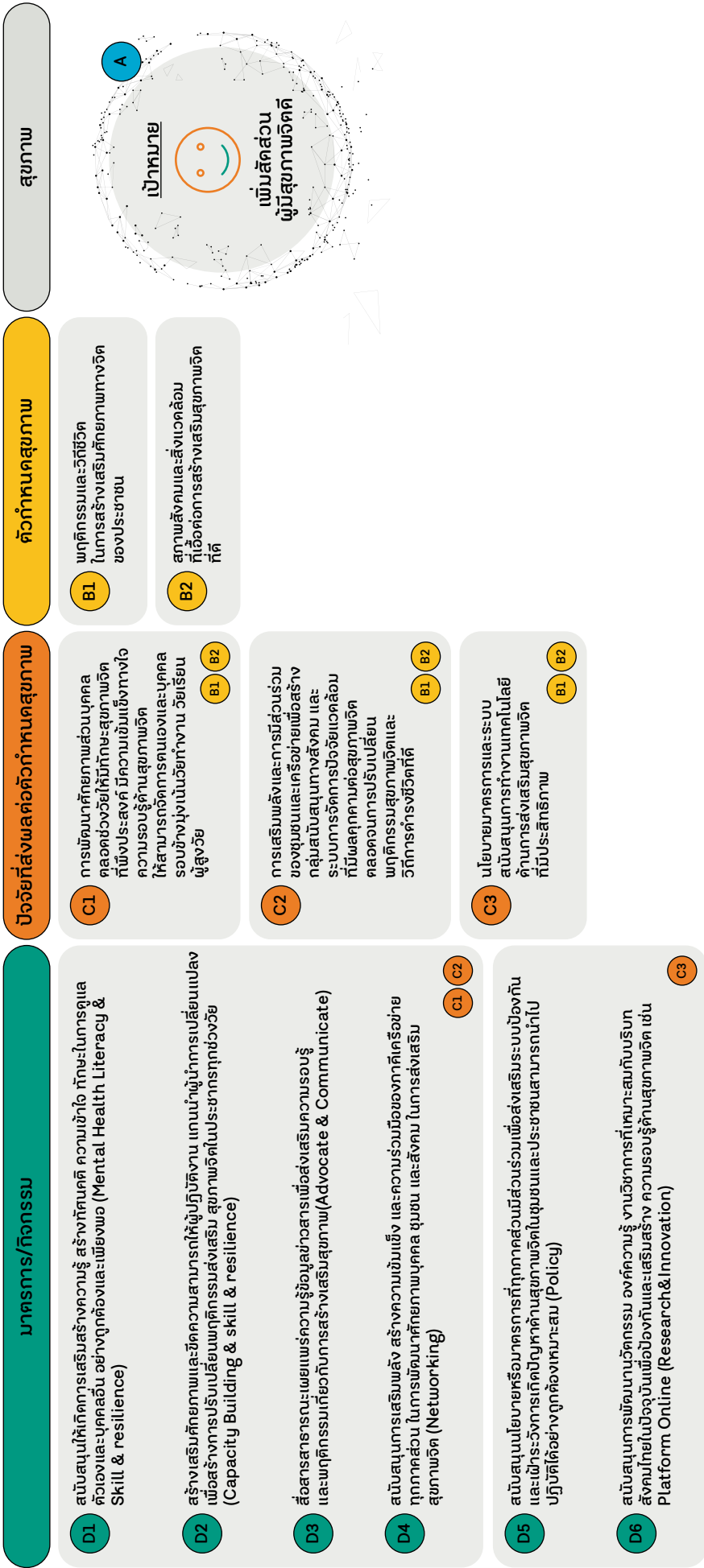
- B1.1 การตื่นตัวและพฤติกรรมที่ปลอดภัย
- B1.2 การสวมหมวกนิรภัยและการคาดเข็มขัดนิรภัย

