แผนการดำเนินงานประจำปี 2566
กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

โดย

สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สารบัญ

หน้า

บทที่ 1	**ภาพรวมแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565**		1
	1	กรอบนโยบายและแนวทางการจัดทำแผนดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	1
	2	นโยบายและการบริหาร การกำกับติดตามและประเมินผล และการบริหารความเสี่ยง	4
	3	การบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ	7
	4	คำแถลงประกอบงบประมาณแสดงฐานะและนโยบายทางการเงิน ตามแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	9
บทที่ 2	**รายละเอียดแผนการดำเนินงาน**		16
	1	แผนควบคุมยาสูบ	17
	2	แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	29
	3	แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม	46
	4	แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	67
	5	แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ	79
	6	แผนสุขภาวะชุมชน	101
	7	แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	110
	8	แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร	119
	9	แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	127
	10	แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา	139
	11	แผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะ	156
	12	แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	173
	13	แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	181
	14	แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ	192
	15	แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ	200
	16	งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน	211
	17	งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง	218
บรรณานุกรม			
ภาคผนวก			221
	1	กรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่และลูกจ้าง สสส. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	223
	2	ข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565	224
	3	การดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	226
	4	การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ	228

คำนำ

พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 มาตรา 21 (2) กำหนดให้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีซึ่งประกอบด้วยเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด แผน กลุ่มแผนงาน และงบประมาณประจำปี ในระยะเวลา 1 ปี รวมถึงข้อบังคับว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. 2565 ที่กำหนด ให้ผู้จัดการและคณะกรรมการบริหารแผนร่วมจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีให้สอดคล้องกับเป้าหมายตามแผน ภายใต้วงเงินงบประมาณประจำปีที่คณะกรรมการกำหนด และเสนอต่อคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพพิจารณาเห็นชอบ ภายในเดือนสิงหาคมของทุกปี

แผนการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. 2566 เป็นแผนการดำเนินงานปีแรกของแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) ภายใต้ทิศทางและเป้าหมายกองทุน ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ของกองทุนฯ ประกอบด้วยแผนการดำเนินงานประจำปี 15 แผน พร้อมทั้งแผนงานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง รวมทั้งแผนงานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน โดยให้ความสำคัญกับความสอดคล้องของนโยบายและยุทธศาสตร์ของประเทศ นโยบายปฏิรูปและการพัฒนาประเทศในด้านที่เกี่ยวข้อง และแนวนโยบายการจัดทำแผนฯ ของคณะกรรมการกองทุนฯ รวมทั้งคำนึงถึงประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะที่ดีของประชาชน เช่นผลกระทบจากการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา-2019 การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีดิจิทัล การเข้าสู่สังคมสูงวัย เป็นต้น ทั้งนี้ ในการจัดทำแผนดำเนินงานประจำปี สำนักงานได้ให้ความสำคัญกับดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาล เน้นความโปร่งใสตรวจสอบได้ การมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้เสีย พร้อมทั้งมีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่ชัดเจนเพื่อสร้างประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงาน พร้อมทั้งรายละเอียดของคำแถลงประกอบงบประมาณประจำปีที่สอดคล้องกับการดำเนินงานตามข้อบังคับกองทุนฯ

สำนักงานขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ภาคีเครือข่าย และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. 2566 เพื่อใช้เป็นแนวทางการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกันตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเพื่อประโยชน์แก่คนไทยทุกคนต่อไป

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สิงหาคม 2565

บทที่ 1 ภาพรวมแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

การจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. 2565 ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จัดทำขึ้นภายใต้ข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2562 ตามความในมาตรา 21 (3) แห่งพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 เพื่อใช้เป็นแผนการดำเนินงานของกองทุนซึ่งจะแสดงรายละเอียดของเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด แผน กลุ่มแผนงาน และงบประมาณในระยะเวลา 1 ปี โดยมีภาพรวมการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ดังนี้

1. กรอบนโยบายและแนวทางการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีพันธกิจหลักตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดในมาตรา 5 ของพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.2544 ซึ่งได้กำหนดบทบาทของกองทุนฯ ไว้ 6 ข้อ ดังนี้

1. ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในประชากรทุกวัยตามนโยบายสุขภาพแห่งชาติ
2. สร้างความตระหนักเรื่องพฤติกรรมการเสี่ยงจากการบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสาร หรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ และสร้างความเชื่อในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชากรทุกระดับ
3. สนับสนุนการรณรงค์ให้ลดบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสารหรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ ตลอดจนให้ประชาชนได้รับรู้ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
4. ศึกษาวิจัยหรือสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย ฝึกอบรม หรือดำเนินการให้มีการประชุมเกี่ยวกับการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
5. พัฒนาความสามารถของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชน หรือองค์กรเอกชน องค์กรสาธารณประโยชน์ ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ
6. สนับสนุนการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพผ่านกิจกรรมต่างๆ ในลักษณะที่เป็นสื่อเพื่อให้ประชาชนสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์และลดบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสารหรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ

จากวัตถุประสงค์ทั้ง 6 ข้อนี้ เมื่อพิจารณาร่วมกับคำนิยามตามมาตรา 3 แล้ว สามารถสรุปออกมาเป็นเป้าประสงค์ได้ 6 ข้อดังต่อไปนี้

1. สานและเสริมพลังการดำเนินงานของหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง และภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม เพื่อให้บรรลุผลการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด การลดอุบัติเหตุจราจรและอุบัติภัย และสร้างสุขนิสัยในการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารสุขภาพ
2. พัฒนากลไกที่จำเป็นสำหรับการลดปัจจัยเสี่ยงนอกเหนือจากเป้าประสงค์ที่ 1 โดย สสส.ลงทุนแต่น้อยในส่วนที่จำเป็นและก่อให้เกิดผลกระทบสูง และสร้างขีดความสามารถของบุคคลที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะโดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก เยาวชน และกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ
3. เพิ่มขีดความสามารถเชิงสถาบันและส่งเสริมบทบาทของชุมชนและองค์กร ในการพัฒนาสุขภาวะองค์รวมหรือแก้ไขปัญหาสำคัญของตน โดยพัฒนากระบวนการต้นแบบ และกลไกขยายผลเพื่อมุ่งพัฒนาสังคมสุขภาวะในระยะยาวอย่างยั่งยืน

4. สร้างค่านิยมและโอกาสการเรียนรู้ในการสร้างเสริมสุขภาวะให้เกิดขึ้นในสังคมไทย สังคมให้ความร่วมมือกับการรณรงค์เพื่อบรรลุเป้าประสงค์อื่นๆ

5. ขยายโอกาสและพัฒนาศักยภาพในการสร้างนวัตกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาวะ

6. เพิ่มสมรรถนะระบบบริการและระบบสนับสนุนในการสร้างเสริมสุขภาวะ และเพิ่มประสิทธิภาพกลไกการบริหารจัดการ

จากแนวคิด ยุทธศาสตร์ และเป้าประสงค์ กองทุนฯ ได้จัดให้มีแผนการดำเนินงานของกองทุน เพื่อให้ตอบสนองต่อเป้าประสงค์ โดยแยกออกเป็นแผน 15 แผน ดังต่อไปนี้[1]

เป้าประสงค์ 1	แผน 1: แผนควบคุมยาสูบ แผน 2: แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด แผน 3: แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม แผน 9: แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย แผน 14: แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ
เป้าประสงค์ 2	แผน 4: แผนควบคุมปัจจัยเสียงทางสุขภาพ แผน 5: แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ แผน 7: แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว
เป้าประสงค์ 3	แผน 6: แผนสุขภาวะชุมชน แผน 8: แผนเสริมสร้างสุขภาวะในองค์กร
เป้าประสงค์ 4	แผน 10: แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา แผน 15: แผนเสริมสร้างความเข้าใจสุขภาวะ
เป้าประสงค์ 5	แผน 11: แผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะ
เป้าประสงค์ 6	แผน 12: แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ แผน 13: แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

การจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566

คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีมติเห็นชอบกรอบนโยบายและวาระกลางในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. 2566 เมื่อวันที่ 20 เมษายน 2565 โดยกรอบนโยบายในการจัดทำแผนมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

1. ใช้ทิศทางและเป้าหมายกองทุน ระยะ 10 ปี (พ.ศ.2565-2575) เป็นกรอบในการจัดทำแผนหลัก 5 ปี และแผนการดำเนินงานประจำปี โดยสอดคล้องกับแนวนโยบายในการปฏิรูปสังคม เศรษฐกิจตามทิศทางของยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ และให้ความสำคัญกับการกำหนดห่วงโซ่ผลลัพธ์ของเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ รวมถึงการใช้กลไกการกำกับ ติดตาม และประเมินผลที่มีประสิทธิภาพควบคู่กันไป

2. สร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดด ด้วยการขยายผลต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพ เร่งความสำเร็จของแผนเชิงพื้นที่ องค์กร และกลุ่มประชากร สามารถนำต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพมาขยายผล

[1] งานของ สสส.ในแต่ละแผนมีลักษณะที่ตอบสนองไม่เพียงต่อเป้าประสงค์ใดประสงค์หนึ่ง แต่สามารถตอบสนองได้หลายเป้าประสงค์ ตารางนี้แสดงถึงความสัมพันธ์ของแต่ละแผนที่ตอบสนองต่อเป้าประสงค์หลักเท่านั้น ซึ่งในทางปฏิบัติแต่ละแผนงานนั้นอาจตอบเป้าประสงค์อื่นๆ ด้วย

การดำเนินงาน ผ่านการผลักดันนโยบาย กระบวนการเรียนรู้ และการสื่อสารที่มีประสิทธิผลและยั่งยืน โดยให้คำนึงถึงพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร

ทั้งนี้ จากบทเรียนและการทำงานที่ผ่านมาของ สสส. สามารถให้นิยามการสร้างผลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดดได้ 3 รูปแบบ ดังนี้

(1) แนวดิ่ง การยกระดับเชิงนโยบาย โดยการนำองค์ความรู้ กลไก ที่ถูกนำไปใช้ประโยชน์และประเมินผลแล้วมาสนับสนุนให้เกิดกฎหมาย นโยบาย หรือสื่อสารในวงกว้าง เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สภาพแวดล้อม หรือวัฒนธรรมทางสุขภาพ

(2) แนวราบ การขยายผล (critical mass) โดยการนำองค์ความรู้ กลไก ที่ถูกนำไปใช้ประโยชน์และประเมินผลแล้ว ไปขับเคลื่อนงานในมิติต่างๆ เช่น การขับเคลื่อนกลไกให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือสภาพแวดล้อมทางสุขภาพในพื้นที่เป้าหมาย หรือในกลุ่มประชากร หรือการร่วมทุน เป็นต้น โดยมียุทธศาสตร์กำกับการทำงาน

(3) เทคโนโลยีดิจิทัล การลดข้อจำกัดในการทำงาน เช่น ต้นทุน ระยะเวลา การเดินทาง เป็นต้น ในการเข้าถึงแหล่งทุน ข้อมูลสุขภาพ หรือกลไกต่างๆ ในการสร้างเสริมสุขภาพ

โดยทั้ง 3 รูปแบบต้องอยู่บนพื้นฐานของประสิทธิภาพและความยั่งยืน โดยเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่แม้ สสส. จะไม่ได้ร่วมดำเนินงานหรือให้ทุนแล้ว แต่ประชาชนหรือผู้รับประโยชน์ตามกลุ่มเป้าหมายก็ยังมีพฤติกรรมเช่นนั้นอยู่เพราะเห็นประโยชน์ที่เกิดขึ้นต่อตนเอง ชุมชน และสังคม

3. สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยคำนึงถึงการใช้ประโยชน์ และไม่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำในกลุ่มประชากร เพื่อสร้างและรองรับการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านการเรียนรู้ การสื่อสาร การจัดการ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อสร้างเสริมสุขภาพในยุคดิจิทัล

4. ให้ความสำคัญกับผลกระทบต่อเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอุบัติใหม่ ที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม วิถีชีวิตและสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบาง ให้มีความพร้อมสามารถรับมือกับวิกฤติการณ์ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม

5. ยกระดับการพัฒนาศักยภาพ และการเชื่อมโยงเครือข่ายการทำงาน เพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ ระดับชาติและสากล ทั้งในเชิงผลักดันนโยบาย การประสานทรัพยากร และงานวิชาการ ส่งเสริมบทบาทนำ ภาพลักษณ์ และความรับผิดชอบงานด้านสร้างเสริมสุขภาพของไทยในประชาคมโลก เพื่อสอดรับกับแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพโลกของประเทศไทย (2564-2570)

ข้อเสนอวาระกลางประจำปี พ.ศ. 2566

ในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีของกองทุนในช่วงที่ผ่านมา จะมีการจัดทำข้อเสนอวาระกลางประจำปีไปพร้อมกัน เพื่อกำหนดประเด็นการดำเนินงานที่ทุกแผนการดำเนินงานทั้ง 15 แผน และส่วนงานที่เกี่ยวข้อง สามารถร่วมกันทำงานได้และเกิดผลลัพธ์ภายในระยะเวลา 1 ปี เพื่อสร้างความเข้มแข็งในการบูรณาการการทำงานและเกิดประโยชน์ในวงกว้าง โดยการกำหนดข้อเสนอวาระกลางประจำปีของกองทุน ฯ มีกรอบการพิจารณาใน 3 ประเด็น ได้แก่

1) ประเด็นที่มีผลกระทบ มีความท้าทายงานด้านสุขภาวะทั้งในเชิงประชากร และพื้นที่
2) ประเด็นร่วมบูรณาการได้กับหลายแผนการดำเนินงานของ สสส.
3) ประเด็นที่สามารถวัดผลและเห็นความก้าวหน้าได้ภายใน 1 ปี

สำหรับข้อเสนอวาระกลางประจำปี พ.ศ. 2566 คณะกรรมการกองทุนได้พิจารณาเห็นชอบให้สำนักงานดำเนินการเรื่อง “สื่อเฉพาะคุณ (Persona Health)” เมื่อวันที่ 20 เมษายน 2565 โดยการดำเนินการในเรื่องดังกล่าวเป็นดำเนินการต่อเนื่องในปีที่ 2 เนื่องจากการดำเนินการตามข้อเสนอวาระกลางที่ผ่านมาก่อให้เกิดประโยชน์ในการสร้างช่องทางสื่อสารข้อมูลสุขภาพที่ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในวงกว้าง

2. นโยบายการบริหารเพื่อกำกับ ติดตาม และประเมินผล

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพได้ดำเนินการตามบทบัญญัติภายใต้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยมีการกำหนดโครงสร้างและกลไกทั้งการกำหนดนโยบาย การบริหารงาน การกำกับติดตามและประเมินผล ดังนี้

2.1 นโยบายและการบริหาร

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 โดยกำหนดให้มีคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมีอำนาจหน้าที่ควบคุมดูแลการดำเนินกิจการกองทุนให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งและให้คณะกรรมการประเมินผลเป็นผู้ประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนในภาพรวม

คณะกรรมการกองทุนเป็นผู้กำหนดนโยบายในการบริหารกิจการของกองทุน กำหนดกรอบงบประมาณในการดำเนินการ ออกหลักเกณฑ์ ระเบียบ ข้อบังคับที่สำคัญในการดำเนินงาน ให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงาน กำกับดูแลฝ่ายบริหาร รวมทั้งควบคุมผลการปฏิบัติงานของผู้จัดการซึ่งเป็นหัวหน้าฝ่ายบริหารให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 นอกจากนี้ คณะกรรมการกองทุนมีอำนาจในการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเฉพาะด้านเพื่อทำหน้าที่กำกับดูแลและให้คำปรึกษาต่อฝ่ายบริหารในการดำเนินกิจการของกองทุน เช่น คณะอนุกรรมการที่ปรึกษาสำนักงาน คณะอนุกรรมการนโยบายการเงิน คณะอนุกรรมการเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นต้น

ด้านการกำกับดูแลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ กองทุนมีแนวทางในการกำกับดูแลแผน แผนงาน และโครงการ ผ่านกลไกคณะกรรมการบริหารแผนรวม 8 คณะ ที่ทำหน้าที่กำกับดูแล 15 แผน และคณะกรรมการบริหารแผนอาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะกรรมการกำกับทิศทาง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการกำกับดูแล ชี้แนะ และให้ทิศทางการทำงานในระดับแผนหรือแผนงาน นอกจากนี้ กองทุนยังมีการพัฒนาระบบและกลไกเพื่อช่วยสนับสนุนการกำกับติดตามแผนงานและโครงการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

การบริหารจัดการกองทุนและการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

การบริหารจัดการกองทุน มีสำนักงานกองทุนเป็นหน่วยงานปฏิบัติโดยมีผู้จัดการกองทุนเป็นผู้บริหารสูงสุด มีผู้อำนวยการส่วนงานต่างๆ มีบทบาทในการกำกับดูแลการดำเนินงานตามภารกิจหลักของกองทุน และมีเจ้าหน้าที่มีบทบาทในการดำเนินงานและการสนับสนุน ซึ่งเป็นไปตามนโยบายของกองทุน โดยระเบียบกองทุน ว่าด้วยการจัดแบ่งส่วนงานและการบริหารภายในสำนักงาน ได้แบ่งส่วนงานไว้ 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ส่วนงานด้านสนับสนุนภารกิจหลักของกองทุน

1. สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก
2. สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ
3. สำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชน
4. สำนักสนับสนุนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว
5. สำนักส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ

6. สำนักสร้างสรรค์โอกาส
7. สำนักสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ
8. สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร
9. สำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ
10. สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสังคม
11. สำนักสร้างเสริมระบบสื่อและสุขภาวะทางปัญญา
12. สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์
13. สำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์
14. สำนักสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม
15. สำนักวิชาการและนวัตกรรม
16. ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ

กลุ่มที่ 2 ส่วนงานด้านบริหารจัดการสำนักงาน

1. ฝ่ายตรวจสอบภายใน[2]
2. ฝ่ายติดตามและประเมินผล
3. ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ
4. ฝ่ายบัญชีและการเงิน
5. ฝ่ายบริหารงานบุคคล
6. ฝ่ายสื่อสารองค์กร
7. ฝ่ายอำนวยการ

กลุ่มที่ 3 หน่วยงานลักษณะพิเศษ[3]

1. สถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ (Thai Health Academy)
2. ศูนย์กิจการสร้างสุข (Sook Enterprise)

นอกจากกลุ่มงานหลักทั้ง 3 กลุ่มแล้ว กองทุนยังมีโครงสร้างการบริหารงานเพื่อสนับสนุนการบูรณาการแผนกต่างๆ ของ สสส. โดยให้สำนักงานสามารถจัดส่วนงาน (สำนักหรือฝ่าย) ที่มีลักษณะงาน ภารกิจ พื้นที่ทำงาน หรือกลุ่มเป้าหมายที่ใกล้เคียงหรือสอดคล้องกัน รวมเป็นกลุ่มงานภายใต้สายงานบริหารเดียวกัน (Cluster) เพื่อเสริมความเข้มแข็งในการบูรณาการและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน

ในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ สำนักงานจะรับมอบแนวนโยบายและจุดเน้นของการทำงาน โดยแต่ละส่วนงานจะศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ โอกาส หาจุดคานงัดเพื่อสนับสนุนให้กลไกหลักที่มีอยู่ประสบผลสำเร็จ รวมทั้งการสนับสนุนและพัฒนาสมรรถนะและสมรรถภาพของบุคลากรและภาคีเครือข่ายไปพร้อมกัน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนโดยมีประชาชนเป็นผู้รับประโยชน์สูงสุด

---

[2] ฝ่ายตรวจสอบภายในจัดตั้งขึ้นภายใต้ระเบียบกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยการตรวจสอบภายในของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2559

[3] ระเบียบกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดตั้งหน่วยงานลักษณะพิเศษ พ.ศ. 2562 สำนักงานสามารถจัดตั้งหน่วยงานลักษณะพิเศษภายในสำนักงาน เพื่อให้สามารถปฏิบัติการได้อย่างคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ และบรรลุภารกิจตามวัตถุประสงค์มากยิ่งขึ้น โดยเป็นการตอบสนองต่อภารกิจสร้างเสริมสุขภาพที่สำนักงานเป็นผู้ให้บริการหรือปฏิบัติภารกิจเอง และสามารถใช้การบริหารจัดการแบบธุรกิจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผล หรือขยายกลุ่มผู้รับผลประโยชน์ได้

2.2 การกำกับติดตามและประเมินผล

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเป็นองค์กรของรัฐที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 ที่กำหนดให้กองทุนจัดเก็บเงินบำรุงกองทุนโดยตรงจากผู้เสียภาษีสุราและยาสูบโดยไม่ต้องผ่านกลไกการจัดทำงบประมาณแผ่นดิน ส่งผลให้ สสส. จึงต้องจัดให้มีกลไกการกำกับติดตาม และประเมินผลที่เข้มข้นกว่าหน่วยงานของรัฐอื่น ทั้งนี้ พระราชบัญญัติกองทุนยังกำหนดให้มีคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน ที่เป็นอิสระจากคณะกรรมการกองทุน โดยได้รับการแต่งตั้งจากคณะรัฐมนตรี เพื่อทำหน้าที่กำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนในภาพรวมอีกด้วย

การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

(1) ระดับองค์กร โดยคณะกรรมการประเมินผล และคณะกรรมการกองทุน

(2) ระดับแผนหลัก โดยคณะกรรมการกองทุน และคณะกรรมการบริหารแผน

(3) ระดับแผนงาน ชุดโครงการ และโครงการ โดยสำนักงาน

นอกจากนี้ กลไกการติดตามและประเมินผลยังประกอบไปด้วย การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามขนาดของวงเงินงบประมาณโดยคณะกรรมการกองทุนผ่านกลไกคณะกรรมการบริหารแผน และการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนโดยคณะกรรมการประเมินผล

ในส่วนของการประเมินผลการดำเนินงานในระดับองค์กรของกองทุน ประกอบด้วย

(1) การประเมินผลการดำเนินงานตามหลัก Balanced Scorecard ที่อ้างอิงตามกรอบการประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานของรัฐตามที่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการกำหนด ร่วมกับการนำหลักเกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหมุนเวียนของกรมบัญชีกลางมาใช้ประกอบกัน โดยครอบคลุมการดำเนินการ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านผลสัมฤทธิ์ ด้านผู้มีส่วนได้เสีย ด้านการเงิน และด้านปฏิบัติการ

(2) การประเมินผลการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล เพื่อตรวจสอบการบริหารจัดการและการดำเนินงานของกองทุนให้สอดคล้องกับหลักธรรมาภิบาล

(3) การประเมินการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล (Good Governance) และการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงานรัฐ (Integrity & Transparency Assessment: ITA) ตามข้อกำหนดของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ

(4) การตรวจสอบโดยสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ที่ครอบคลุมการบริหารจัดการด้านการเงินและบัญชี

2.3 การกำกับดูแลภายในและการบริหารความเสี่ยง

เพื่อให้การดำเนินงานของสำนักงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ มีการรองรับสถานการณ์ต่างที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต รวมถึงพัฒนากระบวนการทำงานของสำนักงานให้มีความโปร่งใสสอดคล้องตามหลักธรรมาภิบาล สำนักงานจึงได้จัดให้มีระบบการกำกับดูแล ดังนี้

2.3.1 การควบคุมภายใน (Internal Control)

การควบคุมภายใน คือองค์ประกอบหนึ่งของการกำกับดูแลกิจการที่ดี (Good Corporate Governance) โดยเป็นกระบวนการที่บุคลากรภายในองค์กรทุกระดับตั้งแต่ผู้บริหารและพนักงานทุกคนต้องมีบทบาทร่วมกัน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการปฏิบัติงาน มุ่งใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า (2) เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของรายงานทางการเงินขององค์กร และ (3) เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ และข้อบังคับอย่างแท้จริง อันเป็นการสร้างเครื่องป้องกันมิให้เกิดความเสียหายต่อองค์กร

2.3.2 การตรวจสอบภายใน (Internal Audit)

การตรวจสอบภายใน เป็นเครื่องมือสนับสนุนสำคัญของฝ่ายบริหาร เพื่อให้การดำเนินงานขององค์การ สามารถบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายได้ ด้วยการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานและระบบการควบคุมภายในขององค์การ ว่า มีการดำเนินงานที่ถูกต้องสมบูรณ์เพียงพอ เหมาะสม มีระบบปฏิบัติงานที่ดี มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และคุณภาพตามมาตรฐานที่ดีเพียงใด รวมถึงให้ความเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบงานต่างๆ ขององค์การ อีกทั้งเป็นการสร้างความเชื่อมั่นขององค์การ แก่ประชาชน ภาคี ผู้บริหาร พนักงาน ตลอดจนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม เพื่อยกระดับการบริหารองค์การเชิงคุณภาพ เป็นองค์กรโปร่งใส และมีธรรมาภิบาล

ฝ่ายตรวจสอบภายในใช้ยุทธศาสตร์การดำเนินงานเชิงบวก “การตรวจสอบแบบกัลยาณมิตรและเพิ่มมูลค่าการปฏิบัติงาน” เพื่อตอบสนองผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกกลุ่มดังกล่าวได้ใช้ประโยชน์มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ยังมุ่งเน้นการสร้างมูลค่าเพิ่มจากรายงานผลการตรวจสอบภายในด้านระบบปฏิบัติงานต่างๆ โดยนำมาสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแบบบูรณาการเชื่อมร้อยทุกฝ่ายงานอย่างเป็นองค์รวม เสนอต่อ ผู้บริหารระดับสูงขององค์การเพื่อใช้เป็นข้อมูลพิจารณาขับเคลื่อนงานเชิงระบบและโครงสร้างในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว อันจะนำไปสู่การเป็นองค์การที่มีคุณภาพ มีเสถียรภาพมั่นคง สร้างคุณประโยชน์ต่อประชาชน สังคม และประเทศอย่างยั่งยืนต่อไป

2.3.3 การบริหารความเสี่ยง (Risk Management)

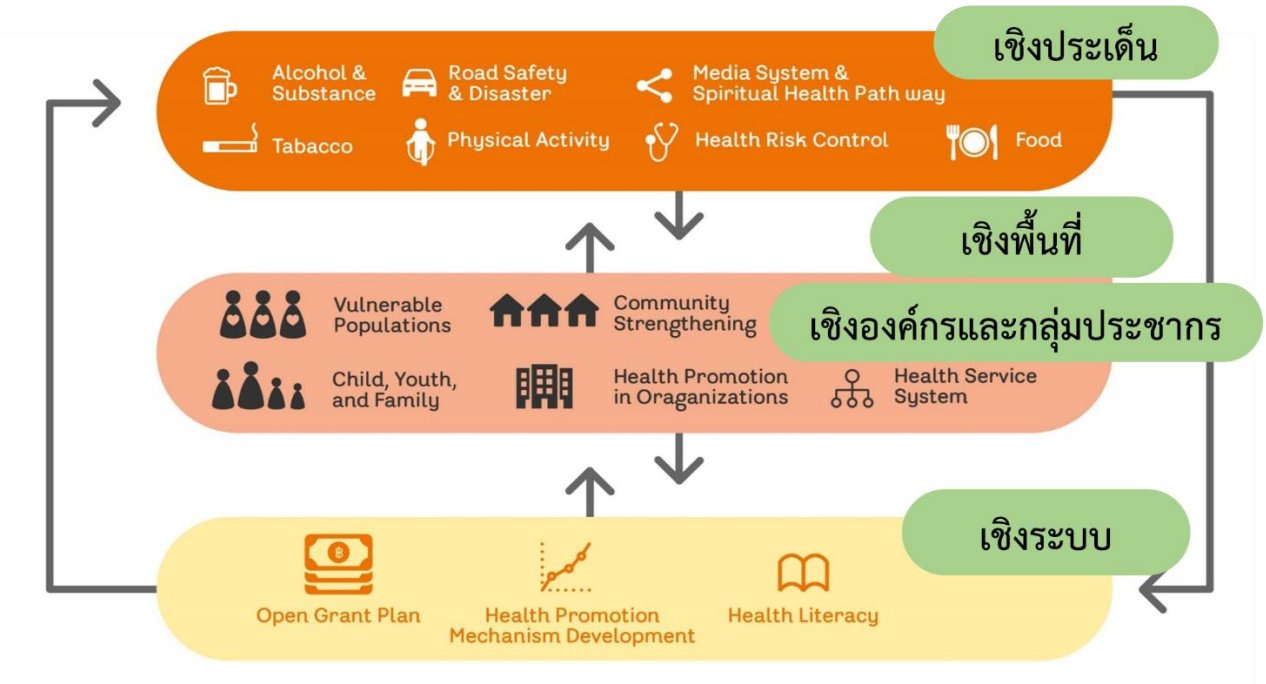
สสส. ดำเนินการบริหารความเสี่ยงระดับองค์กรในเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อจัดการความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานของ สสส. ให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ทั้งนี้ สสส. ได้วิเคราะห์ความเสี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อ สสส. รวมถึงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 โดยดำเนินการทั่วทั้งองค์กร ทั้งแบบภาพรวมองค์กร (Top-Down) และระดับส่วนงาน/แผนการดำเนินงาน (Bottom-Up) ในการจัดการความเสี่ยง สสส. ดำเนินการในรูปแบบแผนบริหารความเสี่ยงระดับองค์กร แผนควบคุมภายใน และแผนบริหารความต่อเนื่องทางธุรกิจ (Business Continuity Plan: BCP) ตามความเหมาะสมกับความเสี่ยงแต่ละประเภท เพื่อให้การจัดการความเสี่ยงเป็นไปอย่างทันท่วงที มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ โดยกระบวนการบริหารความเสี่ยงของ สสส. เป็นไปตามมาตรฐานการบริหารความเสี่ยงระดับสากล ได้แก่ COSO ERM และ ISO31000 ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงที่มีองค์ประกอบของผู้แทนคณะกรรมการกองทุนและผู้บริหารระดับสูง และรายงานต่อคณะกรรมการกองทุนรายไตรมาส

3. การบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ

3.1 แนวทางการบูรณาการการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ จำเป็นต้องมีวิธีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ การจัดโครงสร้างแผนเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการและเน้นให้เกิดการทำงานแนวราบที่เป็นวิธีการทำงานที่สำคัญของ สสส. ที่สามารถจำแนกวิธีการทำงานออกเป็น 4 กลุ่ม เพื่อให้เหมาะสมต่อบริบทของงานและเสริมการบูรณาการระหว่างแผน ดังนี้

ภาพที่ 1.1 การจัดโครงสร้างแผนและวิธีการทำงาน



1) แผนเชิงประเด็นเน้นการทำงานยุทธศาสตร์เชิงลึก พัฒนางานวิชาการและนวัตกรรมให้ทันกับปัจจัยเสี่ยงที่มีพลวัต มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมปัจจัยเสี่ยงอันจะส่งผลกระทบกับประชากรในวงกว้าง

2) แผนเชิงกลุ่มประชากรและองค์กร เน้นการพัฒนาศักยภาพพัฒนาเครือข่าย สร้างความเข้มแข็งให้กับประชากรกลุ่มเป้าหมายและเครือข่ายองค์กรสุขภาวะ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

3) แผนเชิงพื้นที่ เน้นการสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายชุมชน พื้นที่เข้มแข็ง มีขีดความสามารถในการแก้ปัญหาสุขภาพ เพื่อให้เกิดกลไกการสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงที่ชุมชนเป็นเจ้าของ เป็นผู้ดำเนินการให้สอดคล้องเหมาะสมกับกับบริบทของพื้นที่และชุมชน

4) แผนเชิงระบบและกลไก เป็นกลุ่มแผนที่ทำหน้าที่สนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาระบบกลไกทางสังคมและสุขภาพร่วมกับเจ้าภาพหลัก เพื่อให้เกิดการทำงานเชิงระบบอันจะทำให้เกิดการทำงานที่ต่อเนื่อง

จากการจัดโครงสร้างแผนและวิธีการทำงานข้างต้นเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนแนวทางการทำงานเพื่อสร้างผลลัพธ์และขยายผลการทำงานได้อย่างก้าวกระโดดของทั้ง 4 กลุ่ม เนื่องจากสุขภาพเป็นองค์รวมที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งสภาพแวดล้อมรอบตัวก็ยังส่งผลต่อสุขภาพเช่นกัน ดังนั้น การทำงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจึงต้องอาศัยการทำงานร่วมกันทั้งในเชิงประเด็นทางสุขภาพร่วมกับการทำงานในเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากรเป้าหมาย โดยมีระบบงานต่างๆ เช่น การสื่อสาร การนำนวัตกรรมทางสุขภาพมาใช้ เป็นต้น เป็นเครื่องมือสนับสนุนการทำงานให้เกิดการขยายผลการทำงานและสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ในวงกว้าง

ดังนั้น ในแผนการดำเนินงานประจำปีฉบับนี้ จึงได้มีการกำหนดให้มีตัวชี้วัดร่วมเพื่อสร้างความเข้มแข็งในการทำงาน และเพื่อขยายผลลัพธ์การทำงานให้บรรลุเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)

3.2 วาระกลาง "สื่อเฉพาะคุณ (Persona Health)"

เป็นรูปแบบของการบูรณาการการทำงานระหว่างส่วนงานภายในของ สสส. อีกรูปแบบหนึ่ง ที่เป็นการกำหนดประเด็นการดำเนินงานที่ทุกแผนการดำเนินงานทั้ง 15 แผน และส่วนงานที่เกี่ยวข้อง สามารถร่วมกันทำงานได้และเกิดผลลัพธ์ภายในระยะเวลา 1 ปี เพื่อสร้างความเข้มแข็งในการบูรณาการการทำงานและเกิดประโยชน์ในวงกว้าง โดยแนวการการดำเนินการตามวาระกลางเรื่อง Persona Health ในปี พ.ศ. 2566 เป็นดังนี้

1. เพิ่มการใช้ประโยชน์จากชุดความรู้ สื่อต่างๆ ของ สสส. ผ่านกลไก ระบบ และช่องทางการสื่อสารให้เหมาะสมกับการสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะบุคคล ด้วยการนำเทคโนโลยีดิจิทัลที่หลากหลาย เช่น AI (Artificial Intelligence) AR (Augmented Reality) Metaverse เทคโนโลยี มาพัฒนาระบบการประมวลผลและส่งต่อข้อมูล เพื่อเสริมความน่าสนใจให้สื่อต่างๆ พร้อมกับขยายความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอกในการสนับสนุนชุดข้อมูล สื่อสุขภาวะที่มีคุณภาพ เพื่อร่วมให้บริการ ส่งต่อข้อมูลสู่ประชาชน

2. ขยายฐานผู้รับประโยชน์ ผ่านหน่วยงานที่มีการจัดการฐานข้อมูลของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อร่วมส่งต่อข้อมูล สร้างเสริมสุขภาพเฉพาะบุคคลให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย โดยพัฒนากลยุทธ์การสื่อสารสร้างการรับรู้ เข้าถึง เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์ที่เพิ่มมากขึ้น พร้อมกับทำการสำรวจ ประเมินผลความพึงพอใจและประโยชน์ที่ผู้ใช้บริการได้รับ รวมทั้งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาวะ

4. คำแถลงประกอบงบประมาณแสดงฐานะและนโยบายทางการเงิน ตามแผนการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. 2566

ตามข้อบังคับกองทุนว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565 กำหนดว่า ข้อ 7 (1) การจัดทำแผนหลัก "ให้ผู้จัดการจัดทำแผนหลักที่ประกอบด้วยแผนต่างๆ ที่มีรายละเอียดสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายกองทุน และกรอบวงเงินงบประมาณประจำปีที่คณะกรรมการกำหนด เพื่อขอความเห็นชอบต่อคณะกรรมการภายในเดือนสิงหาคมของปีที่พิจารณา โดยอาจทบทวนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ได้ทุกปี และให้จัดทำฉบับใหม่ทุก 5 ปี..." และตามข้อบังคับกองทุนว่าด้วยการงบประมาณ การเงิน และการบัญชีของกองทุน พ.ศ. 2562 หมวดที่ 2 ส่วนที่ 1 ซึ่งกำหนดให้สำนักงานกองทุนต้องจัดทำ "คำแถลงประกอบงบประมาณแสดงฐานะและนโยบายทางการเงิน สาระสำคัญของงบประมาณและความสัมพันธ์ระหว่างรายรับและงบประมาณรายจ่ายที่ขอตั้ง" โดยมีรายละเอียด ดังนี้

กรอบนโยบายทางการเงิน

การจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณสำหรับการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 สำนักงานกองทุนได้จัดทำกรอบวงเงินภายใต้ "แนวนโยบายทางการเงิน" ปีงบประมาณ พ.ศ.2557 ที่คณะกรรมการกองทุนเห็นชอบ และได้ใช้ต่อเนื่องมาจนถึงการทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ดังนี้

1. รักษาปริมาณเงินทุนให้มีสภาพคล่องและเพียงพอต่อภาระผูกพัน
2. รักษาเงินทุนสำรองเพื่อรองรับความผันผวนที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต (1,000-1,500 ล้านบาท)[4]

[4] สำนักงานกองทุนได้ทำการทบทวนระดับวงเงินทุนสำรองที่เหมาะสม เพื่อรองรับความผันผวนที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต พบว่าระดับวงเงิน 1,000-1,500 ล้านบาท ยังคงมีความเหมาะสม และในการประชุมคณะกรรมการกองทุนครั้งที่ 8/2564 วันที่ 19 สิงหาคม 2564 ได้เห็นชอบให้

3. รักษายอดเงินรวมผูกพันโครงการต่างๆ มิให้มีเงินคงเหลือสุทธิของกองทุนมากเกินไปโดยไร้เหตุผลอันสมควร
4. การบริหารจัดการเงินทุนที่ยังไม่ถึงกำหนดเบิกจ่ายให้เกิดผลตอบแทนที่เหมาะสม

กระบวนการในการจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณ

การดำเนินงานที่ผ่านมา คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงิน ร่วมกับสำนักงานกองทุน ใช้การติดตามสถานการณ์รายได้รับจริงและผลการดำเนินงานจริง 6 เดือนที่ผ่านมาของปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และการประมาณการแนวโน้มของช่วง 6 เดือนหลัง ร่วมกับการใช้ข้อมูลจากกรมสรรพสามิตและข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และได้คำนึงถึงปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการประมาณการรายได้กองทุน ประกอบด้วย สถานการณ์ต่างๆ ที่น่าจะส่งผลต่อการบริโภคบุหรี่ สุรา และเบียร์ ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ท่องเที่ยว สภาพเศรษฐกิจ นโยบายมาตรการช่วยเหลือเยียวยาภาครัฐ ราคาน้ำมัน และโควิด-19 เพื่อทบทวนกรอบวงเงินงบประมาณประจำปี พ.ศ. 2565 และกรอบวงเงินงบประมาณประจำปี พ.ศ. 2566-2570 จากกรอบเดิมที่คณะกรรมการกองทุนได้อนุมัติไว้ รวมถึงใช้การประเมินภาระผูกพันของโครงการล่าช้า เพื่อรักษายอดเงินรวมผูกพันโครงการต่างๆ มิให้สูงเกินจริง ซึ่งมีหลักการในการจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณของกองทุน ดังนี้

1. เงินที่กองทุนจะสามารถเบิกจ่ายได้ในแต่ละปีจะพิจารณาจากประมาณการรายได้ภาษี ตาม “ผลการพยากรณ์ประมาณการรายได้” รวมกับประมาณการรายได้อื่น
2. รักษาระดับเงินทุนสำรองคงเหลือแต่ละปีภายในวงเงินที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด คือ 1,000 – 1,500 ล้านบาท
3. ประมาณการรายจ่าย มาจาก 2 ส่วนคือ งบเบิกจ่ายสำนักงาน และงบเบิกจ่ายอุดหนุนโครงการ โดยแบ่งเป็นกรอบเบิกจ่ายโครงการใหม่ และโครงการต่อเนื่อง
4. จัดทำกรอบวงเงินอนุมัติโครงการใหม่ โดยคำนึงถึงยอดเบิกจ่ายโครงการใหม่ในปีงบประมาณและภาระผูกพันที่จะเกิดขึ้นในปีงบประมาณถัดไป
5. งบประมาณรายจ่ายเพื่อบริหารจัดการสำนักงานจะต้องไม่เกินร้อยละ 15 ของงบประมาณรายจ่ายประจำปีของกองทุน

นอกจากนั้น หากมีสถานการณ์อันอาจส่งผลกระทบต่อรายได้และค่าใช้จ่ายอย่างมีนัยสำคัญให้สำนักงานกองทุน เสนอคณะกรรมการกองทุนเพื่อพิจารณาทบทวนกรอบวงเงินงบประมาณให้สอดคล้องกับสถานการณ์ต่อไป

สาระสำคัญของงบประมาณและความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับงบประมาณสำหรับการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566

คำอธิบายเกี่ยวกับประมาณการรายได้ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566

ในการจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณประจำปี คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงิน ได้ประมาณการรายได้ของกองทุน เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์ด้านรายจ่ายที่สามารถใช้จ่ายในปีงบประมาณนั้นๆ ทั้งนี้การพยากรณ์ประมาณการรายได้-ต้นทุนการดำเนินการของกองทุน ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2570 โดย

คงระดับเงินทุนสำรองไว้ที่ 1,000-1,500 ล้านบาท และให้ทบทวนระดับเงินทุนสำรองเพื่อรองรับความผันผวนที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคตในเวลาใดเวลาหนึ่งที่เห็นว่าเหมาะสม ในทุกๆช่วงเวลา 3 ปี

ความร่วมมือของศูนย์ความเป็นเลิศทางเศรษฐมิติ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 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 หรือการลงทุนภาครัฐตามนโยบายต่างๆ (Government Spending) ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2553-กุมภาพันธ์ 2565
8. ข้อมูลการส่งออก (Export) และการนำเข้า (Import) ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2553-กุมภาพันธ์ 2565

วิธีการในการพยากรณ์รายได้ของกองทุน มีกระบวนการดังนี้

1. พยากรณ์ปริมาณบุหรี่ สุรา และเบียร์ ด้วยวิธี Recursive Forecasting
2. ในกระบวนการพยากรณ์ทั้งหมดได้พิจารณาความถี่ของข้อมูลต่างๆ เพื่อเช็ค Consistency ของผลการพยากรณ์ โดยทำการประเมินความถี่ตั้งแต่ รายเดือน รายไตรมาส และรายครึ่งปี
3. รวมมูลค่าของสินค้าทุกชนิด เพื่อประมาณการภาษีของรัฐทั้งหมด
4. ทำการประเมินรายได้ของกองทุน โดยคิดเป็นร้อยละ 2 ของรายได้จากภาษีบุหรี่ สุรา และเบียร์ ที่คาดว่ารัฐบาลจะเก็บได้
5. เนื่องจากมีสถานการณ์อาจจะส่งผลต่อการบริโภคบุหรี่ สุรา และเบียร์ ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ท่องเที่ยว สภาพเศรษฐกิจ นโยบายมาตรการช่วยเหลือเยียวยาภาครัฐ ราคาน้ำมัน และโควิด-19 ดังนั้นในการพยากรณ์จึงได้คำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้เข้ามาร่วมวิเคราะห์ในแบบจำลองด้วย