### B2 สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน

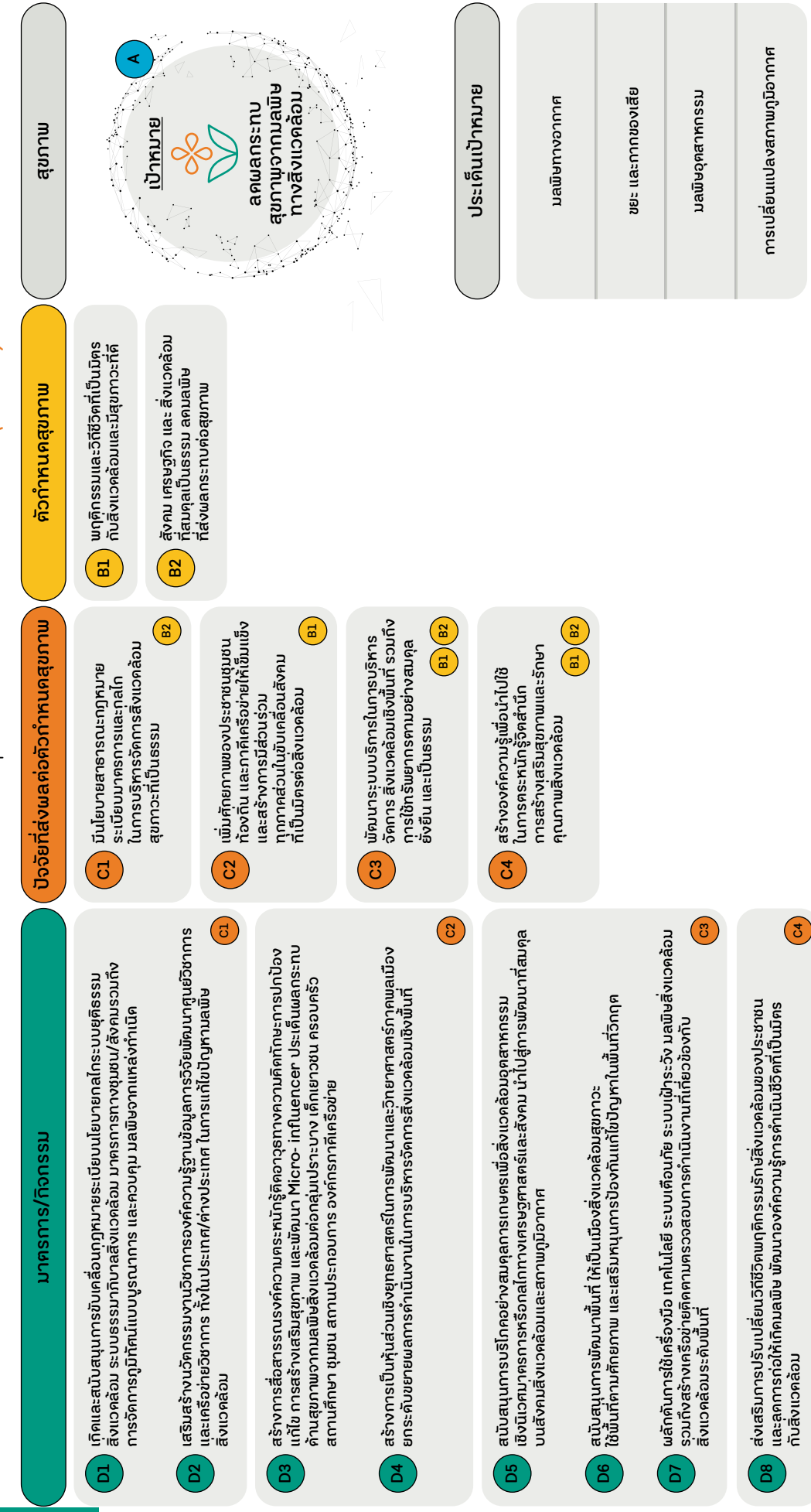
- B2.1 การบังคับใช้กฎหมาย
- B2.2 มาตรการทางสังคม/องค์กร/ท้องถิ่น-ชุมชน
- B2.3 จุดเสี่ยงบนถนน
- B2.4 ยานพาหนะ
- B2.5 ระบบขนส่งสาธารณะ



# หัวใจผลลัพธ์ของการเพิ่มสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตดี (CoO6)



# ห่วงโซ่ผลลัพธ์ของการลดผลกระทบสุขภาพด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม (CoO7)



ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ  
(ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2556 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 21 (3) แห่งพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 ประกอบกับมติคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในการประชุมครั้งที่ 1/2565 เมื่อวันที่ 20 มกราคม 2565 จึงออกข้อบังคับไว้ ดังต่อไปนี้

**ข้อ 1** ข้อบังคับนี้เรียกว่า “ข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565

**ข้อ 2** ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไป

**ข้อ 3** ให้ยกเลิกบทนิยามคำว่า “แผนหลัก” ในข้อ 4 ของข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2562 และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

**“แผนหลัก” (masterplan) หมายความว่า แผนการดำเนินงานของกองทุน**

ตามมาตรา 21 (1) ซึ่งจะแสดงรายละเอียดของเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด แผน และกรอบงบประมาณ ในระยะเวลา 5 ปี โดยเป็นเอกสารหลักสำหรับจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี”

**ข้อ 4** ให้ยกเลิกความใน (1) ของข้อ 6 ของข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2562 และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(1) ให้คณะกรรมการกำหนดให้มีการจัดทำทิศทางและเป้าหมายกองทุนที่มีรายละเอียดสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนและกิจการของกองทุนตามมาตรา 5 และมาตรา 9 (4) โดยให้จัดทำเป็นระยะเวลา 10 ปี และให้ทบทวนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ทุก 5 ปี และจัดทำฉบับใหม่ในปีที่ 10”



**ข้อ 5** ให้ยกเลิกความใน (1) ของข้อ 7 ของข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2562 และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(1) ให้ผู้จัดการจัดทำแผนหลักที่ประกอบด้วยแผนต่าง ๆ ที่มีรายละเอียดสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายของกองทุน และกรอบวงเงินงบประมาณประจำปีที่คุณคณะกรรมการกำหนด เพื่อขอความเห็นชอบต่อคณะกรรมการภายในเดือนสิงหาคมของปีพิจารณา โดยอาจทบทวนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ได้ทุกปี และให้จัดทำฉบับใหม่ทุก 5 ปี โดยให้นำผลการประเมินตามข้อ 17 มาประกอบการพิจารณาด้วย”

**ข้อ 6** ให้ยกเลิกความใน (1) ของข้อ 8 ของข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2562 และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(1) ให้ผู้จัดการและคณะกรรมการบริหารแผนร่วมกันจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีให้สอดคล้องกับเป้าหมายตามแผนหลัก ภายใต้กรอบวงเงินงบประมาณประจำปีที่คุณคณะกรรมการกำหนด เพื่อเสนอให้คณะกรรมการพิจารณาเห็นชอบภายในเดือนสิงหาคมของทุกปี”

**ข้อ 7** แผนหลักที่ใช้บังคับอยู่ในก่อนวันที่ข้อบังคับนี้ใช้บังคับ ให้ใช้บังคับได้ต่อไปจนถึงปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และจัดทำแผนหลักเป็นระยะ 5 ปี ให้เริ่มจัดทำตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เป็นต้นไป

**ข้อ 8** ทิศทางและเป้าหมายของกองทุนที่ใช้บังคับอยู่ในวันก่อนวันที่ข้อบังคับนี้ใช้บังคับ ให้ใช้บังคับต่อไปจนถึงปีงบประมาณ พ.ศ. 2575 และการจัดทำทิศทางและเป้าหมายของกองทุนในระยะถัดไป ให้เริ่มจัดทำตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2576 เป็นต้นไป

**ข้อ 9** ให้ประธานกรรมการเป็นผู้รักษาการตามข้อบังคับนี้

ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามข้อบังคับนี้ ให้ประธานกรรมการมีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดและให้คำวินิจฉัยนั้นเป็นที่สุด

ประกาศ ณ วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2565

นายอนุทิน ชาญวีรกูล

รองนายกรัฐมนตรี

ประธานกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สสส. ได้กำหนดนโยบายการกำกับดูแลกิจการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล เพื่อเป็นมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติให้บุคลากรของ สสส. ปฏิบัติงานอย่างมีคุณธรรม เปิดเผย โปร่งใส และปราศจากการทุจริตโดยยึดถือปฏิบัติควบคู่กับการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และข้อบังคับอื่น ๆ ที่เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล ดังนี้

### 1. หลักความเปิดเผยโปร่งใส (Transparency)

สสส. มีการเปิดเผยข้อมูลขององค์กรในรูปแบบที่สาธารณชนสามารถเข้าใจได้และเข้าถึงได้อย่างเสรีในทุกขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมหรือกระบวนการต่าง ๆ ขององค์กร รวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการจัดทำแผนซึ่งมีการเปิดเผยข้อมูลในแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน และมีการประชาสัมพันธ์แจ้งให้สาธารณชนทราบล่วงหน้า

### 2. หลักการรับผิดชอบตรวจสอบได้ (Accountability)

สสส. มีการดำเนินการกำหนดเป้าหมายเกณฑ์ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่ชัดเจน และมีกระบวนการสื่อสารถึงแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องต่อการวางแผนยุทธศาสตร์ พร้อมทั้งชี้แจงผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบ เพื่อนำข้อเสนอแนะมาพัฒนา/ปรับปรุงกระบวนการดำเนินงาน

### 3. หลักการมีส่วนร่วม (Participation)

สสส. มีกระบวนการสื่อสารถึงแนวทางปฏิบัติส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมในการวางแผนยุทธศาสตร์ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ โดยได้มีการกำหนดกรอบระยะเวลา/ช่องทางการมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนในหลายช่องทาง รวมทั้งมีการเปิดให้ตัวแทนของกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียได้มีโอกาสรับรู้และมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในกระบวนการวางแผนตามความเหมาะสม และมีการรายงานผลการดำเนินการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ เพื่อนำข้อเสนอแนะมาพัฒนา/ปรับปรุงกระบวนการดำเนินงาน

### 4. หลักนิติธรรม (The Rule of Laws)

สสส. ได้มีการกำหนดหลักการ/แนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนยุทธศาสตร์ และมีการดำเนินงานตามกระบวนการ/ขั้นตอนการวางแผนยุทธศาสตร์ พร้อมทั้งมีการติดตาม ตรวจสอบ และรายงานผลการดำเนินงาน รวมถึงมีการสื่อสารถึงแนวทางปฏิบัติตามหลักนิติธรรมให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ

### 5. หลักจริยธรรมและความถูกต้องชอบธรรม (Ethical Conduct and Integrity)

สสส. ให้ความสำคัญต่อการยึดมั่นในหลักจริยธรรมและความถูกต้องชอบธรรม ในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากร สสส. และส่วนที่เกี่ยวข้องในทุก ๆ กระบวนการ

### 6. หลักการปลอดจากการขัดกันของผลประโยชน์ (Free of Conflict of Interests)

สสส. มีการกำหนดหลักการ/แนวทางปฏิบัติ การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนในการวางแผนยุทธศาสตร์ และมีการติดตามตรวจสอบการดำเนินการในการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์อย่างชัดเจน พร้อมทั้งมีกระบวนการสื่อสารถึงแนวทางปฏิบัติในการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนในกระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ

## 7. หลักประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Efficiency and Effectiveness)

สสส. มีกระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ การดำเนินการพิจารณาหรือกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน ภายใต้การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ไม่ว่าจะเป็นด้านทรัพยากรบุคคล เทคโนโลยี ทรัพยากรทางการเงิน และสภาพแวดล้อม และมีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลสูงสุด

นอกเหนือจากการดำเนินงานตามหลักธรรมาภิบาลในการจัดทำแผนข้างต้น ในการดำเนินงานตามพันธกิจของ สสส. จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือและสร้างการมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วน จึงมีผลกระทบต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายกลุ่ม ดังนั้น สสส. จึงกำหนดนโยบายต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อเป็นการแสดงเจตนาธรรมและภาระรับผิดชอบในการดำเนินงานเพื่อให้สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยมีนโยบายที่สำคัญ ดังนี้

- นโยบายต่อประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีตามวัตถุประสงค์ของกองทุนอย่างทั่วถึง ทันกาลและมีประสิทธิภาพคุ้มค่า โดยดำเนินการอย่างเปิดเผย รับฟังและสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ
- นโยบายต่อหน่วยงานที่กำกับดูแลและสนับสนุนการดำเนินงาน กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ตอบสนองตามวัตถุประสงค์ของกองทุนอย่างโปร่งใส สร้างการมีส่วนร่วม มีความสอดคล้องกับนโยบายของรัฐ เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพตามวิสัยทัศน์ขององค์กร จัดกระบวนการทำงานและการใช้จ่ายงบประมาณให้เป็นไปอย่างประหยัด ถูกต้อง ปลอดภัยจากการขัดกันของผลประโยชน์ ครบถ้วนตามระเบียบ มีประสิทธิภาพ คุ้มค่า ทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมและตอบสนองวัตถุประสงค์ โดยให้มีการทบทวนปรับปรุงและพัฒนาระบบงานด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งจัดให้มีการกำกับติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผล และรายงานผล เพื่อแสดงความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจและสังคม อย่างโปร่งใส ตรวจสอบได้
- นโยบายต่อภาคีเครือข่าย เปิดโอกาสและอำนวยความสะดวกให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำงานกับ สสส. ได้โดยสะดวก และเป็นธรรม เปิดเผย รับฟัง สื่อสาร สร้างความเข้าใจร่วมกัน และให้ความร่วมมือในการเสริมสร้างสุขภาพตามวัตถุประสงค์ของกองทุน จัดการสนับสนุนด้านวิชาการและทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างขีดความสามารถในการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของกองทุนโดยมีหลักเกณฑ์การพิจารณาที่ชัดเจน โปร่งใส ตรวจสอบได้ รวมทั้งจัดให้มีการติดตาม ประเมินผล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อพัฒนาการดำเนินงานร่วมกันให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างต่อเนื่อง
- นโยบายต่อบุคลากรของ สสส. มุ่งดูแลให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จอย่างเต็มศักยภาพ มีขวัญกำลังใจ และคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี โดยจัดโครงสร้างและระบบบริหารงานที่ดี เปิดเผย รับฟังและสื่อสารข้อมูลข่าวสารความรู้ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากร ยึดหลักของธรรมาภิบาล และระบบคุณธรรมอย่างเคร่งครัดในการบริหารทรัพยากรบุคคล จัดให้มีการพัฒนาทรัพยากรบุคคลให้มีทักษะความรู้ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน รวมถึงการเสริมสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน ความภาคภูมิใจในองค์กร และยึดมั่นในอุดมการณ์ร่วมกัน







99/8 อาคารศูนย์วิจัยรัฐสุภากะ  
ซอยงานดูพลี แขวงทุ่งนาคาเมว เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120  
0 2343 1500

[thaihealth.or.th](http://thaihealth.or.th)