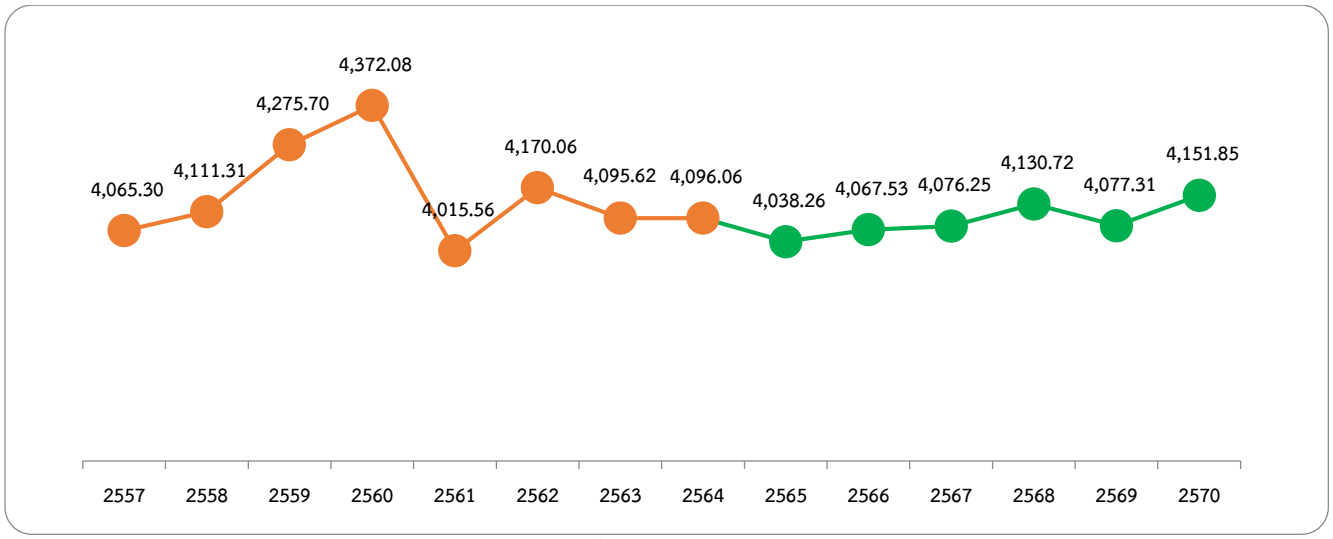
การที่ไม่พยากรณ์ที่รายได้โดยตรงเนื่องจาก ราคาเป็นสิ่งที่ค่อนข้างคงที่ เนื่องจากถูกกำหนดจากรัฐเป็นหลัก แต่สิ่งที่ผันผวนและไม่แน่นอนคือปริมาณ ดังนั้นการที่พยากรณ์ปริมาณที่ถูกต้องจะนำไปคำนวณรายได้ในอนาคตได้แม่นยำกว่า และถึงแม้จะมีการปรับค่าภาษีในอนาคต ก็จะสามารถปรับผลพยากรณ์รายได้ให้ทันตามสถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว

ผลการพยากรณ์ประมาณการรายได้ภาษีของกองทุน พบว่าปี พ.ศ. 2565 รายได้ภาษีของกองทุน มีจำนวน 4,038.26 ล้านบาท ขณะที่ประมาณการเดิม จำนวน 4,289.04 ล้านบาท และจากการติดตามผลการจัดเก็บรายได้ของกองทุน 9 เดือน แรกพบว่า กองทุนมีรายได้ภาษี จำนวน 3,109.20 ล้านบาท (จากประมาณ

การ 3,053.42 ล้านบาท) ซึ่งสูงกว่าประมาณการจำนวน 55.78 ล้านบาท หรือร้อยละ 1.83 และคาดว่าปี พ.ศ. 2565 แนวโน้มรายได้ภาษีอาจลดลง 250.78 ล้านบาท

จากผลการประมาณการใหม่ของศูนย์เศรษฐมิติฯ พบว่าประมาณการรายได้ภาษีของกองทุน ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 4,067.53 ล้านบาท ขณะที่ประมาณการเดิม จำนวน 4,386.35 ล้านบาท และคาดว่าปี พ.ศ. 2566 แนวโน้มรายได้ภาษีอาจลดลง 318.82 ล้านบาท พร้อมทั้งคาดการณ์ว่ารายได้ภาษีของกองทุน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567-2570 จะมีจำนวน 4,076.25 , 4,130.72 , 4,077.31 และ 4,151.85 ล้านบาท ตามลำดับ

กราฟแสดงผลการประมาณการรายได้ภาษีของกองทุน ปี 2565-2570



สรุปกรอบวงเงินงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงิน ได้ดำเนินการทบทวนกรอบวงเงินงบประมาณ พ.ศ.2566 จากสถานการณ์รายได้ที่เปลี่ยนไป เพื่อเสนอคณะกรรมการกองทุนใช้เป็นกรอบวงเงินงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ดังนี้

1. วงเงินอนุมัติโครงการใหม่ จากแผนเดิม 3,931.92 ล้านบาท ปรับเพิ่มเป็น 4,051.90 ล้านบาท
2. วงเงินเบิกจ่ายอุดหนุนโครงการ จากแผนเดิม 4,213.82 ล้านบาท ปรับลดเป็น 3,827.50 ล้านบาท
3. วงเงินค่าใช้จ่ายบุคลากรและบริหารจัดการสำนักงาน จากแผนเดิม จำนวน 402.24 ล้านบาท ปรับเพิ่มเป็น 416.47 ล้านบาท

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

	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
รายได้รวม	**4,262.82**	**4,282.76**	**4,304.34**	**4,311.43**	**4,385.40**	**4,330.20**	**4,408.43**
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
ค่าใช้จ่ายรวม	**3,788.50**	**4,554.37**	**4,304.34**	**4,311.43**	**4,385.40**	**4,330.20**	**4,408.43**
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
ค่าใช้จ่ายบริหารสำนักงานต่องบประมาณทั้งหมด (ร้อยละ)	7.61%	8.34%	9.54%	9.75%	9.95%	10.60%	10.85%

คำชี้แจงเกี่ยวกับงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566

ในการประชุมครั้งที่ 5/2565 คณะกรรมการกองทุนได้เห็นชอบกรอบวงเงินงบประมาณสำหรับแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 โดยมีวงเงินอนุมัติโครงการใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 4,051.90 ล้านบาท และค่าใช้จ่ายสำนักงาน (ไม่รวมค่าเสื่อมราคา) จำนวน 416.47 ล้านบาท เนื่องจากกรอบวงเงินงบประมาณดังกล่าวจะทำให้กองทุนสามารถรักษาวินัยทางการเงินไว้ได้ในอนาคต รวมถึงได้คำนึงถึงข้อสังเกตของหน่วยตรวจสอบและการรองรับความเสี่ยงด้านรายได้ไว้ด้วยแล้ว

จากวงเงินงบประมาณสำหรับโครงการใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ดังกล่าว คาดว่าจะเกิดการเบิกจ่ายโครงการใหม่ในปีงบประมาณเดียวกันจำนวน 1,681.53 ล้านบาท นอกจากนั้น ยังมีการเบิกจ่ายโครงการต่อเนื่องซึ่งเป็นการอนุมัติจากปีก่อนหน้าจำนวน 2,145.97 ล้านบาท รวมการเบิกจ่ายเงินอุดหนุนโครงการรวมทั้งสิ้น 3,827.50 ล้านบาท ทั้งนี้ การอนุมัติตามกรอบงบประมาณและการเบิกจ่ายทั้งหมดจะไม่

ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อกองทุน เนื่องจากคาดการณ์ว่าสถานะเงินลงทุนปลายงวดสุทธิ ณ สิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ของกองทุนยังเหลืออยู่อีก 1,843.90 ล้านบาท

อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การบริหารจัดการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สำนักงานกองทุนได้ทำงานร่วมกับศูนย์ความเป็นเลิศทางเศรษฐมิติ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อย่างต่อเนื่อง และจะนำกรอบวงเงินงบประมาณนี้กลับมาให้คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินทบทวนใหม่อีกครั้ง หากระหว่างปีงบประมาณ ระดับเงินทุนสำรองของกองทุน มีมากเกินไปจนเป็นการไม่มีประสิทธิภาพหรือน้อยเกินไปจนไม่เพียงพอรองรับความเสี่ยงหรือมีสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจนอาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินงาน

แนวทางการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำแนกรายแผน

การจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในการดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ได้คำนึงถึงความสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายกองทุน ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 – 2574) กรอบนโยบายการจัดทำแผนหลัก 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) ทั้ง 5 ข้อจากคณะกรรมการกองทุน สอดคล้องกับห่วงโซ่ผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพ (CoO1-7) รวมถึงการตอบสนองยุทธศาสตร์ชาติ นโยบายรัฐบาล และความจำเป็นเร่งด่วนของประเด็นปัญหาสุขภาพตามลำดับของภาระโรค ตลอดจนประสิทธิภาพการอนุมัติและการเบิกจ่ายรายแผน และปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย

การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

จำแนกรายแผน รวม 15 แผน 1 งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง และ 1 งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน

หน่วย : ล้านบาท

	โครงการ	งบประมาณ	ระยะเวลาดำเนินการ
1	แผนควบคุมยาสูบ	310.00	ปี 2566
2	แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	320.00	ปี 2566
3	แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม	270.00	ปี 2566
4	แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	220.00	ปี 2566
5	แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ	310.00	ปี 2566
6	แผนสุขภาวะชุมชน	340.00	ปี 2566
7	แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	225.00	ปี 2566
8	แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร	130.00	ปี 2566
9	แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	220.00	ปี 2566
10	แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา	200.00	ปี 2566
11	แผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะ	340.00	ปี 2566
12	แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะผ่านระบบบริการสุขภาพ	180.00	ปี 2566
13	แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	165.00	ปี 2566

	โครงการ	งบประมาณ	ระยะเวลาดำเนินการ
14	แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ	150.00	ปี 2566
15	แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ	470.00	ปี 2566
	รวม 15 แผน	**3,850.00**	ปี 2566
16	งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง	201.90	ปี 2566
	รวมงบประมาณสนับสนุนโครงการ	**4,051.90**	ปี 2566
17	งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน	416.47	ปี 2566
	รวมงบประมาณทั้งหมด	**4,468.37**	

บทที่ 2 รายละเอียดแผนการดำเนินงาน

1. แผนควบคุมยาสูบ

สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

แผนควบคุมยาสูบประจำปี 2566 นี้ มุ่งตอบสนองเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (The Sustainable Development Goals : SDGs) ไม่น้อยกว่า 3 เป้าประสงค์ ได้แก่ 1) ขจัดความยากจน 3) สร้างหลักประกันการมีสุขภาวะที่ดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงอายุ และ 5) ความเท่าเทียมระหว่างเพศและส่งเสริมความเข้มแข็งให้แก่สตรีและเด็กผู้หญิง ตลอดจนสอดรับกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ที่มุ่งสร้างสมดุลระหว่างการพัฒนาความมั่นคง เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวม 5 ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านความมั่นคง ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ในประเด็นปรับเปลี่ยนค่านิยมและวัฒนธรรม และประเด็นเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคมในประเด็นการเสริมสร้างพลังทางสังคม ยุทธศาสตร์ที่ 5 ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และยุทธศาสตร์ที่ 6 ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐในประเด็นกฎหมายมีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทต่างๆ และมีเท่าที่จำเป็น รวมถึงแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ.2565 - 2570) ทั้งนี้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดของห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome: CoO) นั่นคือ การลดความชุกของการเสพยาสูบของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป

เมื่อพิจารณาผลกระทบของการบริโภคยาสูบ ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า ยาสูบยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการมีสุขภาวะที่ดี โดยในปี พ.ศ. 2562 องค์การอนามัยโลกพบว่า ทั่วโลกมีผู้สูบบุหรี่ 1,100 ล้านคน โดยร้อยละ 80 อยู่ในกลุ่มประเทศที่รายได้ปานกลาง-ต่ำ และในแต่ละปี มีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่มากกว่า 8 ล้านคน ในจำนวนนี้ พบว่าเป็นการเสียชีวิตโดยตรงจากการสูบบุหรี่กว่า 7 ล้านคน และอีกประมาณ 1.2 ล้านคน เสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง นอกจากนั้นแล้ว ยังพบว่า ทั่วโลกมีเด็ก 65,000 คน เสียชีวิตก่อนอายุ 5 ปี โดยมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างที่เกิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง[5] พร้อมกันนี้ ยังพบว่าคนสูบบุหรี่ แม้สูบไม่ทุกวัน มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตก่อนเวลาเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 โดยคนที่สูบทุกวันมีความเสี่ยงเสียชีวิตเพิ่มขึ้นตามจำนวนมวนของบุหรี่ที่สูบต่อวัน สำหรับคนที่สูบน้อยกว่า 20 มวนต่อวัน, 20-40 มวนต่อวัน และมากกว่า 40 มวนต่อวัน มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 54 เป็นร้อยละ 109 และร้อยละ 178 ตามลำดับ[6] สำหรับประเทศไทย พบว่าในปี 2562 มีคนไทยเสียชีวิตจากบุหรี่ถึง 70,952 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้เสียชีวิตจากควันบุหรี่มือสองจำนวน 9,435 คน และผู้เสียชีวิตเหล่านี้ เสียชีวิตก่อนวัยอันควรถึง 22 ปี และมีค่าใช้จ่ายกรณีพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 38,000 ล้านบาทต่อปี[7] รวมถึงเกิดความความสูญเสียทางเศรษฐกิจปีละ 87,250 ล้านบาท (คำนวณเป็นความสูญเสีย 42 บาทต่อบุหรี่ 1 ซอง) คิดเป็นร้อยละ 0.56 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) และคิดเป็นร้อยละ 15 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศทั้งหมด[8]

---

[5] World Health Organization . (2021). Tobacco. เข้าถึงได้จาก Health Topics: https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1

[6] Di Z., Gang Z., Xia W. (2021). Association of Smoking and Smoking Cessation With Overall and Cause-Specific Mortality. American Journal of Preventive Medicine. 6(4) (pp. 504-512). https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S074937972100009X

[7] เริงฤดี ปธานวนิช, 2564.

[8] ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2563

เมื่อพิจารณาสถานการณ์การบริโภคยาสูบจากผลสำรวจระดับประเทศล่าสุดในปี 2564 พบประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่รวมทั้งสิ้น 9.9 ล้านคน คิดเป็นอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 17.4 ถือเป็นแนวโน้มที่ลดลง แต่ลดลงอย่างชะลอตัว หากวิเคราะห์ในภาพรวมของอัตราการสูบบุหรี่ตั้งแต่ พ.ศ. 2534-2564 พบว่า เพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง 26 เท่า โดยเพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงต่อปี ร้อยละ 1.40 และเพศหญิงมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงต่อปี ร้อยละ 2.50 หากพิจารณาแยกตามกลุ่มอายุ จะเห็นว่ากลุ่มวัยทำงาน (25-40 ปี) มีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงมากที่สุดหรือมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงต่อปี ร้อยละ 2.05 ประชาชนที่อยู่อาศัยในภาคใต้ มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับอีก 3 ภูมิภาคที่เหลือ รวมถึงกรุงเทพฯ ประชาชนที่อาศัยอยู่พื้นที่นอกเขตเทศบาล มีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าพื้นที่ในเขตเทศบาล (ไม่นับรวมกรุงเทพฯ) (ร้อยละ 19.0 และ 15.6 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน สูบบุหรี่ประเภทโรงงาน (หรือบุหรี่ซอง) ในสัดส่วนใกล้เคียงกับบุหรี่มวนเอง (ร้อยละ 9.8 และร้อยละ 8.1 ตามลำดับ) โดยมีปริมาณสูบเฉลี่ย 10 มวนต่อวัน ในส่วนของค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่เฉลี่ย 486 บาทต่อคนต่อเดือน

สถานการณ์การสูบบุหรี่ในเด็กและเยาวชน ยังคงต้องให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากข้อมูลการสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย (Global School-based Student Health Survey) พ.ศ. 2564 โดยองค์การอนามัยโลก ได้เก็บรวบรวมข้อมูลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในประเทศไทย อายุ 13-17 ปี จำนวน 5,661 คน พบว่า เด็กนักเรียนใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับ พ.ศ. 2558 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.80 เป็น ร้อยละ 14.40 โดยเฉพาะบุหรี่ไฟฟ้าที่มีการใช้ในภาพรวมถึงร้อยละ 13.60 ทั้งนี้ พบว่ากลุ่มนักเรียนชายมีการใช้บุหรี่ไฟฟ้ามากกว่ากลุ่มนักเรียนหญิง (ร้อยละ 18.70 และร้อยละ 8.90 ตามลำดับ) นอกจากนั้นแล้วยังพบว่า เด็กนักเรียนส่วนใหญ่มีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า เช่น เชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่อันตราย ไม่เสพติด เป็นต้น นอกจากนี้ การสำรวจของสำนักสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2564 ในประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่า มีคนไทยสูบบุหรี่ไฟฟ้า 78,742 คน คิดเป็นร้อยละ 0.14 ในจำนวนผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าทั้งหมดนี้ มีสัดส่วนของกลุ่มเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.50 ขณะที่ คนไทยที่รู้จักบุหรี่ไฟฟ้าส่วนใหญ่ยังเชื่อว่า บุหรี่ไฟฟ้าอันตรายเท่ากับหรือมากกว่าบุหรี่ธรรมดา ร้อยละ 88.70

สำหรับสถานการณ์การได้รับควันบุหรี่มือสอง แม้จะพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น แต่ยังคงพบว่ายังมีประชาชนได้รับควันบุหรี่มือสองในสถานที่สาธารณะที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ตามที่กฎหมายกำหนด โดยพบว่าสถานที่สาธารณะที่ประชาชนได้รับควันบุหรี่มือสองสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ตลาดสด/นัด สถานที่บริการอาหาร/เครื่องดื่ม และบริการขนส่งสาธารณะ และขณะเดียวกัน ก็พบว่ามีการสูบบุหรี่ในบ้าน ร้อยละ 23.7 และพบมากที่สุดในพื้นที่ภาคใต้

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ และปัจจัยที่จะส่งผล/ชะลอการบรรลุเป้าหมายของแผนควบคุมยาสูบในระยะ 5 ปีข้างหน้า มีรายละเอียด ดังนี้

<u>1. ปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จของการบรรลุเป้าหมายของการดำเนินงานควบคุมยาสูบ</u> ประกอบด้วย 1) มีกลไกเชิงโครงสร้างของการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับชาติ (คผยช.) และระดับจังหวัด (คผยจ.) 2) มีกลุ่มเป้าหมายการทำงานที่ชัดเจนและครอบคลุมประชากรในทุกกลุ่มวัย 3) มีเครื่องมือสนับสนุนและเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมยาสูบ เช่น มีหลักสูตรพัฒนาสมรรถนะการควบคุมยาสูบของกลุ่มเป้าหมาย และ มีต้นแบบการเชื่อมโยงฐานข้อมูลการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ระหว่างเครือข่ายให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ เป็นต้น 4) มีการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ฉบับที่ 5 กำหนดให้ผู้สูบบุหรี่ทุกคนต้องได้รับการรักษา แต่ทั้งนี้ก่อนมีประเด็นรับรองนี้ มิใช่ทุกโรงพยาบาลในประเทศไทย เสนอตัวเข้ารับการรับรองและผ่านการรับรอง

ดังนั้น หากมุ่งให้ประเด็นนี้ เป็นปัจจัยเอื้อต่อความสำเร็จของการควบคุมยาสูบ โดยเฉพาะการช่วยให้เลิกสูบสำเร็จ จำเป็นขับเคลื่อนเชิงนโยบายเพื่อให้ทุกโรงพยาบาลเสนอตัวเข้าสู่การรับรองมาตรฐานนี้ 5) มีอนุบัญญัติที่ออกตาม พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 อย่างต่อเนื่อง และอนุวัติอย่างสอดคล้องกับกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) 6) มีงานวิจัยจากหลักฐานเชิงประจักษ์ คู่มือวิชาการ และแนวปฏิบัติเพื่อการควบคุมยาสูบเชิงประเด็นและสถานที่ต่างๆ เผยแพร่อย่างต่อเนื่อง และ 7) โรคระบาดโควิด–19 ทั้งในช่วงการระบาดและในระยะเปลี่ยนผ่านสู่โรคประจำถิ่น ช่วยให้เกิดการสื่อสารข้อมูลโทษพิษภัยยาสูบ และการช่วยให้เลิกสูบ ผ่านช่องทางต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

<u>2. ปัจจัยที่มีส่วนในการชะลอการบรรลุเป้าหมายการดำเนินงานควบคุมยาสูบ</u> ประกอบด้วย 1) การแทรกแซงนโยบายของอุตสาหกรรมยาสูบ ที่มีเป้าหมายทั้งการสร้างวาทะกรรมเพื่อบิดเบือนหรือสร้างให้เกิดความเข้าใจผิดต่อตัวผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ (บุหรี่ไฟฟ้า) ต่อสังคมโดยรวมและทุกกลุ่มวัย การใช้กลุ่มการเมืองที่มีอำนาจรัฐในการขัดขวางหรือทำให้เกิดความล่าช้าในการจัดทำนโยบาย/มาตรการ/กฎหมาย รวมถึงแทรกแซงเพื่อให้นโยบาย/มาตรการ/กฎหมายที่มีผลบังคับใช้ มีเนื้อหาที่คลาดเคลื่อนไปจากหลักการและเจตนารมณ์ของการควบคุมยาสูบ เช่นกรณีระบบโครงสร้างภาษียาสูบที่ไม่เอื้อต่อการปรับพฤติกรรมการบริโภคยาสูบ หรือความพยายามยกเลิกการห้ามนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้า เป็นต้น 2) การแพร่ระบาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ (บุหรี่ไฟฟ้า) ที่มีรูปลักษณ์ที่สอดคล้องหรือตรงกับความสนใจของคนรุ่นใหม่ (Gen Z) 3) สถานการณ์วิกฤตเศรษฐกิจหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีโอกาสส่งต่อความเครียดและการพึ่งพิงนิโคตินเพื่อบรรเทาความเครียด 4) ระบบและกลไกการช่วยเลิกบุหรี่ทั้งเชิงรับและเชิงรุกที่ยังไม่เข้มแข็ง ทั้งเชิงรับในสถานพยาบาล และเชิงรุกในชุมชนหรือองค์กร 5) ความไม่ชัดเจนของการขยายต้นแบบการควบคุมยาสูบในรูปแบบต่างๆ ที่ค้นพบจากบุคคลหรือพื้นที่ต้นแบบให้เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด 6) ความไม่เข้มงวดของการบังคับใช้กฎหมาย โดยเฉพาะในสถานที่สาธารณะตามที่กฎหมายกำหนด 7) การเปลี่ยนผ่านอย่างรวดเร็วของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารออนไลน์ ที่ส่งผลให้ง่ายต่อการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ใช้ช่องทางออนไลน์ในการสื่อสารการตลาดไปยังกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชน 8) ร้านค้าปลีกที่จำหน่ายยาสูบมีจำนวนมาก ด้วยเหตุที่ใบอนุญาตขายยาสูบราคาถูก 9) มาตรการช่วยเหลือชาวไร่ยาสูบอาจยังไม่เพียงพอ 10) ยังขาดทรัพยากรด้านกำลังคนและต้องหนุนเสริมให้กลไกภาครัฐมีความเข้มแข็งด้านการควบคุมยาสูบในระดับจังหวัดยังไม่เข้มแข็ง และ 11) นโยบายกัญชาเสรี ที่ส่งผลต่อซึ่งกันและกันต่อการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงสารเสพติดอื่น [9]ตลอดจนการมีผลิตภัณฑ์ใหม่ๆที่ยังไม่มีกฎหมายควบคุมที่ชัดเจนเช่นบุหรี่ไฟฟ้าผสมน้ำมันกัญชา เป็นต้น

จากการพัฒนาเครื่องมือการพยากรณ์อัตราการสูบบุหรี่ โดยอนุกรมเวลาด้วยแบบจำลอง ARIMA[10] แสดงให้เห็นว่าในปี 2570 อัตราการสูบบุหรี่มีค่าเท่ากับ 15.93 (95%CI: 9.28, 22.59) คิดเป็นจำนวนผู้สูบบุหรี่ 9.05 คน ขณะที่ เป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2565 – 2570) กำหนดอัตราการสูบบุหรี่ไว้ที่ร้อยละ 14.0 (7.96 ล้านคน) และข้อมูลเชิงประจักษ์ตั้งแต่ ปี 2554 – 2564 แสดงให้เห็นว่าในแต่ละปี มีจำนวนผู้สูบบุหรี่ลดลง 157,497 คนต่อปี ดังนั้น การบรรลุค่าเป้าหมายของแผนฯ ฉบับที่ 3 จำเป็นต้องเร่งกระบวนการทำงานควบคุมยาสูบจากปัจจุบันให้เพิ่มขึ้น 2 เท่า

---

[9] Tullis, L. M., Dupont, R., Frost-Pineda, K., & Gold, M. S. (2003). Marijuana and tobacco: a majorconnection? Journal of addictive diseases, 22(3), 51–62. https://doi.org/10.1300/J069v22n03_05

[10] ศรัณญา เบญจกุล. (2564). แนวโน้มการสูบบุหรี่ของประเทศไทย. *เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนควบคุมยาสูบ 3 ปี และแผนดำเนินการ 1 ปี (ครั้งที่ 1) ผ่านระบบออนไลน์ Zoom.* สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และศูนย์พัฒนาศักยภาพกำลังคนด้านการควบคุมยาสูบ (พศย.)

ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่มีจำนวนลดลงสูงถึง 330,251 คนต่อปี ด้วยเหตุนี้ แผนควบคุมยาสูบ ประจำปี 2566 จึงให้ความสำคัญทั้งการส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งและยั่งยืนของประเด็นที่เอื้อต่อความสำเร็จของการบรรลุเป้าหมายของการดำเนินงานควบคุมยาสูบ พร้อมกับการกระตุ้นและสานพลังภาคีเพื่อเร่งขจัดหรือบรรเทาประเด็นที่เป็นอุปสรรคในการชะลอการบรรลุเป้าหมายการดำเนินงานควบคุมยาสูบ

จุดเน้นของแผน

แผนควบคุมยาสูบ ประจำปี 2566 มีจุดเน้น ที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของแผนทั้งสิ้น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการพัฒนานโยบายและการบังคับใช้กฎหมาย ด้านวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร ด้านเครือข่ายการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ และการขยายสถานที่ปลอดบุหรี่ และด้านบริการบำบัดรักษาการติดนิโคติน ซึ่งสอดคล้องกับมาตรการ MPOWER[11] ขององค์การอนามัยโลก และครอบคลุมตามมาตรการ/กิจกรรมในห่วงโซ่ผลลัพธ์ของการลดอัตราการบริโภคยาสูบ ทั้งนี้จุดเน้นแต่ละด้านมีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านการพัฒนานโยบาย และการบังคับใช้กฎหมาย ประกอบด้วยกิจกรรมตามมาตรการ MPOWER ในประเด็น M และ E ดังนี้ คือ

1) สนับสนุนให้หน่วยงานต่างๆ ดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 – 2570

2) สนับสนุนการผลักดันนโยบายที่เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานควบคุมยาสูบ ได้แก่ ร่างกฎกระทรวงกำหนดส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบและสารที่เกิดจากการเผาไหม้ของส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบฯ เป็นต้น

3) เพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ประเด็นการห้ามนำเข้าและห้ามขายบุหรี่ไฟฟ้า ห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่ที่กฎหมายกำหนด โดยเฉพาะสถานที่ที่พบเห็นการได้รับควันบุหรี่มือสองสูง ได้แก่ ตลาดสด/นัด สถานที่บริการอาหาร/เครื่องดื่ม บริการขนส่งสาธารณะ และศาสนสถาน

2. ด้านวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร ประกอบด้วยกิจกรรมตามมาตรการMPOWER ในประเด็น M ,W และ R ดังนี้ คือ

1) พัฒนางานวิจัย/วิชาการ และการจัดการความรู้ที่มีผลต่อการขับเคลื่อนเชิงนโยบายตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3

2) จัดทำข้อมูลความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องของสังคมในประเด็น Hot Issue เช่น ประเด็นบุหรี่ไฟฟ้า บุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้ากับโรคระบาดไวรัสโควิด - 19 บุหรี่กัญชา การปลูกพืชทดแทนใบยาสูบ เป็นต้น

3) พัฒนาศักยภาพและขยายเครือข่ายนักวิชาการควบคุมยาสูบในมิติต่างๆ เช่น เศรษฐศาสตร์ควบคุมยาสูบ กฎหมาย สื่อสารสาธารณะ เป็นต้น

---

[11] 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 ส่งเสริมการขายฯ และอุปถัมภ์โดยอุตสาหกรรมยาสูบ R : Raise taxes on tobacco (ขึ้นภาษียาสูบ)

3. ด้านเครือข่ายการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ และการขยายสถานที่ปลอดบุหรี่ ประกอบด้วยกิจกรรมตามมาตรการ MPOWER ในประเด็น M P W และ E ดังนี้ คือ

1) ปกป้องการได้รับควันบุหรี่มือสองและมือสาม โดยเน้นการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนและเจ้าของสถานที่ต่างๆ รับทราบและปฏิบัติตามกฎหมาย โดยเฉพาะสถานที่ที่พบเห็นการได้รับควันบุหรี่มือสองสูง ได้แก่ ตลาดสด/นัด สถานที่บริการอาหาร/เครื่องดื่ม บริการขนส่งสาธารณะ และศาสนสถาน รวมถึงการรณรงค์บ้านและครอบครัวปลอดบุหรี่

2) พัฒนาและขยายเครือข่ายนักรณรงค์หน้าใหม่ในระดับพื้นที่ ผ่านสถาบันการศึกษา ท้องถิ่น (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ท้องที่ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) และชุมชน รวมทั้งสื่อมวลชนท้องถิ่น รวมถึงสนับสนุนให้เกิด Influencer และ Change Agent ในพื้นที่ และพัฒนาให้เกิดพื้นที่สร้างสรรค์ปลอดปัจจัยเสี่ยง

3) สร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมยาสูบ (Tobacco Control Literacy) เพื่อให้ประชาชนตระหนักและเกิดการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง ที่นำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยไม่สูบบุหรี่ เช่น ข้อมูลอันตรายของผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกรูปแบบ การสูบบุหรี่กับโรคระบาดไวรัสโควิด -19 เป็นต้น

4) เฝ้าระวังและเปิดโปงกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ โดยเฉพาะกลยุทธ์ที่มีผลต่อนโยบายการควบคุมยาสูบของประเทศ และการขยายรูปแบบผลิตภัณฑ์ยาสูบใหม่อื่นๆ เช่น บุหรี่กัญชา เป็นต้น

4. ด้านบริการบำบัดรักษาการติดนิโคติน ประกอบด้วยกิจกรรมตามมาตรการMPOWER ในประเด็น O : Offer help คือ

1) พัฒนา ปรับปรุง และสนับสนุนระบบการให้บริการบำบัดรักษาการติดนิโคตินในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2) ผลักดันให้มียารักษาการติดนิโคตินเข้าสู่บัญชียาหลักและยาสามัญประจำบ้าน

3) สนับสนุนให้เกิดการจัดระบบบริหารจัดการระบบการบำบัดรักษาการติดนิโคตินที่มีประสิทธิภาพ โดยเชื่อมโยงฐานข้อมูลการเลิกบุหรี่ในทุกช่องทางเข้าด้วยกัน

4) ผลักดันให้บูรณาการการให้บริการบำบัดรักษาการติดนิโคตินระหว่างหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้เกิดระบบการรับ–ส่งต่อผู้เข้ารับการบำบัด และการติดตามผลลัพธ์การช่วยเลิกที่มีประสิทธิภาพ

เป้าหมายในการดำเนินงานปี 2566

1. ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ 75)

1.1 มีการพัฒนาข้อมูล/องค์ความรู้ทางวิชาการ ทั้งจากการวิจัย เอกสารเชิงวิชาการ หรือการจัดการความรู้สำหรับการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทย จำนวนไม่น้อยกว่าปีละ 10 เรื่อง/ชิ้น เพื่อสนับสนุนทำให้เกิดความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมยาสูบ (Tobacco control literacy) หรือสนับสนุนนโยบายการจัดการสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ หรือสนับสนุนการพัฒนาระบบภาษียาสูบที่เอื้อต่อการดำเนินงานควบคุมยาสูบ

1.2 มีกระบวนการพัฒนาศักยภาพภาคีด้านการควบคุมยาสูบเครือข่ายเดิมและ/ใหม่ทั้งส่วนกลาง และหรือ ภูมิภาค ท้องถิ่น ชุมชน อย่างน้อย 1 กระบวนการ

1.3 มี 15 จังหวัด ที่มีแผนปฏิบัติการควบคุมยาสูบระดับจังหวัดที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565-2570

2. ตัวชี้วัดร่วม (น้ำหนักร้อยละ 25)

นำใช้ข้อมูลนวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อดำเนินการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาวะทั้ง 4 มิติ และสนับสนุนการทำงานเชิงพื้นที่ องค์กร กลุ่มประชากร และระบบบริการสุขภาพ (อย่างน้อย 1 ครั้ง/ 1 พื้นที่)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาและหนุนเสริมกลไกควบคุมยาสูบระดับชาติและระดับจังหวัดให้มีความเข้มแข็ง รวมถึงพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายที่มีอยู่เดิมและภาคีใหม่ทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ท้องที่และท้องถิ่น และชุมชนในการดำเนินงานควบคุมยาสูบ
2. เพื่อพัฒนาและสนับสนุนให้เกิดการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ และลดการได้รับควันบุหรี่มือสอง
3. เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมยาสูบ (Tobacco Control Literacy) ที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย
4. เพื่อพัฒนางานวิชาการเพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่และลดนักสูบหน้าเดิม รวมถึงเฝ้าระวังอุตสาหกรรมยาสูบ

แนวทางการดำเนินงาน

ประสานและหนุนเสริมการพัฒนานโยบาย การขับเคลื่อนสังคม และการดำเนินงานทางวิชาการ ให้เชื่อมโยงและสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมยาสูบอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. พัฒนา และสนับสนุนให้เกิดนโยบาย มาตรการ กิจกรรม และการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคยาสูบรายใหม่
2. เสริมสร้างให้ประชาชนเกิดความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมยาสูบ (Tobacco Control Literacy) เพื่อสนับสนุนให้เกิดค่านิยมไม่สูบบุหรี่ โดยดำเนินการดังนี้
   2.1 กำหนดประเด็นสื่อสารสาธารณะจากฐานงานวิจัย วิชาการ และการจัดการความรู้ เช่น ยาสูบกับปัญหาสุขภาพ สาระสำคัญของกฎหมาย การบังคับใช้กฎหมาย การรู้เท่าทันธุรกิจยาสูบ เป็นต้น
   2.2 สนับสนุนให้เกิดการสื่อสารสาธารณะที่เข้าถึงทุกภาคส่วน ทุกกลุ่มเป้าหมายตามช่องทางต่างๆ ที่เหมาะสม
   2.3 สร้างกระแสสังคมเพื่อสร้างความตระหนักต่อปัญหา โดยการมีส่วนร่วมของสังคมและการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ
3. พัฒนา และสนับสนุนให้เกิดนโยบาย มาตรการ และกิจกรรมที่เอื้อให้เกิดพื้นที่ปลอดควันบุหรี่
4. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายให้สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมยาสูบโดยใช้ข้อมูลเป็นฐาน โดยดำเนินการ ดังนี้
   4.1 สนับสนุนให้เกิดการเชื่อมร้อยการทำงานระหว่างภาคีหลักทั้งพลังนโยบาย พลังปัญญา และพลังสังคมเพื่อสานพลังการดำเนินงานควบคุมยาสูบและมุ่งสู่การมีสุขภาวะที่ดี
   4.2 พัฒนาฐานข้อมูลการวิจัย งานวิชาการ การจัดการความรู้ การประเมินผล รวมถึงการพัฒนาต้นแบบต่างๆ สำหรับใช้ประโยชน์ในการผลักดันงานควบคุมยาสูบ สนับสนุนงานรณรงค์ ขับเคลื่อนเชิงนโยบาย และติดตามประเมินผล

4.3 พัฒนาและผลักดันนโยบายสาธารณะ ตลอดจนสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สังคม ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม และประชาชน

4.4 พัฒนาต้นแบบ นวัตกรรม หรือรูปแบบการดำเนินงานใหม่ ๆ ที่ช่วยให้การดำเนินงานควบคุมยาสูบมีประสิทธิภาพ ทั้งการลดอัตราการบริโภคยาสูบ ลดนักสูบหน้าใหม่ ลดการได้รับควันบุหรี่

5. เพิ่มความเข้มแข็งของระบบและกลไกของระบบบริการเลิกบุหรี่

5.1 ขยายการเข้าถึงระบบบริการเลิกบุหรี่ทั้งใน (เชิงรับ) และนอก (เชิงรุก) ระบบบริการสาธารณสุข

5.2 ผลักดันให้มียารักษาการเสพติดนิโคตินในบัญชียาหลักให้มากขึ้น เพื่อการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ

5.3 พัฒนาและสนับสนุนการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยียุคดิจิทัลเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการบำบัดรักษาการติดนิโคติน

5.4 เชื่อมประสานและสนับสนุนให้เกิดการเชื่อมโยงหรือบูรณาการการบำบัดรักษาการติดนิโคตินระหว่างภาคีที่เกี่ยวข้อง

5.5 สนับสนุน และผลักดันให้สถานพยาบาล ขอรับการประเมินมาตรฐาน HA ที่เกี่ยวข้องกับบริการเลิกบุหรี่

6. ผลักดันและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบภาษียาสูบที่มีเป้าหมายเพื่อลดการบริโภคยาสูบ

6.1 ปรับปรุงโครงสร้างภาษียาสูบ ที่ครอบคลุมทั้งบุหรี่ซิกาแรตและยาเส้น

6.2 ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนามาตรการหรือแนวทางลดผลกระทบของชาวไร่ยาสูบ และการปลูกพืชทดแทน

กลุ่มแผนงาน

แผนควบคุมการบริโภคยาสูบ ประกอบด้วย 4 กลุ่มแผนงาน ซึ่งแต่ละกลุ่มแผนงานมีภารกิจโดยสังเขปดังนี้

1. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย

1.1 พัฒนาองค์กรหลักของรัฐด้านการควบคุมยาสูบ รวมถึงสนับสนุน เสริมสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนให้แก่หน่วยจัดการหลักในภาครัฐ เช่น คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ (คผยช.) คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด (คผยจ.) กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กองกฎหมาย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยพัฒนาข้อเสนอเพื่อผลักดันนโยบายและการบังคับใช้กฎหมายด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ ตลอดจนร่วมผลักดันกฎหมายและมาตรการควบคุมยาสูบของประเทศตามกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลกในประเด็นต่าง ๆ อาทิ มาตรา 5.3 การป้องกันการแทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบโดยอุตสาหกรรมยาสูบ มาตรา 6 มาตรการด้านราคา และด้านภาษี มาตรา 9 การเปิดเผยส่วนประกอบ มาตรา 11 การบรรจุหีบห่อและภาพคำเตือน มาตรา 13 การห้ามโฆษณา ส่งเสริมการขายยาสูบ และสนับสนุนโดยอุตสาหกรรมยาสูบ มาตรา 14 การให้บริการเลิกบุหรี่และผลิตภัณฑ์ยาสูบ มาตรา 15 การค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมาย

1.2 พัฒนานโยบายและมาตรการใหม่ โดยลำดับความสำคัญจากข้อสรุปทางวิชาการ และเงื่อนไขทางยุทธศาสตร์ เช่น นโยบายที่เน้นการลดการบริโภคยาเส้น การป้องกันบุหรี่หนีภาษีและบุหรี่ปลอม

การปรับปรุงโครงสร้างภาษียาสูบและระบบการจัดเก็บภาษี การยกเลิกสิทธิประโยชน์ทางภาษียาสูบ การขยายการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ อีกทั้งการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย/มาตรการสำคัญ อาทิ การเพิ่มสารที่ทำให้บุหรี่ดับง่ายเพื่อลดปัญหาอัคคีภัย สนับสนุนให้ปลูกพืชทดแทนการปลูกใบยาสูบ

1.3 สนับสนุนการผลักดันให้เกิดการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 โดยมุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการบังคับใช้กฎหมาย

1.4 เน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการมีบทบาทการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย โดยเปิดช่องทางการสื่อสารเพื่อรับเรื่องร้องเรียนให้ประชาชนแจ้งเหตุได้สะดวกมากขึ้น

1.5 การสนับสนุนการดำเนินงานตามกรอบอนุสัญญาควบคุมการบริโภคยาสูบ และการพัฒนาศักยภาพคณะผู้แทนไทยในเวทีสากล

2. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร

สนับสนุนให้ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ (ศจย.) ร่วมกับภาคีทางวิชาการต่าง ๆ ในการพัฒนางานวิจัย จัดการความรู้ การศึกษา และฝึกอบรม

2.1 การสนับสนุนการวิจัย โดยการพัฒนางานวิชาการที่สำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบทั้งในเชิงนโยบาย และการศึกษาผลลัพธ์ รวมถึงผลกระทบจากการบริโภคยาสูบในมิติด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ เน้นการพัฒนางานวิชาการที่เป็นจุดคานงัดให้สร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคยาสูบ เช่น งานวิจัยเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการสร้างภูมิคุ้มกันทางบวกให้แก่เด็กและเยาวชนซึ่งเป็นนักสูบหน้าใหม่ ภาษีสรรพสามิตโดยเฉพาะภาษียาเส้น การวิเคราะห์ทางเลือกผู้ปลูกยาสูบ แนวทางการปรับปรุงโควต้าปลูก/รับซื้อใบยาสูบ เป็นต้น

2.2 สังเคราะห์งานวิชาการ/งานวิจัยเพื่อผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบาย (Policy Advocacy) จากการถอดบทเรียนและจัดการองค์ความรู้ด้านการควบคุมยาสูบ และดำเนินการให้มีการสื่อสารผ่านสื่อสาธารณะอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะข้อเสนอที่สามารถผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับประเทศและนำไปสู่การรณรงค์กับภาคส่วนต่างๆ ในสังคม รวมทั้งสนับสนุนการจัดทำรายงานและการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับหน่วยงานสากลตามกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (WHO Framework Convention on Tobacco Control : FCTC)

2.3 การพัฒนาระบบฐานข้อมูล องค์ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ รวมถึงการสื่อสารข้อมูลงานวิจัยต่อผู้กำหนดนโยบายและผู้ขับเคลื่อนทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่

2.4 การพัฒนาเครือข่ายนักวิชาการด้านการควบคุมยาสูบ (Knowledge Generator) เชื่อมต่อกับผู้ใช้ข้อมูลความรู้ (Knowledge User) ในระดับต่างๆ เพื่อสนับสนุนงานการควบคุมยาสูบอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

2.5 การพัฒนาระบบการประเมินผลการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทยตามกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (WHO-FCTC)

3. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่าย การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ และการขยายสถานที่ปลอดบุหรี่

3.1 สร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมยาสูบ (Tobacco Control Literacy) โดยสนับสนุนการจัดกิจกรรมพิเศษและสร้างกระแสสังคม เพื่อรณรงค์กระตุ้นให้เกิดการตื่นตัวและปลูกฝังค่านิยมการไม่สูบบุหรี่ การขยายพื้นที่รูปธรรมปลอดบุหรี่ การรณรงค์บ้านปลอดบุหรี่ การรักษาสิทธิของตนเองจากการได้รับอันตรายของควันบุหรี่มือสอง การสร้างจิตอาสาเพื่อลดการสูบบุหรี่ และการสนับสนุนนโยบายที่สำคัญ การเลิกบุหรี่ การสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและองค์กรต่าง ๆ ในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

ตลอดจนจัดตั้งเครือข่ายเฝ้าระวังและเปิดโปงกลยุทธ์ต่าง ๆ ของบริษัทบุหรี่ให้สังคมรับรู้ และผลักดันให้เกิดการพัฒนาและแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

3.2 พัฒนาและขยายรูปแบบการทำงานกับกลุ่มเยาวชนเพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่ รวมทั้งขยายการดำเนินงานในกลุ่มอาชีวศึกษา กลุ่มผู้ด้อยโอกาส ผู้ที่มีภูมิลำเนาในชนบท และพื้นที่ภาคใต้ซึ่งมีอัตราการสูบบุหรี่สูง

3.3 พัฒนาและขยายเครือข่ายในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่มต่าง ๆ ทั้งที่ดำเนินการมาแล้วหรือภาคีใหม่ เช่น โรงพยาบาล สตรี สื่อมวลชน ผู้ใช้แรงงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มคนที่เลิกบุหรี่ได้ กลุ่มผู้นำทางสังคมที่ไม่สูบบุหรี่ และการพัฒนาช่องทางสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ใหม่ ๆ ในกลุ่มเป้าหมายเยาวชน

3.4 ขยายแนวร่วมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรรวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนงานด้านการรณรงค์และการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย เช่น เครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบจากบุหรี่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ สื่อมวลชน จังหวัดปลอดบุหรี่ เครือข่ายครูนักรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เครือข่ายเยาวชน เป็นต้น

3.5 สนับสนุนการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัดให้มีประสิทธิภาพ เพื่อรณรงค์ลดการบริโภคและการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายในภาคประชาสังคม ตลอดจนการสนับสนุนภาคีเครือข่ายของ สสส. กับแผนอื่น ๆ ทั้งภาคีเชิงประเด็น ภาคีเชิงองค์กร และภาคีเชิงพื้นที่ เพื่อสอดแทรกการลดการบริโภคยาสูบในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอื่นๆ

3.6 การสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาและขยายผลนวัตกรรม ทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร ในการดำเนินงานเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบในหน่วยงานต่างๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน มหาวิทยาลัย เป็นต้น รวมถึงการสนับสนุนให้บุคลากรในหน่วยงานต่างๆ ที่ติดบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ เพื่อขยายเครือข่ายแนวร่วมการทำงานให้มากขึ้น

3.7 การพัฒนาและขยายผลนวัตกรรมในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ในองค์กรที่มีนโยบายพัฒนาคุณภาพการจัดเขตปลอดบุหรี่ให้มีประสิทธิผล รวมทั้งการสนับสนุนบุคลากรที่ติดบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ เพื่อขยายเครือข่ายแนวร่วมให้มากขึ้น

3.8 ส่งเสริมและสนับสนุนให้เครือข่ายภาคีการควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม โดยจะสนับสนุนการทำงานของเครือข่ายทางด้านองค์ความรู้ที่ถอดบทเรียนจากการทำงานและสื่อพร้อมใช้ รวมทั้งการจัดกระบวนการในการพัฒนาศักยภาพและติดตาม เพื่อเสริมหนุนการดำเนินโครงการของเครือข่าย ได้แก่ เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายโรงพยาบาล เครือข่ายครู และเครือข่ายเยาวชน

4. กลุ่มแผนงานสนับสนุนบริการบำบัดรักษาการติดนิโคติน

4.1 การพัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่ระดับชาติ และระดับจังหวัด รวมทั้งสายด่วนเลิกบุหรี่แห่งชาติ (National Quit-line) ให้เข้มแข็งขึ้น พัฒนาให้เกิดคู่มือในการช่วยบำบัดรักษาการติดนิโคตินในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย อาทิ กลุ่มผู้หญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กและเยาวชน เป็นต้น เพื่อรองรับสู่สังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ รวมถึงการพัฒนารูปแบบบริการรับและส่งต่อผู้ติดบุหรี่ระหว่างศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติกับโรงพยาบาลนำร่องให้พร้อมสำหรับการขยายผลในระดับประเทศ

4.2 สนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อการไม่สูบบุหรี่ อาทิ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ แพทย์แผนไทย เป็นต้น เพื่อขยายการส่งเสริมและกระตุ้นให้บุคลากรสาธารณสุขเข้ามามีบทบาทในการผลักดันนโยบาย สนับสนุนระบบบริการเลิกบุหรี่ใน

สถานพยาบาลระดับต่างๆ รวมถึงการส่งต่ออย่างเป็นระบบ ตลอดจนการขยายและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครในการให้คำแนะนำช่วยเลิกบุหรี่ และการสนับสนุนนวัตกรรมเลิกบุหรี่

4.3 สนับสนุนให้มีการพัฒนาสถานพยาบาลเพื่อขอรับการประเมินมาตรฐาน HA ที่เกี่ยวข้องกับบริการเลิกบุหรี่

นอกจากนี้ แผนควบคุมการบริโภคยาสูบได้สนับสนุนการทำงานเพื่อให้เกิดการบูรณาการงานร่วมกัน โดยเฉพาะแผนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงหลักและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม ดังนี้

- เชื่อมประเด็นการทำงานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทั้งสุรา ยาสูบ ยาเสพติด อุบัติเหตุทางถนน ภัยพิบัติและพนัน ผ่านเครือข่ายสถาบันอุดมศึกษา โดยเน้นการกำหนดเป้าหมาย/กรอบงาน (Framework) ร่วมกัน ที่เน้นยกระดับสุขภาวะของกลุ่มเป้าหมายเป็นสำคัญ และพัฒนาให้เกิดวิธีการ (How to) รวมถึงการร่วมขับเคลื่อนให้เกิดต้นแบบสถาบันอุดมศึกษาหรือการขับเคลื่อนเชิงนโยบายสาธารณะ
- สร้างพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาคีหลักที่สนับสนุนงานให้สถานประกอบการดำเนินการเรื่องสถานประกอบการปลอดเหล้า ปลอดบุหรี่ และมาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนน โดยเน้นให้เกิดการจัดทำฐานข้อมูลร่วมกัน ทั้งชุดความรู้ คู่มือ เครื่องมือสนับสนุน และรายชื่อสถานประกอบการ เพื่อร่วมหาต้นแบบ
- เชื่อมภาคีเครือข่ายหลักที่ดำเนินการในกลุ่มเครือข่ายต่างๆ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมออนามัย และวัด ในการสนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และร่วมกำหนดแนวทางบูรณาการงานร่วมกัน
- บูรณาการการทำงานกับแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรเพื่อสนับสนุนให้วัดในเครือข่ายมีการดำเนินการเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยง (ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพนัน)

ภาคีหลัก

แผนควบคุมการบริโภคยาสูบ มีภาคีหลักทั้งภาคีเชิงนโยบาย ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม ร่วมสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมยาสูบ ไม่น้อยกว่า 30 ภาคี ดังนี้

กลุ่มภาคี	ชื่อภาคี
ภาคีเชิงนโยบาย	- คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ (คผยช.) - คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด (คผยจ.) - กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบกองกฎหมาย กรมควบคุมโรค - กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข - กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข - กรุงเทพมหานคร - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กลุ่มภาคี	ชื่อภาคี
	หน่วยงานของรัฐ อาทิ กระทรวงการคลัง กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงยุติธรรม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงพาณิชย์ *กระทรวงดิจิทัล*เพื่อเศรษฐกิจและสังคม และ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค
ภาควิชาการ	- คณาจารย์ นักวิจัย และนักวิชาการจากสถาบันอุดมศึกษา เช่น มหาวิทยาลัยมหิดล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เป็นต้น
ภาคประชาสังคม	- มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ - สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย - แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ - สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี - สภาเภสัชกรรม - มูลนิธิเภสัชกรรมชุมชน - ทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ - สมาคมหมออนามัย - สภาเทคนิคการแพทย์ - สภากายภาพบำบัด - สมาคมแพทย์แผนไทย - สมาคมพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อม - มูลนิธิเพื่อนหญิง - เครือข่ายยุวทัศน์ - สภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย - เครือข่ายหมออนามัย - เครือข่ายพระสงฆ์ - มูลนิธิสร้างสุขไทย - มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ - สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย - สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย - สื่อมวลชนภาคธุรกิจเอกชนต่างๆ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย	95.00
กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร	34.00
กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่าย การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ และการขยายสถานที่ปลอดบุหรี่	159.50
กลุ่มแผนงานสนับสนุนบริการบำบัดรักษาการติดนิโคติน	20.00
การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	1.50
รวม	**310.00**

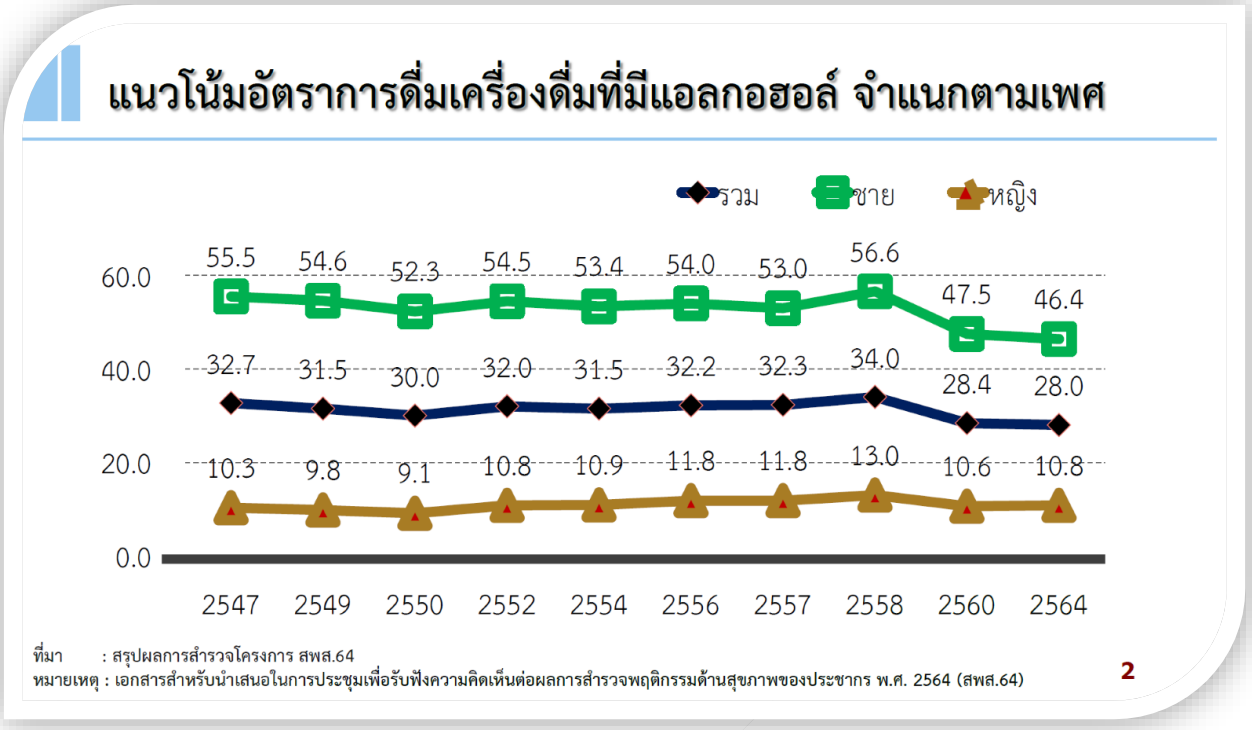
2. แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด มุ่งตอบสนองเป้าประสงค์ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs : The Sustainable Development Goals) ที่กล่าวถึงการมีสุขภาวะในการดำรงชีวิตและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกช่วงอายุ และสอดรับกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ในประเด็นปรับเปลี่ยนค่านิยมและวัฒนธรรม และประเด็นเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี รวมถึงสอดรับกับยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคมในประเด็นการเสริมสร้างพลังทางสังคม และยุทธศาสตร์ที่ 6 ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐ ในประเด็นกฎหมายมีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทต่างๆ และมีเท่าที่จำเป็น โดยแผนฯ จะมุ่งดำเนินการให้เกิดผลลัพธ์สำคัญ ประกอบด้วย ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ซึ่งการดำเนินงานด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสอดคล้องตาม แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 พ.ศ. 2564 –2570 ซึ่งดำเนินการตามกรอบนโยบายองค์การอนามัยโลก เพื่อสร้างสังคมที่ปลอดภัยจากปัญหาผลกระทบการบริโภคแอลกอฮอล์ มีเป้าหมายการดำเนินการ 4 ประการ คือ (1) ควบคุมและลดปริมาณการบริโภคของประชาชน (2) ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ และควบคุมจำนวนผู้บริโภค (3) ลดความเสี่ยงจากการบริโภค ทั้งในมิติของปริมาณการบริโภค รูปแบบการบริโภค และพฤติกรรมหลังการบริโภค และ(4) จำกัดและลดความรุนแรงของปัญหาจากการบริโภค โดยสอดคล้องกับการบรรลุเป้าหมายสูงสุดของห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome: CoO) นั่นคือ การลดอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

1.1 สถานการณ์ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

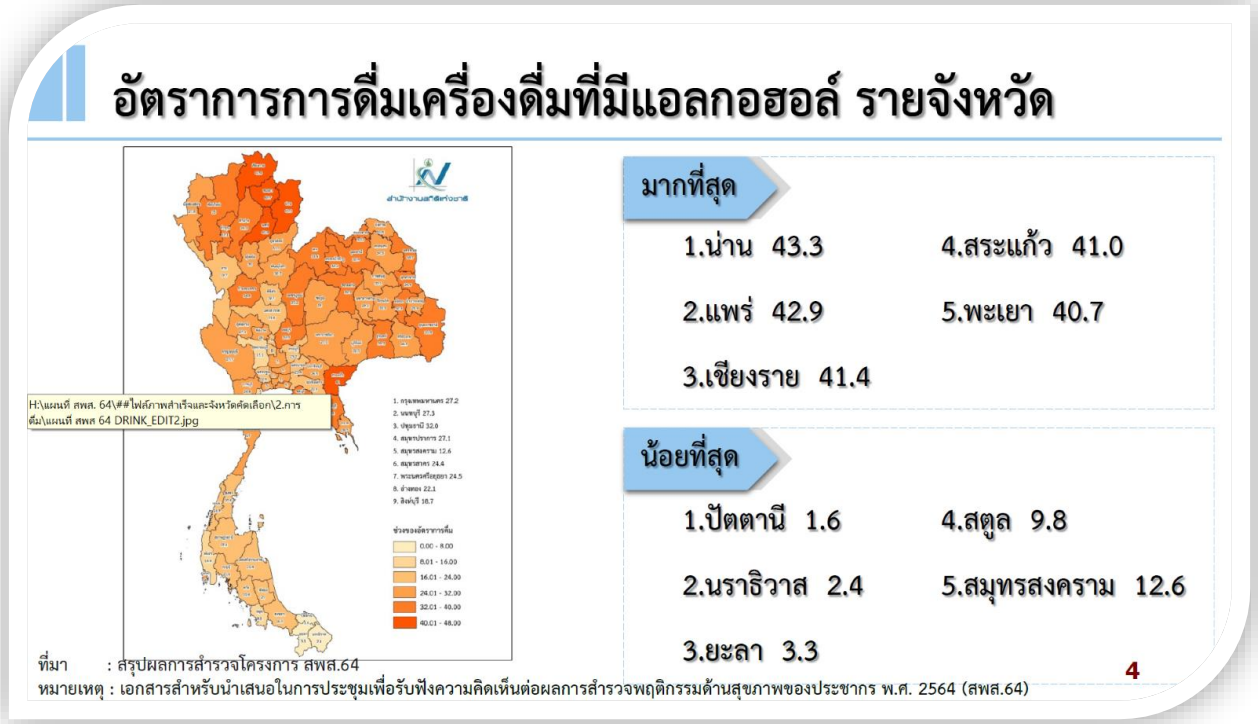
จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วงปี พ.ศ. 2544 – 2564 จากข้อมูลสัดส่วนผู้ดื่มในปัจจุบัน (current drinker) ซึ่งหมายถึงผู้ที่ดื่มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาจนถึงวันที่ทำการสำรวจ พบว่า อัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ค่อนข้างคงที่ โดยที่เคลื่อนไหวอยู่ในช่วงร้อยละ 30 ในปี พ.ศ.2550 โดยเพิ่มขึ้นร้อยละ 34.00 ในปี พ.ศ.2558 และลดลงเหลือเพียงร้อยละ 28.41 ในปี พ.ศ. 2560 และลดลงอย่างต่อเนื่องเหลือ ร้อยละ 28.00 ในปี พ.ศ.2564 โดยเพศชายมีอัตราการดื่มลดลง ขณะที่เพศหญิงมีอัตราการดื่มเพิ่มขึ้น



และกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-19 ปี) มีอัตราการดื่มลดลงเหลือ ร้อยละ 9.00 อย่างไรก็ตาม พบว่ากลุ่มเยาวชนมีแนวโน้มที่จะดื่มประจำเพิ่มขึ้น โดยมีจำนวนผู้ดื่มแต่ละกลุ่มที่สำคัญ ดังนี้ ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน (ดื่มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา) มีจำนวน 15.96 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 28.00 แบ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 46.4 และเพศหญิง ร้อยละ 10.8 ซึ่งในปี 2560 ถือเป็นปีแรกที่นักดื่มปัจจุบันในกลุ่มเพศชาย ลดลงมาต่ำกว่า ร้อยละ 50.00 และลดลงมาอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ.2564 ในกลุ่มนักดื่มปัจจุบันยังสามารถแบ่งเป็น กลุ่มนักดื่มประจำ 6.99 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.26 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มนักดื่มเป็นครั้งคราวมี 8.97 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.74 สะท้อนให้เห็นว่ามีความถี่ในการดื่มลดลง ผู้ไม่เคยดื่มเลย 32.47 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 56.95 และผู้ที่เคยดื่มแต่เลิกแล้ว (ไม่ได้ดื่มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา) 8.58 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 15.05 นักดื่มที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนสูงกว่านักดื่มที่อยู่ในเขตเทศบาลเล็กน้อย ในปี พ.ศ. 2564 มีนักดื่มในเขตเทศบาลร้อยละ 27.7 และนอกเขตเทศบาลร้อยละ 28.4 สถานการณ์การบริโภคแอลกอฮอล์ในภูมิภาค จากข้อมูลผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ.2564 พบว่า ภาคเหนือมีความชุกของนักดื่มสูงสุด คือ ร้อยละ 33.1 รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 32.3 ภาคใต้และกรุงเทพมหานคร เท่ากันคือ ร้อยละ 27.2 และภาคกลาง มีความชุกของนักดื่มน้อยที่สุด ร้อยละ 26.8 เมื่อพิจารณารายจังหวัดพบว่า จังหวัดที่มีการดื่มสุราอย่างสม่ำเสมอมากกว่า ร้อยละ 40 มีจำนวนทั้งสิ้น 5 จังหวัด ได้แก่ จ.น่าน (ร้อยละ 43.3) รองลงมาเป็น จ.แพร่ (ร้อยละ 42.9) จ.เชียงราย (ร้อยละ 41.4) จ.สระแก้ว (ร้อยละ 41.0) และ จ.พะเยา (ร้อยละ 40.7)[12,13] ตามลำดับ

[12] การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร ปี 2544,2547, 2550, 2554, 2557, 2560 , 2564 สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

[13] การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี 2549, 2552, 2556, 2558 , สำนักงานสถิติแห่งชาติ

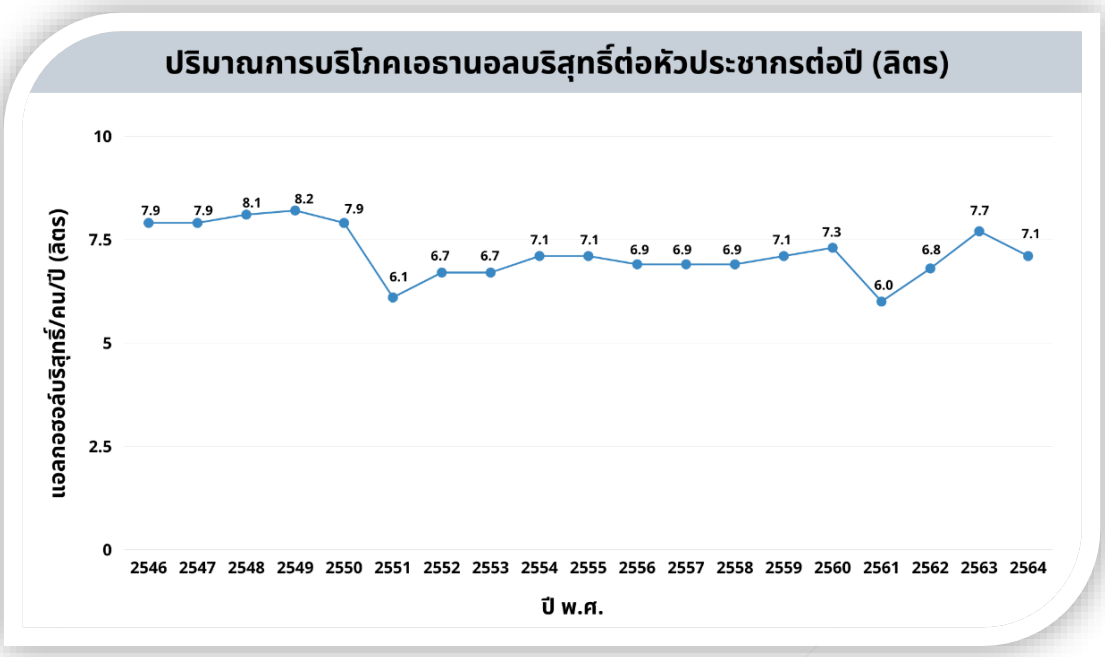


เมื่อพิจารณาข้อมูลจากการสำรวจสุขภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย พบว่า สัดส่วนของผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตรายมีแนวโน้มลดลงมาโดยตลอด จาก ร้อยละ 9.10 ใน พ.ศ. 2557 เป็น ร้อยละ 7.30 ใน พ.ศ. 2552 ลดลงเหลือ ร้อยละ 3.40 ใน พ.ศ. 2557 และลดลงอย่างต่อเนื่องเหลือ ร้อยละ 0.5 ใน พ.ศ. 2563 โดยลดลงทั้งในเพศชายและเพศหญิง ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่า พฤติกรรมการดื่มอย่างหนักของประชากรไทยมีแนวโน้มที่ดีขึ้น คือ “มีการลดลง” นั้นเอง[14]

ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี ถือเป็นตัวชี้วัดสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สำคัญ เนื่องจากปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์อย่างชัดเจนซึ่งจะเห็นได้ว่าปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี มีปริมาณสูงกว่า 8 ลิตรต่อคนต่อปี ในช่วง พ.ศ. 2549 และลดลงอย่างชัดเจนมาอยู่ที่ 6.08 ลิตรต่อคนต่อปี ใน พ.ศ.2551 ซึ่งเป็นปีที่ประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 หลังจากนั้นค่อนข้างคงที่อยู่ระหว่าง 6.67-7.29 ลิตรต่อคนต่อปี นอกจากนี้ มีการลดลง ใน พ.ศ.2561 มาอยู่ที่ 5.95 ลิตรต่อคนต่อปี เป็นผลมาจากการประกาศใช้ พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 (เปลี่ยนฐานภาษีเป็นราคาขายปลีกแนะนำ) และเริ่มกลับมาสูงขึ้นเมื่อผู้ผลิตและผู้บริโภคเริ่มปรับตัวได้ และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องอยู่ที่ 7.67 ลิตรต่อคนต่อปี ใน พ.ศ.2563 และลดลงเหลือ 7.1 ลิตรต่อคนต่อปี ใน พ.ศ.2564[15]

[14] รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 (ปี 2546- 2547) ครั้งที่ 4 (ปี 2551-2552) และ ครั้งที่ 5 (ปี 2556-2557) ครั้งที่ 6 (ปี 2562-2563) นนทบุรี; สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

[15] สถิติการผลิต จำหน่าย และการเก็บภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. สำนักมาตรฐานและจัดเก็บภาษี 1.กรมสรรพสามิต.

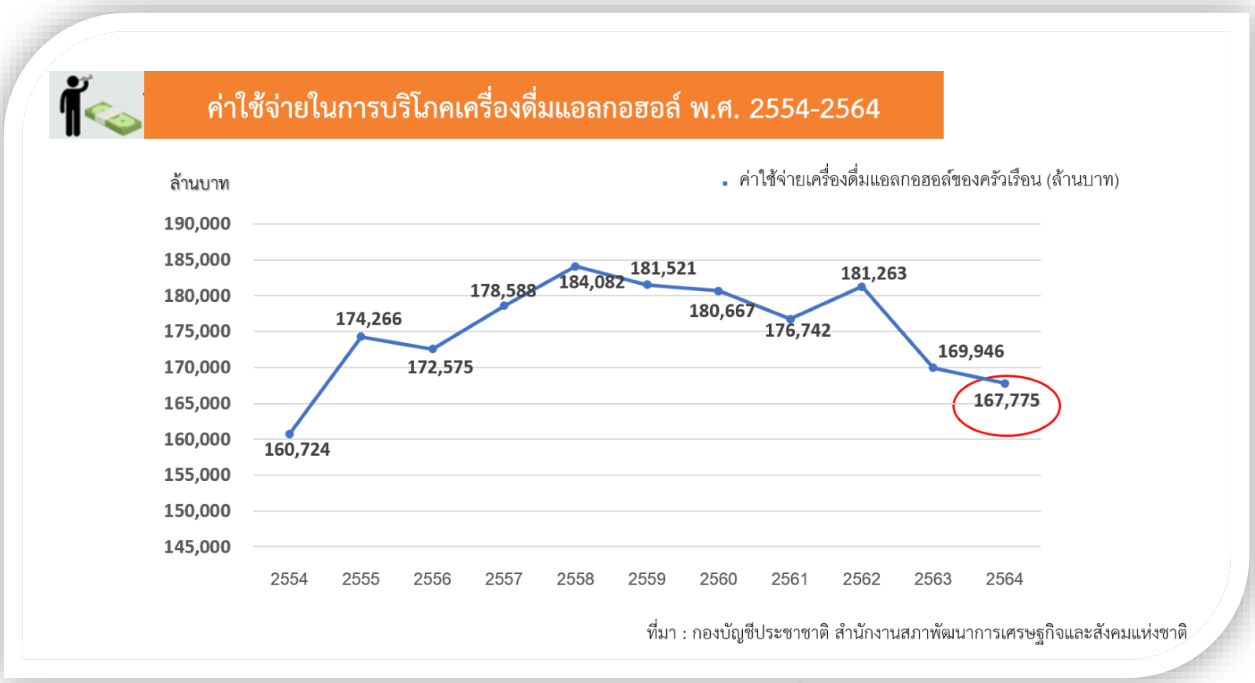


ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่บริโภค ในปี พ.ศ. 2564 (ตอบได้มากกว่า 1 ประเภท) พบว่าส่วนใหญ่ดื่มเบียร์มากที่สุด คือ ร้อยละ 43.39 อันดับสองเป็นสุราขาว ร้อยละ 25.60 อันดับสามเป็นสุราสี/สุราแดง ร้อยละ 16.35 อันดับสี่คือสุรากลั่นชุมชน ร้อยละ 3.73 และอันดับห้า คือ ไวน์คูลเลอร์/สุราผสมน้ำผลไม้ ร้อยละ 2.56[16]

ข้อมูลภาวะสังคมไทย โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า ค่าใช้จ่ายในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงจาก 169,946 ล้านบาท ใน พ.ศ.2563 เป็น 167,775 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2564[17]

[16] รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

[17] ค่าใช้จ่ายและร้อยละของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ (แบบปริมาณลูกโซ่) ปี พ.ศ.2554 - 2563 รายปี. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ



จากการวิจัยการศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคมจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ.2560 ได้ประมาณการความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งหมดคิดเป็นมูลค่า 86,000 ล้านบาท หรือคิดเป็น ร้อยละ 0.56 ของมูลค่า GDP ของประเทศไทย แบ่งเป็น ต้นทุนทางตรงมูลค่า 3,945 ล้านบาท (ค่ารักษาพยาบาล 2,508 ล้านบาท ค่าดำเนินคดีความ 1,407 ล้านบาท และค่าความเสียหายต่อทรัพย์สินจากอุบัติเหตุจราจรทางบก 31 ล้านบาท) และต้นทุนทางอ้อม 82,000 ล้านบาท (จากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรการเสียผลิตภาพจากการขาดงาน) แสดงให้เห็นว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้เกิดความสูญเสียต่อสังคมวงกว้าง[18]

1.2 สถานการณ์ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

ปัญหายาเสพติดนับเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลกมายาวนาน และทวีความรุนแรงมากขึ้นทุกวัน ส่งผลกระทบในหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพทางกายและจิตของผู้เสพ ผลกระทบต่อสังคมและคนรอบข้าง นอกจากนี้ยังส่งผลไปในด้านการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนความมั่นคงของประเทศ ปัญหายาเสพติด จึงเป็นปัญหาที่มิใช่เฉพาะเนื่องจากการระบาดและการเจ็บป่วยจากโรคเท่านั้น แต่ยังมีความเกี่ยวเนื่องกับปัญหาพื้นฐานของสังคมอีกด้วย ในบทนี้จะกล่าวถึงสถานการณ์และปัญหายาเสพติดตั้งแต่ระดับโลก ระดับภูมิภาค และระดับประเทศตามลำดับ

ประชากรไทยอายุ 12 - 65 ปี มีแนวโน้มการใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจครัวเรือนระดับชาติเพื่อประมาณการจำนวนผู้ใช้สารเสพติดทั่วประเทศ พบว่าในปี พ.ศ. 2562 มีประชากรไทยอายุระหว่าง 12 - 65 ปี ประมาณร้อยละ 1.33 ได้ใช้กัญชาใน 12 เดือนที่ผ่านมา และมีราวร้อยละ 1.30 ได้ใช้ยาบ้า ซึ่งเป็นตัวเลขประมาณการที่สูงกว่าค่าประมาณการในการสำรวจก่อนหน้าในปี พ.ศ. 2559 โดยสูงกว่า

[18] ธัชนันท์ โกมลไพศาล (2558). การศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคมจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2554; การพัฒนาไฟล์ต้นแบบในการประเมิน.

ถึงราวสามเท่าสำหรับกัญชา และเกือบสองเท่าสำหรับยาบ้า โดยเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด[19] พบว่า ความชุกของการเคยใช้สารเสพติดผิดกฎหมายในช่วงชีวิตในเยาวชนอายุ 12–19 ปี ในปี พ.ศ. 2559 พบได้สูงอยู่แล้วถึงราวร้อยละ 6.6 และในเยาวชนอายุ 20 – 24 ปี สูงถึงร้อยละ 9.7 โดยยังคงมีการใช้สารในปัจจุบัน (ใช้อย่างน้อย 1 ครั้งในปีที่ผ่านมาของการสำรวจปี พ.ศ. 2559) ประมาณร้อยละ 2 และมีการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายใน 30 วันที่ผ่านมาของเด็กและเยาวชนราวร้อยละ 1 โดยกลุ่มอายุที่ยังคงมีการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายเป็นประจำ (ใช้อย่างน้อย 20 วัน ในหนึ่งเดือน) สูงที่สุดคือกลุ่มเยาวชนอายุ 20 - 24 ปี ซึ่งมีการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายเป็นประจำร้อยละ 0.8 นอกจากนี้ จากการสำรวจระบาดวิทยาด้านสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ในปี พ.ศ. 2560 โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป[20] พบสารเสพติดที่ประชากรไทยใช้มากที่สุดในช่วงชีวิต คือ กัญชา โดยเมื่อแบ่งตามกลุ่มอายุจะพบว่า สัดส่วนการใช้สารเสพติดตลอดชีพไม่ว่าจะเป็นกัญชาหรือเมทแอมเฟตามีนได้สูงสุดในเยาวชนอายุ 18–24 ปี และผู้ใหญ่ตอนต้นอายุ 25 – 34 ปี โดยมีการใช้กัญชาในกลุ่มอายุดังกล่าวประมาณร้อยละ 12 และพบการใช้เมทแอมเฟตามีนอยู่ที่ประมาณร้อยละ 11 สำหรับกลุ่มอายุที่มีพฤติกรรมการติดสารเสพติดผิดกฎหมายตลอดชีพสูงที่สุด คือ ผู้ใหญ่ตอนต้นอายุ 25 – 34 ปี พบสูงถึงร้อยละ 7.6 รองลงมาคือ กลุ่มเยาวชนอายุ 18–24 ปี ตามลำดับ

ข้อมูลจากคดีการจับกุมโดยสำนักงาน ปปส. ปี พ.ศ.2564 มีการจับกุมคดียาเสพติดทั้งหมด 337,186 คดี ผู้ต้องหา 350,758 คน ของกลางยาบ้า 554.7 ล้านเม็ด ไอซ์ 26,662 กิโลกรัม เฮโรอีน 4,520 กิโลกรัม คีตามีน 1,350 กิโลกรัม โคเคน 45 กิโลกรัม เอ็กซ์ตาซี 447,213 เม็ด และกัญชา 41,473 กิโลกรัม พบว่าจำนวนคดีได้เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2563 มีการจับกุมคดียาเสพติดทั้งหมด 324,552 คดี ผู้ต้องหา 335,867 คน การแสวงประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีในการค้ายาเสพติด การติดต่อสื่อสาร การเงิน การขนส่ง มีมากขึ้น ส่งผลให้ยาเสพติดกับผู้เสพใกล้กันมากขึ้นด้วยเทคโนโลยี การค้ายาเสพติดในปัจจุบัน นอกจากการค้ายาเสพติดแบบทั่วไปแล้ว ยังพบว่ากลุ่มผู้ค้ายาเสพติดได้ใช้ช่องทางออนไลน์ควบคู่กับการส่งยาเสพติดทางพัสดุ ไปรษณีย์ในการกระจายยาเสพติดไปสู่กลุ่มผู้เสพมากขึ้น ซึ่งกลุ่มผู้ใช้ส่วนใหญ่เป็นเด็กและเยาวชน พบว่ามีการซื้อขายยาเสพติดเกือบทุกชนิดอย่างแพร่หลาย แจ้งราคาขายชัดเจน มีช่องทางการส่งให้เลือกหลากหลาย เช่น นัดรับ ส่งผ่านไปรษณีย์ทั้งภาครัฐและเอกชน ปัจจุบันธุรกิจทางโลจิสติกส์ทั้งระบบในประเทศไทยมีอัตราขยายตัว อย่างต่อเนื่อง ทำให้การขนส่งมีความสะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น

ข้อมูลจากระบบการบำบัดรักษายาเสพติด (บสต.) ปี พ.ศ.2564 พบว่ามีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด 155,500 ราย (ปี พ.ศ. 2563 มีผู้เข้ารับการ 212,646 ราย) ส่วนใหญ่ยังคงเป็นเพศชาย ร้อยละ 89.66 เมื่อพิจารณากลุ่มอายุของผู้เข้าบำบัดทั้งหมด ส่วนใหญ่กลุ่มอายุ 25-29 ปี ร้อยละ 18.24 รองลงมา คือกลุ่มอายุ 20-24 ปี ร้อยละ 17.01 กลุ่มอายุ 30-34 ปี ร้อยละ 15.29 และกลุ่มอายุ 35-39 ปี ร้อยละ 13.78 ผู้เข้าบำบัดรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้เสพ ร้อยละ 63.61 รองลงมาคือ ผู้ติด ร้อยละ 31.99 และผู้ใช้ ร้อยละ 4.40[21]

จากสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคโควิด-19 ทั่วโลก ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2563 ทำให้ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ดังกล่าวเช่นกัน โดยผลกระทบต่อปัญหาการเสพติดของประเทศ จากการระบาดของโรคโควิด-19 เกิดขึ้นจากมาตรการต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องทำเพื่อป้องกันและแก้ไข

---

[19] เครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) การสำรวจครัวเรือนเพื่อประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดในประเทศไทย พ.ศ. 2562

[20] กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข การสำรวจระบาดวิทยาด้านสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2560

[21] ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.). จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมด ปีงบประมาณ 2564. https://antidrugnew.moph.go.th/ เข้าถึง ณ วันที่ 25 เมษายน 2565.

ปัญหาการระบาดของไวรัสให้ได้อย่างทันท่วงที นอกจากส่งผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของคนในประเทศ และทั่วโลกแล้ว ยังส่งผลต่อสภาพจิตใจ และอาจส่งผลทั้งด้านบวกและลบต่อพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของเด็กและเยาวชนและประชากรทั่วไปโดยสถานการณ์ด้าน "supply" หรือ อุปทานของปัญหาสารเสพติดภายในประเทศในปัจจุบัน ยังอยู่ในระดับที่ทำให้เกิดปัญหาเนื่องจากยังทำให้ประชาชนมีการเข้าถึงสารเสพติดได้โดยง่าย ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายที่นอกจากการอนุญาตให้ใช้กัญชา และพืชกระท่อมได้ทางการแพทย์แล้ว ยังมีนโยบายการสนับสนุนให้เกิดการใช้สารต่าง ๆ ดังกล่าวมากขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนทัศนคติของคนทั่วไปในสังคมได้ว่าสารต่าง ๆ ดังกล่าวเหล่านั้นมีประโยชน์ และทำให้ไม่ตระหนักถึงโทษของสารเหล่านั้น ส่งผลต่อสถานการณ์ในด้าน "demand" หรืออุปสงค์ที่อาจทำให้มีแบบแผนที่ปรับเปลี่ยนไป อย่างไรก็ตาม มุมมองในการมองผู้ใช้สารเสพติดในปัจจุบันได้เปลี่ยนไปจากแต่ก่อนมาก ที่จะมองผู้ใช้สารเสพติดว่าเป็นผู้ร้าย และจำเป็นต้องได้รับโทษทางอาญา หากแต่ในปัจจุบันได้มองการเสพติดว่าเป็นปัญหาทางสุขภาพ ที่หากผู้ใช้สารเสพติดจับกุมก็จะได้รับการส่งไปบำบัดรักษาก่อน หากไม่ได้กระทำความผิดทางอาญาอื่น โดยหากถูกจับกุมซ้ำจึงอาจจำเป็นต้องได้รับโทษตามกฎหมาย สอดคล้องกับมาตรการในปัจจุบันทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศที่ต้องการให้ผู้ที่ใช้หรือติดสารเสพติดได้รับการบำบัดรักษามากกว่าการได้รับโทษทางอาญา โดยผู้ถูกจับกุมสามารถเข้าสู่ระบบบำบัดรักษาได้โดยสมัครใจ ทำให้จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจเพิ่มสูงขึ้นเป็นสัดส่วนสูงราวครึ่งหนึ่งของผู้รับการบำบัดทั้งหมด รองลงมาในระดับใกล้เคียงกันคือระบบบังคับบำบัด ส่วนผู้เข้าสู่ระบบต้องโทษจะอยู่ในสัดส่วนที่น้อยที่สุด

1.2.1 สถานการณ์กัญชาในประเทศไทย

การปรับปรุงพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที 7) พ.ศ.2562 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2562 โดยมีประเด็นคลายล็อกการใช้กัญชาทางการแพทย์ นำไปสู่การนิรโทษกรรมการครอบครองกัญชาตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข จนถึงการนำร่องเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล คลินิกบริการกัญชาการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นยาเสพติดประเภทที่ห้าตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ให้นำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ การศึกษาวิจัย และการผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ และในปี พ.ศ. 2565 ได้อนุญาตให้มีการใช้บางส่วนของกัญชาแบบสันทนาการโดยทั่วไป เช่น การใส่ใบกัญชาในอาหารเพื่อการบริโภค ภายหลังจากที่ได้มีการอนุญาตการใช้กัญชาทางการแพทย์มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 ทำให้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้กัญชาทางการแพทย์สามารถใช้กัญชาได้อย่างถูกวิธีและปลอดภัย และทำให้ประชาชนสามารถนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางเศรษฐกิจได้ โดยในวันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องระบุรายชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ให้มีการยกเลิกพืชกัญชายกเว้นสารสกัดที่มีความเข้มข้นสาร Tetrahydrocannabinol (THC) สูงกว่า 0.2% โดยน้ำหนัก ออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษเพื่อให้เกิดความเสรีในการนำกัญชาไปใช้ในครัวเรือน และกำหนดให้มีผลบังคับใช้ใน 120 วันหลังการประกาศเพื่อให้เวลาในการจัดเตรียมมาตรการมาควบคุมการปลูกและการใช้กัญชาอันจะทำให้เกิดความรัดกุมในการป้องกันการนำกัญชาไปใช้ในทางที่ผิด เช่น สูบ หรือ ใช้ส่วนของกัญชาที่มีสารที่ก่อให้เกิดความมึนเมาสูง เช่น delta-9-THC ไปบริโภค ซึ่งปัจจุบันได้มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาและการบริโภคอันได้แก่กฎหมายด้านอาหาร ยา และสมุนไพร เพื่อกำกับดูแลควบคุมผลิตภัณฑ์กัญชา กัญชง เป็นบางส่วนแล้ว โดยอยู่ระหว่างการรอร่างพระราชบัญญัติกัญชา กัญชง พ.ศ.... ในการพิจารณาเพื่อให้เกิดความรัดกุมในการนำกัญชาไปใช้โดยทั่วไปเพื่อการสันทนาการ ทั้งนี้ ร่างพระราชบัญญัติ กัญชา กัญชง พ.ศ .....กำลังอยู่ระหว่างการเข้าพิจารณาในสภาฯ อาจก่อให้เกิดความไม่ชัดเจน จำเป็นที่ต้องเร่งสื่อสารสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกัญชา การเพิ่มการเข้าถึงกัญชาโดยเฉพาะสำหรับทางการแพทย์ ป้องกันและลดการเข้าถึงกัญชาในเด็กและเยาวชนรวมถึงประชาชนทั่วไปที่อาจใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสม

จากสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด พบว่า เด็กและเยาวชนยังคงเป็นเป้าหมายสำคัญที่ต้องได้รับการป้องกันจากการบริโภค/เสพ ประกอบกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีทั้งด้านการติดต่อสื่อสาร การเงิน การขนส่ง ส่งผลให้ทั้งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติดสามารถหาซื้อได้ง่ายยิ่งขึ้นผ่านทางออนไลน์ เช่น Line Twitter Facebook Instagram ฯลฯ โดยเฉพาะช่องทาง Twitter เป็นช่องที่ได้รับความนิยมสูงสุดในการซื้อขาย แม้ว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมีกฎหมายห้ามการขายผ่านทางออนไลน์ แต่ยังมีปัญหาด้านการบังคับใช้กฎหมาย อีกทั้งสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคโควิด-19 ทั่วโลก ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2563 ทำให้ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ดังกล่าวเช่นกัน นอกจากส่งผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของคนในประเทศ และทั่วโลกแล้ว ยังส่งผลต่อสภาพจิตใจและอาจส่งผลทั้งด้านบวกและลบต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด ซึ่งในระยะแรกไทยมีมาตรการเพื่อป้องกันการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 โดยมีตั้งแต่ มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของภาครัฐ การห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การปิดสถานบันเทิง การห้ามนั่งดื่มในร้านอาหาร รวมถึงการที่ประชาชนหันมาใส่ใจสุขภาพมากขึ้น มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มของประชาชนอย่างมาก โดยยืนยันด้วยผลการสำรวจพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป พบว่า ในช่วงเดือนเมษายน ปี 2564 ซึ่งเป็นช่วงคลายล๊อกมาตรการต่างๆ กลุ่มตัวอย่างมีการดื่ม ร้อยละ 71.6 ซึ่งเป็นช่วงคาบเกี่ยวกับเทศกาลสงกรานต์ และช่วงเริ่มต้นการระบาดของโควิด-19 ระลอกใหม่ล่าสุด โดยมีสัดส่วนสูงกว่าช่วงเวลาเดียวกันของปี 2563 ที่มีการดื่มอยู่ที่ร้อยละ 51.5 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินและมาตรการควบคุมการระบาดของโควิด-19 อย่างเข้มงวด

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด จึงมุ่งดำเนินการสอดรับกับเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2564-2573) ของ สสส. ที่กำหนดขอบเขตและจุดเน้นการดำเนินงานไว้ 4 ด้าน ดังนี้ (1) ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ (2) สร้างวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมปลอดเหล้า (3) เสริมศักยภาพกลไกการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ (4) ป้องกันและควบคุมสิ่งเสพติดอื่น

จุดเน้นของแผน

แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ประจำปี 2566 มีจุดเน้นทั้งสิ้น 4 ด้าน ดังนี้ (1) การพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย (2) การพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร (3) การพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ และ (4) การสนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย

1) สนับสนุนให้หน่วยงานต่างๆ ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 พ.ศ.2564-2570
2) สื่อสารประเด็นต่างๆ เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องต่อสังคมในการสนับสนุนให้เกิดการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ให้มีความเหมาะสมกับสภาวการณ์ในปัจจุบัน โดยรักษาไว้ซึ่งเจตนารมณ์ของกฎหมายในการคุ้มครองประชาชนจากผลกระทบของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเท่าทันต่อกลยุทธ์ทางการตลาดและการสื่อสารที่เปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะใน

ประเด็นสำคัญ อาทิ การห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขาย การห้ามขายออนไลน์ สถานที่ห้ามดื่ม-ห้ามขาย

3) สนับสนุนให้คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด มีการกำหนดวาระการประชุมอย่างต่อเนื่อง มีการจัดทำแผนปฏิบัติการจากข้อมูลสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด และเกิดความร่วมมือของภาคประชาชนในการหนุนการทำงานในพื้นที่
4) สนับสนุนการศึกษาประเมินระบบการบำบัดผู้ติดสุราเพื่อนำสู่ข้อเสนอแนะสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการบำบัด รวมถึงงานวิชาการสำคัญที่หนุนให้เกิดการพิจารณาเพิ่มบัญชียาเพื่อใช้บำบัดผู้ติดสุราในบัญชียาหลัก และสิทธิ์ในการเบิกจ่ายสำหรับผู้เข้ารับการบำบัดรักษาการติดสุรา
5) สนับสนุนงานวิชาการเพื่อเสนอแนวทางป้องกันผลกระทบของการค้าเสรี และการเฝ้าระวังติดตามสถานการณ์เพื่อป้องกันการแทรกแซงนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์
6) สนับสนุนการทำงานของภาคประชาสังคมในการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการสร้างการมีส่วนร่วมทั้งหน่วยงานรัฐและภาคประชาสังคม โดยเฉพาะมาตรการการควบคุมและจำกัดการเข้าถึง การควบคุมการโฆษณาส่งเสริมการขาย และการตรวจเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย/เรื่องร้องเรียน เป็นต้น ตลอดจนการเฝ้าระวังการเจรจาการค้าเสรี เช่น ข้อตกลงความเข้าใจและความคืบหน้าเพื่อหุ้นส่วนข้ามแปซิฟิก: CPTPP ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพของนโยบายการควบคุมแอลกอฮอล์ในระยะยาว
7) ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สภากรุงเทพมหานคร องค์กร อาทิ สถานประกอบการ สถานศึกษา เพื่อพัฒนานโยบาย มาตรการ กฎกติกา ข้อตกลงร่วมในระดับพื้นที่/ชุมชน มาตรการองค์กร/สถานศึกษา เพื่อป้องกันควบคุมการเข้าถึงของกลุ่มเปราะบาง การกำหนดโซนนิ่ง/พื้นที่ปลอดภัย พื้นที่ห้ามขาย-ห้ามดื่ม ตลอดจนการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดภัย
8) เตรียมความพร้อมของเครือข่ายภาคีในประเทศและระดับสากลและเอกสารวิชาการเพื่อสนับสนุนกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Framework Convention on tobacco Control : FCAC) เพื่อสนับสนุนให้นโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของไทยเข้มแข็งยิ่งขึ้น ส่งผลต่อการปกป้องสุขภาพคนไทยเพื่อลดความสูญเสียทั้งทางสังคมและทางเศรษฐกิจของประเทศ

2.2 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) รวบรวมบทเรียนกรณีศึกษาหรือพื้นที่ต้นแบบในการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อนำไปสู่การขยายผลเชิงระบบ ตลอดจนการสนับสนุนการวิจัยเชิงปฏิบัติ การพัฒนานวัตกรรมหรือต้นแบบในการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการบังคับใช้กฎหมาย ในระดับพื้นที่
5) ขยายเครือข่ายนักวิชาการเชื่อมประสานกับแกนนำในระดับพื้นที่ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดทำ รายงานสถานการณ์ ผลกระทบและการดำเนินงานนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัด และพัฒนาสู่การจัดทำระบบข้อมูลข่าวสารดิจิทัล
6) พัฒนาศักยภาพนักวิจัย นักวิชาการ และนักประเมินผล ให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่
7) พัฒนาเทคโนโลยีสนับสนุนการจัดทำฐานข้อมูลเพื่อสร้างความรอบรู้ ตลอดจนการพัฒนาศูนย์ข้อมูลบนระบบดิจิทัลเพื่อสนองการใช้ประโยชน์ของบุคคล หน่วยงาน/องค์กรต่างๆ ให้มากยิ่งขึ้น
8) สนับสนุนองค์ความรู้และพัฒนาเครื่องมือการให้คำปรึกษา การคัดกรอง การรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง
9) สนับสนุนการบูรณาการการศึกษาวิจัยและการจัดการความรู้ด้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับประเด็นต่างๆ อาทิ ยาสูบ สิ่งเสพติด รวมทั้งการให้ความสำคัญกับความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ

2.3 ด้านการพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

1) สนับสนุนการรณรงค์ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ และการลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยพัฒนานวัตกรรม เครื่องมือ สื่อ และช่องทางการสื่อสาร ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยง อาทิ กลุ่มเด็กเยาวชน กลุ่มผู้ใช้แรงงาน กลุ่มผู้มีเศรษฐานะต่ำ กลุ่มผู้หญิง และเชิงพื้นที่/จังหวัดที่มีอัตราการบริโภคสูง ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นต้น
2) สนับสนุนให้เกิดการสื่อสารเชิงรุกเพื่อสร้างบรรทัดฐานสังคมให้เห็นว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสินค้าไม่ธรรมดา (de-normalization) อย่างต่อเนื่อง และการเฝ้าระวังกลยุทธธุรกิจที่ขาดความรับผิดชอบต่อสังคม
3) ขยายการทำงานเพื่อพัฒนาพื้นที่ต้นแบบโดยใช้อำเภอเป็นศูนย์กลาง โดยการเชื่อมประสานหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนในอำเภอ ขับเคลื่อนให้เกิดแกนนำในระดับพื้นที่ให้เกิดการกำหนดเป้าหมายร่วม พัฒนาแผนปฏิบัติการ ใช้กฎกติกา/มาตรการชุมชนตลอดจนกลไกการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือ หนุนเสริมกระบวนการรณรงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควบคู่กับการติดตามประเมินผลเพื่อนำสู่การปรับและพัฒนาแผนปฏิบัติการในระยะถัดไป เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการทำงาน

4) สนับสนุนให้เกิด “การขยายเครือข่ายนักรณรงค์”ในแต่ละกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง อาทิ เครือข่ายคนเลิกเหล้าตลอดชีวิต (คนหัวใจเพชร) เครือข่ายนายอำเภอนักรณรงค์ เครือข่ายแกนนำชุมชนต่างๆ เครือข่ายผู้นำท้องถิ่นท้องที่ เครือข่ายพระสงฆ์และผู้นำศาสนาต่างๆ เครือข่ายสถานประกอบการ เครือข่ายครูดีไม่มีอบายมุข เครือข่ายเยาวชน ฯลฯ เพื่อเป็นผู้นำในการสื่อสารให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในการลด ละ เลิก พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสนับสนุนนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
5) สนับสนุนการทำงานประเพณี งานวัฒนธรรม งานท่องเที่ยวชุมชนวิถีใหม่ (New normal) เพื่อ “พัฒนาโมเดลการจัดงานแบบ SMS (Small Meaning Safety)” ในการจัดงานขนาดเล็ก เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19
6) สนับสนุนการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง โดยเฉพาะการเตรียมพร้อมชุมชนในการพึ่งตนเองในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด ทั้งการจัดการปัญหาการแพร่ระบาด และการช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางในชุมชน โดยความร่วมมือกับหน่วยงานในพื้นที่และทุนในท้องถิ่น
7) สนับสนุนการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างประเด็นปัจจัยเสี่ยง (ยาสูบ แอลกอฮอล์ สิ่งเสพติด พนัน อุบัติเหตุทางถนน) โดยเฉพาะการป้องกันแก้ไขปัญหาการดื่มแล้วขับ ตลอดจนการขยายผลต้นแบบงานสถานศึกษา ร่วมกับแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว ตลอดจนการสรุปบทเรียน เครื่องมือการทำงาน เพื่อบูรณาการสู่กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ต่างๆ ร่วมกับแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ โดยคำนึงถึงความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพเป็นสำคัญ

2.4 ด้านการสนับสนุนป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

1) สนับสนุนการพัฒนางานวิชาการ งานวิจัย และต่อยอดองค์ความรู้ รวมทั้งเชื่อมโยงประสานภาคีนักวิจัยนักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหารขององค์กรทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมเพื่อการผลักดันนโยบายการป้องกัน ดูแลและแก้ไขปัญหาจากยาเสพติด (Policy-Driven Research) รวมไปถึงการจัดการข้อมูลให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายอย่างเท่าเทียมกัน
2) สนับสนุนให้มีกลไกภาคประชาสังคมในการรณรงค์และสื่อสารสู่สาธารณะสร้างกระแสสังคมเพื่อสร้างความตระหนักรู้ทันต่อปัญหายาเสพติด และสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ตลอดจนการเพิ่มโอกาสของสังคมในการยอมรับผู้เลิกยาเสพติดดูแลมิให้กลับไปเสพซ้ำ โดยเน้นการพัฒนาแพลตฟอร์ม (Platform) ที่เข้าถึงประชาชนทั้งทางตรงและการสร้างการรับรู้ที่ต่อเนื่องโดยมุ่งเน้นไปที่ Social Media Platform เป็นหลักตามบริบทสังคมปัจจุบัน

เป้าหมายในการดำเนินงานปี 2566

1. ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ 75)

1.1 กระบวนการพัฒนานโยบาย/มาตรการ/กติกา เพื่อปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมเพื่อควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และลดการเข้าถึงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่[22]ระดับจังหวัด และระดับชาติ ไม่น้อยกว่า 3 เรื่อง

1.2 พัฒนาองค์ความรู้เชิงวิชาการทั้งจากการวิจัย เอกสารเชิงวิชาการ หรือการจัดการความรู้สำหรับการเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol control Literacy) ไม่น้อยกว่า 10 เรื่อง

1.3 กระบวนการลดอันตรายจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือสนับสนุนผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เข้าถึงบริการบำบัดรักษา ไม่น้อยกว่า 1 กระบวนการ

1.4 กระบวนการเสริมศักยภาพของภาคีเครือข่ายระดับส่วนกลาง/ภูมิภาค/ท้องที่/ท้องถิ่นในการจัดการป้องกันแก้ไขปัญหา ไม่น้อยกว่า 1 กระบวนการ

1.5 พัฒนาองค์ความรู้เชิงวิชาการทั้งจากการวิจัย เอกสารเชิงวิชาการ หรือการจัดการความรู้สำหรับการเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันสารเสพติด (Drug Protection Literacy) ไม่น้อยกว่า 1 เรื่อง

2. ตัวชี้วัดร่วม (น้ำหนักร้อยละ 25)

นำใช้ข้อมูลนวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อดำเนินการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาวะทั้ง 4 มิติ และสนับสนุนการทำงานเชิงพื้นที่ องค์กร กลุ่มประชากร และระบบบริการสุขภาพ (อย่างน้อย 1 ครั้ง/ 1 พื้นที่)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาและสนับสนุนให้เกิดนโยบาย มาตรการ กฎหมาย และกิจกรรมขับเคลื่อนสังคมที่มุ่งควบคุมการเข้าถึงทางเศรษฐศาสตร์และทางกายภาพ
2. เพื่อพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและทักษะส่วนบุคคลด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด (Alcohol Control and Drug Protection Literacy)
3. เพื่อพัฒนาและสนับสนุนให้เกิดการลดอันตรายจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
4. เพื่อพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายทั้งส่วนกลาง ภูมิภาค ท้องที่และท้องถิ่น ในการจัดการป้องกันแก้ไขปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

---

[22] **ระดับพื้นที่** หมายถึง การมีกลไกคณะทำงาน ในระดับตำบล หรือ ชุมชน/หมู่บ้าน และมีการดำเนินการ ดังนี้

1. มีการกำหนด กติกา มาตรการ นโยบาย ในการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนค่านิยมสังคม และลดการเข้าถึงแอลกอฮอล์ในชุมชน
2. มีฐานข้อมูลครัวเรือนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลในครัวเรือน
3. มีการดำเนินการเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายสำคัญ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน การปรับเปลี่ยนค่านิยมสู่วัฒนธรรมบุญประเพณีปลอดเหล้าตลอดจนการปฏิเสธการรับทุนจากธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายโดยเฉพาะการขอความร่วมมือร้านค้าในพื้นที่ให้ปฏิบัติตามกฎหมาย ตลอดจนการต่อยอดการดำเนินงานจากปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สู่การแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงอื่น และการสร้างเสริมสุขภาวะ กาย จิต สังคม ปัญญา

แนวทางการดำเนินงาน

1. กลุ่มเป้าหมาย

สามารถแบ่งกลุ่มเป้าหมายออกเป็น ดังนี้ กลุ่มเป้าหมายตามช่วงวัย ได้แก่ เด็กและเยาวชน (ต่ำกว่า 5 ปี, 5-17 ปี) วัยผู้ใหญ่ (18-59) ปี และวัยผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) รวมถึงกลุ่มเด็กเยาวชน และกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา กลุ่มเป้าหมายตามเพศภาวะหรือเพศวิถี โดยเฉพาะกลุ่มผู้หญิง กลุ่มเป้าหมายตามพื้นที่อยู่อาศัย โดยเฉพาะผู้อาศัยอยู่ในเขตชนบท กลุ่มผู้มีเศรษฐฐานะต่ำ หรือกลุ่มเป้าหมายตามอาชีพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ใช้แรงงาน เป็นต้น

2. ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ดำเนินการตามยุทธศาสตร์ไตรพลังหรือสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา (พลังนโยบาย พลังปัญญา และพลังสังคม) โดยมีบทบาทในการเชื่อมโยงและสนับสนุนการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การขับเคลื่อนสังคมและการพัฒนานโยบายให้เชื่อมโยงและสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1) ควบคุมการเข้าถึงทางเศรษฐศาสตร์และทางกายภาพ
   1.1) พัฒนาแนวทาง/แนวปฏิบัติ เพื่อควบคุมจุดจำหน่าย
   1.2) พัฒนาแนวทางการดำเนินงานเพื่อการควบคุมการเข้าถึงของกลุ่มเปราะบาง (เด็กและเยาวชน ผู้สูงอายุ ฯลฯ) เช่น การกำหนดอายุผู้ซื้อ-ผู้ขาย
   1.3) การกำหนดพื้นที่ปลอดภัย พื้นที่ห้ามขาย-ห้ามดื่ม
   1.4) สนับสนุนแนวทางการขึ้นภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
   1.5) สนับสนุนมาตรการต่างๆ ด้านราคา เพื่อลดการเข้าถึงและลดการเอาเปรียบผู้บริโภค และข้อตกลงทางการค้า
2) ปรับเปลี่ยนค่านิยมและลดแรงสนับสนุนในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด
   2.1) การสื่อสาร สร้างความตระหนัก เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ป้องกันหน้าใหม่
   2.2) เฝ้าระวังการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย การกระตุ้นการเข้าถึง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
   2.3) ส่งเสริมการรู้เท่าทันกลยุทธการโฆษณาและสื่อสารการตลาดของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
   2.4) พัฒนาศักยภาพและขยายเครือข่ายนักรณรงค์
3) ลดอันตรายจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสิ่งเสพติด
   3.1) สนับสนุนการควบคุมพฤติกรรมการขับขี่หลัง การดื่ม/เสพ การพัฒนาระบบ/ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
   3.2) สนับสนุนการป้องกันและลดปัญหาจิตเวชอันเนื่องมาจากผู้ติดสิ่งเสพติด
   3.3) สนับสนุนการพัฒนาหลักเกณฑ์และระบบติดตามผลการบำบัด ฟื้นฟูสภาพ
   3.4) สนับสนุนการพัฒนาการบริการบำบัดรักษาทั้งในและนอกระบบบริการสุขภาพ
4) การจัดการปัญหาในระดับพื้นที่
   4.1) พัฒนานโยบาย/มาตรการ/กฎกติกา/ข้อตกลงร่วม ระดับพื้นที่/ชุมชน
   4.2) พัฒนาศักยภาพแกนนำ/คณะทำงานป้องกันแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่

4.3) ขยายชุมชน สถานศึกษา สถานประกอบการ ตลอดจนชุมชนออนไลน์ ควบคุมป้องกันเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สิ่งเสพติด
4.4) การขยายเครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหา เช่น อุบัติเหตุ ความรุนแรงในครอบครัว อาชญากรรม
4.5) ส่งเสริมกิจกรรม/พื้นที่สร้างสรรค์ เพิ่มทางเลือกเชิงบวก
4.6) บูรณาการการทำงานร่วมทั้งเชิงประเด็น เชิงพื้นที่ และเชิงกลุ่มเป้าหมาย

5) การพัฒนากลไกการจัดการและสนับสนุนที่เข้มแข็ง
5.1) พัฒนานโยบายสาธารณะ กฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สิ่งเสพติด
5.2) สนับสนุนกลไกการบังคับใช้กฎหมาย และมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการบังคับใช้กฎหมาย
5.3) ศึกษาวิจัย พัฒนาวิชาการเพื่อสนับสนุนนโยบาย กฎหมาย มาตรการ แนวปฏิบัติ ตลอดจนสนับสนุนการสื่อสารสร้างความตระหนัก/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
5.4) สนับสนุนการขับเคลื่อนงานของกลไกการจัดการส่วนกลาง ระดับพื้นที่
5.5) กระตุ้น หนุนเสริมบทบาทหน่วยงานเจ้าภาพหลัก หน่วยงานร่วมรับผิดชอบ ดำเนินการเพื่อการป้องกันควบคุมฯ

จัดทำระบบฐานข้อมูล และประเมินประสิทธิภาพนโยบาย มาตรการ การดำเนินการเพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

กลุ่มแผนงาน

แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ประกอบด้วย 4 กลุ่มแผนงาน ซึ่งแต่ละกลุ่มแผนงานมีภารกิจโดยสังเขป ดังนี้

<u>1) กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย</u>

สนับสนุนสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยการพัฒนาข้อเสนอผลักดันให้เกิดกลไกการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ เพราะนโยบายและกฎหมายเป็นเครื่องมือหลักที่ใช้ในการขับเคลื่อนเพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งการดำเนินตามกลไกนี้ สสส. เน้นการสร้างความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ทุกภาคส่วน และทุกระดับ ทั้งระดับพื้นที่และระดับชาติ เช่น มาตรการ หลักเกณฑ์ การห้ามโฆษณาผ่านโซเชียลมีเดีย ซึ่งเป็นสื่อสมัยใหม่ที่มีอิทธิพลมากในยุคนี้ การห้ามโฆษณาดังกล่าวอยู่ในรูปแบบต่างๆ และกิจกรรมส่งเสริมการขายทุกรูปแบบ มาตรการจำกัดจำนวนใบอนุญาต/เพิ่มค่าธรรมเนียม กำหนดหลักเกณฑ์ในการขอ/ต่อใบอนุญาต และอัตราโทษการขึ้นภาษี และปกป้องการแทรกแซงนโยบายแอลกอฮอล์จากการค้าเสรีและมาตรการเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (demand side) ของประชาชนและเยาวชน

<u>2) กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร</u>

สนับสนุนศูนย์ศึกษาวิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพัฒนางานวิจัยและวิชาการเพื่อสนับสนุนการผลักดันนโยบาย การขับเคลื่อนสังคม และการสื่อสารสาธารณะ โดยทำงานร่วมกับภาคีวิชาการร่วมกันในการสนับสนุน/ให้ทุนสำหรับภาคีเพื่อการสร้างองค์ความรู้ที่ตอบการสนอง

การขับเคลื่อนนโยบายและการทำงานในพื้นที่ ตลอดจนการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อกำกับติดตามสถานการณ์และการประเมินผล

3) กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

สนับสนุนสำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า (สคล.) /สคล.ระดับภาค/สคล.ระดับจังหวัด รวมทั้งเครือข่ายภาคประชาสังคมควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อดำเนินกิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายต่าง ๆ บรรลุเป้าหมายได้ เครือข่ายทำให้การดำเนินกิจกรรมเข้าถึงมวลชนได้ ในกลไกนี้ สสส. สนับสนุนให้เกิดการสร้างเครือข่ายต่าง ๆ เช่น เครือข่ายคนหัวใจหิน (คนงดเหล้าครบพรรษา) และคนเลิกเหล้าตลอดชีวิต (คนหัวใจเพชร) เพื่อให้มีบทบาทเป็นคนเลิกเหล้านักรณรงค์ ชวนคนเลิกเหล้าในองค์กรต่าง ๆ เช่น โรงเรียน โรงงาน หน่วยงานราชการ สถานประกอบการต่างๆ ต่อเนื่องและเป็นกลไกสำคัญในการรณรงค์งดเหล้าตามเทศกาล งานบุญประเพณีต่าง ๆ

นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนศูนย์ปรึกษาปัญหาการเลิกสุราและการเสพติด (1413 สายด่วนเลิกสุราและการเสพติด) และสนับสนุนการขับเคลื่อนการดูแลผู้มีปัญหาสุราในชุมชนโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

4) กลุ่มแผนงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติด

สนับสนุนศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเป็นศูนย์วิชาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดและเพื่อให้เกิดการพัฒนางานวิชาการอย่างต่อเนื่องทันต่อสถานการณ์ปัญหาของยาเสพติด และมูลนิธิศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ เพื่อจัดทำฐานข้อมูลเครือข่ายภาคประชาชนที่ดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการแก้ไขปัญหาและมีแกนนำภาคประชาชนที่ขับเคลื่อนงานในระดับพื้นที่

นอกจากนี้ แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดได้สนับสนุนการทำงานเพื่อให้เกิดการบูรณาการงานร่วมกัน โดยเฉพาะแผนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงหลักและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม ดังนี้

1) มุ่งเน้นบูรณาการทำงานระหว่างภาคีเครือข่ายภายในแผนฯ เพื่อหนุนเสริมการทำงานร่วมกันและบูรณาการการทำงานร่วมกับแผนควบคุมยาสูบ ภายในสำนัก 1 โดยจัดประชุมภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเป็นระยะ เพื่อร่วมกันกำหนดยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด กลุ่มเป้าหมาย และมีการจัดทำข้อมูล Mapping พื้นที่ดำเนินงานของแต่ละภาคีเพื่อใช้ประกอบการคัดเลือกพื้นที่และเชื่อมการทำงานร่วมกัน รวมทั้งวางแผนการสื่อสารสังคม ในด้านที่เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีเป้าหมายร่วมอยู่ที่การส่งเสริมและรณรงค์ให้ประชาชนในกลุ่มเป้าหมาย มีการ ลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยง และการรู้เท่าทันสื่อ

2) ร่วมกับแผนต่างๆ (ควบคุมยาสูบ ความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม สุขภาวะชุมชน สุขภาวะเด็กเยาวชนและครอบครัว สุขภาวะในองค์กร กิจกรรมทางกาย และระบบบริการสุขภาพ) ในการร่วมกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยมุ่งเป้าให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับผลลัพธ์ที่ระดับประชาชนด้วยการส่งเสริมให้ประชาชนมีการลดพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

3) ร่วมกับแผนต่างๆ (ความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ สุขภาวะในองค์กร แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ และแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม) พัฒนานวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อการสื่อสารที่ส่งเสริมพฤติกรรมการลด ละ เลิก การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

4) จัดการความรู้และถอดบทเรียนการส่งเสริมพฤติกรรมการลด ละ เลิก การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน สถาบันการศึกษา ชุมชน และองค์กรต่างๆ เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยแผนฯ จะนำองค์ความรู้และบทเรียนความสำเร็จที่เกิดขึ้นไปใช้ขยายผลโดยประสานการทำงานร่วมกับแผนสุขภาวะเด็กและเยาวชน (สำนัก 4) แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร (สำนัก 8) แผนสุขภาวะชุมชน (สำนัก 3) แผนควบคุมยาสูบ (สำนัก 1) แผนส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะ (ศูนย์เรียนรู้เพื่อสุขภาวะ) และแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม (สำนัก 6)

5) พัฒนางานสื่อสารด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ (ศูนย์เรียนรู้เพื่อสุขภาวะและสำนักสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม) ด้วยการสร้างความรอบรู้ด้านเกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และก่อให้เกิดความตื่นตัว / รู้เท่าทันต่อสถานการณ์พิษภัยของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนค่านิยม ทัศนคติ และพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อลด ละ เลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผ่านช่องทางการสื่อสารในรูปแบบต่างๆ โดยเฉพาะช่องทางออนไลน์ เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในยุคปัจจุบัน และขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้กว้างขวางขึ้น

ภาคีหลัก

1) ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง
- กระทรวงยุติธรรม
- กรมพลศึกษา กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย
- สำนักเฝ้าระวังทางวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรม
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ
- กรุงเทพมหานคร
- เครือข่ายหมออนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า
- มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล
- มูลนิธิเพื่อนเยาวชนเพื่อการพัฒนามูลนิธิสื่อเพื่อเยาวชน
- มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
- สมาคมฮักชุมชน
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- มหาเถรสมาคม และเครือข่ายพระภิกษุสงฆ์
- ภาคธุรกิจเอกชนต่างๆ ฯลฯ

2) ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติด

- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.)

- กระทรวงยุติธรรม (กรมราชทัณฑ์ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กรมคุมประพฤติ)
- กระทรวงมหาดไทย
- สำนักงานตำรวจแห่งชาติ (กองบัญชาการตำรวจปราบปรามยาเสพติด)
- กระทรวงศึกษาธิการ
- กระทรวงสาธารณสุข (กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต และสนง.คณะกรรมการอาหารและยา)
- กระทรวงการคลัง (กรมศุลกากร)
- กรุงเทพมหานคร
- ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- มูลนิธิศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ
- เครือข่ายพระ
- เครือข่ายภาคีงดเหล้า
- เครือข่ายภาคีรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่
- เครือข่ายภาคีภาคประชาชนของ ป.ป.ส.

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย	50.00
กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร	20.00
กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่ายและการณรงค์ประชาสัมพันธ์	232.00
กลุ่มแผนงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติด	17.00
การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	1.00
รวม	**320.00**

3. แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม

สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

1. ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

ปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ยังคงเป็นภาวะคุกคามต่อสุขภาวะของผู้ใช้ทางทุกประเภททั่วโลกรวมถึงประเทศไทย เนื่องจากสถานการณ์การบาดเจ็บสาหัส และเสียชีวิตยังคงรุนแรงอยู่มาก จะเห็นได้จากรายงาน **สถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนน ปี 2018 ขององค์การอนามัยโลก พบจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน สูงถึง 1.35 ล้านคนต่อปีทั่วโลก หรือทุกหนึ่งชั่วโมงจะมีผู้เสียชีวิต 155 คน ในขณะที่ประเทศไทย มีผู้เสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 1 ของอาเซียนและเป็นอันดับที่ 9 ของโลก** อันเนื่องมาจากยอดผู้เสียชีวิตเฉลี่ย 19,000 คน/ปี ตลอดทศวรรษที่ผ่านมา (พ.ศ. 2554 - 2563) ยอดผู้บาดเจ็บที่สูงถึง 1 ล้านคน/ปี และยอดผู้พิการรายใหม่กว่า 6 พันราย/ปี **โดย 74% ของผู้เสียชีวิตเป็นผู้ใช้รถจักรยานยนต์** และเมื่อพิจารณาข้อมูลจำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสะสม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 – 2564 ตามช่วงอายุ และ เพศ พบว่ากลุ่มช่วงอายุที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมากที่สุดทั้งเพศชายและเพศหญิงได้แก่กลุ่มอายุ 15-19 ปี โดยเพศชายมีผู้เสียชีวิตมากกว่าเพศหญิง ประมาณ 4-5 เท่า มากไปกว่านั้น หากวิเคราะห์อนุกรมเวลา (Time series) คาดการณ์แนวโน้ม ปี พ.ศ. 2563 – 2573 ประเทศไทยจะมีเด็กและเยาวชนเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอีก 40,421 คน ในขณะที่สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลกล่าวว่า ในปี พ.ศ. 2565 อัตราการเพิ่มประชากรจะใกล้เคียงกับศูนย์ คืออัตราการเกิดในแต่ละปีมีจำนวนที่ใกล้เคียงกับอัตราการตายในแต่ละปี ส่งผลให้ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุในอนาคต โดยประชากรในวัยเด็กจะลดลงในขณะเดียวกันประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบสำคัญต่อการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศในอนาคต โดยพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตมากที่สุด คือ การดื่มขับ การใช้ความเร็วเกินกฎหมายกำหนด ตัดหน้ากระชั้นชิด และการไม่ใช้อุปกรณ์นิรภัย ยืนยันได้จากผลการสำรวจการส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยทั้งผู้ขับขี่และผู้โดยสารของมูลนิธิไทยโรดส์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 – 2562 พบว่า อัตราการสวมหมวกนิรภัยค่อนข้างคงที่โดยอัตราการสวมหมวกนิรภัยในผู้ขับขี่ เฉลี่ยอยู่ประมาณร้อยละ 52 ส่วนผู้โดยสารอยู่ที่ร้อยละ 22 เท่านั้น อย่างไรก็ดี หากมองลึกลงไปที่รากปัญหา จะพบสาเหตุหรือปัจจัยเชิงโครงสร้าง อาทิ ระบบการจัดการสภาพแวดล้อมทั้งเรื่องถนนและยานพาหนะ สังคมยังมีทัศนคติต่ออุบัติเหตุทางถนนว่าเป็นเรื่องเคราะห์กรรม ไม่สามารถป้องกันได้ มีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงข้อมูล การใช้ระบบขนส่งสาธารณะที่ปลอดภัย ฯลฯ[23]

จากตัวเลขความสูญเสียดังกล่าว สามารถนำมาประเมินมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจด้วยวิธีการทางเศรษฐศาสตร์ได้ ซึ่ง *ณัชชา โอเจริญ* นักวิจัย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ) (2560) ได้คำนวณมูลค่าความสูญเสียจากการเสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุจราจรจากพื้นที่ในจังหวัดสระบุรี ด้วยวิธีการประเมินความเต็มใจที่จะจ่ายในการลดอุบัติเหตุทางถนนของคนในพื้นที่ พบว่า การเสียชีวิตมีมูลค่าเท่ากับประมาณ 10 ล้านบาทต่อราย ในขณะที่การบาดเจ็บสาหัสมีมูลค่าเท่ากับประมาณ 3 ล้านบาทต่อราย และ คณะผู้วิจัยพบว่า ในช่วงปี 2554-2556 มูลค่าของอุบัติเหตุเฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 545,435 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ดังนั้น หากนำตัวเลขดังกล่าวมาคำนวณกับตัวเลขการเสียชีวิตของเด็กไทย มูลค่าความสูญเสียจะเท่ากับ 210,610,000,000 บาท นับเป็นมูลค่าที่สูงมากและจะยิ่งสูงขึ้นหากนับรวมกับมูลค่าความสูญเสียจากการบาดเจ็บสาหัสที่คำนวณไว้ที่รายละ 3 ล้านบาท

[23] เส้นทางศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนนสู่ทศวรรษที่ 2 ความปลอดภัยทางถนน

จะเห็นได้ว่าอุบัติเหตุทางถนนไม่ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ที่ประสบภัยเท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดความสูญเสียต่อเศรษฐกิจและสังคมไทยโดยรวมอย่างมหาศาล เพราะการเสียชีวิตจากและบาดเจ็บทั้งทางกายและใจจากอุบัติเหตุ ทำให้ผู้ประสบภัยและครอบครัวสูญเสียผลิตภาพ ส่งผลต่อผลิตภาพโดยรวมของประเทศอีกด้วย นอกจากนี้ อุบัติเหตุยังก่อให้เกิดต้นทุนอื่นๆ เช่น ต้นทุนในการดำเนินคดี ต้นทุนจากผลกระทบต่อสภาพการจราจร เป็นต้น รวมถึงก่อให้เกิด **"ความเหลื่อมล้ำทางสังคม"** ที่สูงมาก ข้อมูลจาก**โครงการวิจัยเรื่อง** "The High Toll of Traffic Injuries: Unacceptable and Preventable" **ของธนาคารโลก พบว่า** การลดอัตราการตายและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนลงได้ 50% จะเพิ่มรายได้ประชาชาติต่อประชากร (GDP Per Capita) ได้ราว 7-22% ใน 24 ปี และมูลค่าที่สังคมยินดีที่จะจ่ายเพื่อลดอัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนให้เหลือเพียงครึ่งหนึ่งภายในเวลา 24 ปี สูงถึง 6-32% ของ GDP ลดการเสียชีวิต การได้รับบาดเจ็บลง 10% เศรษฐกิจเติบโตได้ 5% ผลกระทบทางเศรษฐกิจจากอุบัติเหตุของ 5 ประเทศตามรายงานวิจัยนี้คือ หากจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บลดลง 50% จากปัจจุบัน รายได้ต่อหัวของประชากรในอีก 24 ปี ประเทศแทนซาเนีย จาก GDP ปี 2014 เพิ่ม 7.1% ประเทศฟิลิปปินส์ เพิ่มขึ้น 7.2% ประเทศอินเดีย เพิ่ม 14% จีนเพิ่มขึ้น 15% และ**ประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นถึง 22%**[24]

หากขยายความประเด็นอุบัติเหตุและความเหลื่อมล้ำทางสังคม อย่างที่กล่าวไว้ว่าอุบัติเหตุทางถนนก่อให้เกิดความสูญเสียที่มีมูลค่ามหาศาล แต่คนไทยจำนวนมากก็ยังขาดความตระหนักรู้ถึงภัยจากอุบัติเหตุทางถนนต่อตนเองและสังคมโดยรวม ส่งผลให้ประเทศไทยถูกจัดอยู่ในประเทศที่มีความเหลื่อมล้ำทางสังคมที่สูงประเทศหนึ่งในโลก ข้อมูลนี้เผยแพร่ออกมาเมื่อเดือนธันวาคม 2561 ในรายงานความมั่งคั่งโลก (Global Wealth Report) ซึ่งจัดทำโดยเครดิตสวิส (Credit Suisse) สถาบันการเงินผู้ให้บริการจัดการทรัพย์สินของผู้ร่ำรวย ไม่เว้นแต่เหตุการณ์บนท้องถนนก็ยังมีการแสดงถึงความเหลื่อมล้ำทางสังคมได้อย่างชัดเจน เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศไทยเป็นผู้มีรายได้น้อยและปานกลางค่อนไปทางน้อยทำให้มีกำลังการซื้อที่น้อย หลายคนมีกำลังซื้อเพียงรถจักรยานยนต์เพื่อใช้ในการเดินทางในชีวิตประจำวัน ซึ่งจากรายงานกรมการขนส่งทางบก ประจำปี พ.ศ. 2564 แสดงสถิติรถจดทะเบียนสะสมรวมกว่า 41 ล้านคัน แบ่งออกเป็นรถจักรยานยนต์สูงกว่า 21 ล้านคัน คิดเป็นร้อยละ 52 และเป็นรถยนต์นั่งส่วนบุคคลกว่า 10 ล้านคัน คิดเป็นร้อยละ 26 (กรมการขนส่งทางบก, 2564) และจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกประจำปี พ.ศ. 2561 พบว่ารถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะที่ก่อให้เกิดสัดส่วนของผู้เสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุทางถนนสูงที่สุดในประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 74.4 รองลงมาเกิดจากรถยนต์ ร้อยละ 12.3 (WHO, 2018) โดยมูลเหตุสันนิษฐานหลักที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ ประจำปี พ.ศ. 2562 แสดงให้เห็นว่าสัดส่วนร้อยละ 91 ของลักษณะการชนระหว่างรถกับรถเป็นสาเหตุหลัก รองลงมาเป็นเหตุการณ์การชนระหว่างรถกับคน คิดเป็นร้อยละ 5 แสดงให้เห็นว่าผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนส่วนใหญ่ของประเทศไทยเป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ซึ่งส่วนใหญ่มาจากผู้มีฐานรายได้น้อย อีกทั้งประชากรกลุ่มนี้บางส่วนมองว่าการจัดหาหมวกนิรภัยคุณภาพสูงได้มาตรฐานตามกฎหมายกำหนดกลายเป็นสิ่งฟุ่มเฟือย เนื่องจากมีราคาสูงกว่าหมวกนิรภัยคุณภาพต่ำกว่า ถึงแม้ว่ากฎหมายจะกำหนดชัดเจนเกี่ยวกับการสวมใส่หมวกนิรภัยที่มีคุณภาพมาตรฐานระหว่างขับขี่รถจักรยานยนต์ก็ตาม อีกเช่นกันปัญหาการคอรัปชั่นของเจ้าหน้าที่โดยการรับสินบนจากผู้ฝ่าฝืนกฎหมายการจราจรทางถนนอันนำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุ ก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่เกิดขึ้นในผู้มีรายได้สูงที่มีกำลังในการใช้เงินเพื่อจ่ายค่าชดเชยหรือเพื่อไม่ให้มีการดำเนินคดีเกิดขึ้น (เฉลิมพล ไวทยางกูร, 2563)[25]

---

[24] งานวิจัยธนาคารโลกระบุอุบัติเหตุบนถนนบั่นทอนการเติบโต กางตัวอย่างประเทศที่ทำสำเร็จ ชี้ราคาความปลอดภัยไม่ได้แพง - ThaiPublica

[25] https://www.sdgmove.com/2021/05/15/sdg-insights-road-safety-thailand/

สรุปแนวโน้มบริบทปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการจัดการความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย ซึ่งต้องการหนุนเสริมให้เกิดกลไกการบริหารจัดการ เฝ้าระวัง ป้องกัน แก้ไขปัญหา และกำกับติดตาม นำไปสู่การดำเนินงานที่บรรลุเป้าหมายร่วมระดับประเทศ

1) การขับรถเร็วและดื่มแล้วขับยังคงเป็นสองปัจจัยหลักที่ทำให้เสียชีวิต ขณะนี้พบว่าเกิดปัญหาตรงกันในทุกประเทศ ที่รายงานว่า การเร่งความเร็วเป็นปัจจัยสนับสนุน จาก 15% ถึง 35% ของอุบัติเหตุทางถนนที่ร้ายแรง ในทำนองเดียวกัน การขับรถภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยใน 10% ถึง 30% ของการเกิดอุบัติเหตุร้ายแรงในทุกประเทศ[26]

2) พัฒนาระบบขนส่งสาธารณะที่ปลอดภัย เพื่อเพิ่ม Mode การเดินทาง ลดจำนวนผู้ใช้รถจักรยานยนต์ นำไปสู่การลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตของกลุ่มผู้มีสภาวะเปราะบาง (VRUs) ลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศไทยเป็นผู้มีรายได้น้อยและปานกลางค่อนไปทางน้อยทำให้มีกำลังการซื้อที่น้อย หลายคนมีกำลังซื้อเพียงรถจักรยานยนต์เพื่อใช้ในการเดินทางในชีวิตประจำวัน

3) การเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างองค์ประกอบทางประชากร การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และเด็กเกิดใหม่ลดลง ควบคู่ไปกับความคล่องตัวในการใช้ยานพาหนะของผู้สูงอายุที่มากขึ้น ส่งผลให้สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ประสบอุบัติเหตุและเสียชีวิตที่กำลังขยับตัวเพิ่มขึ้นไปพร้อมกับกลุ่มเยาวชน และกลุ่มวัยแรงงานเพศชายที่เสียชีวิตจากการใช้รถจักรยานยนต์ ประกอบกับจำนวนการเกิดของประชากรไทยที่ลดลง เกิดเป็นวิกฤตการณ์ประเทศขาดประชากรวัยแรงงาน กระทบต่อเศรษฐกิจ และภาระของการสาธารณสุข

4) มีรายงานว่าการมี**สิ่งรบกวนสมาธิ (Distraction) ขณะขับขี่ เป็นปัญหาที่เพิ่มขึ้นในหลายประเทศ** โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ส่งอาหาร ที่เกิดขึ้นอย่างมากในช่วงการแพร่ระบาดของ **โควิด -19** รวมถึงประเทศไทย เพราะเป็นทางเลือกใหม่ในการสร้างรายได้ให้กับประชาชนที่ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการระบาดของโควิด - 19 ปัจจุบันมีคนที่เข้าสู่ระบบธุรกิจนี้มากกว่า 300,000 คนทั่วประเทศ โดยเฉพาะผู้ประกอบการรายหลักๆ บางกิจการมีพนักงานอยู่มากกว่า 120,000 ราย ทั่วประเทศ โดยข้อค้นพบจากโครงการ**ขับเคลื่อนสังคมไทยสู่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย ที่**ได้ทำ Web Surveillance ยังพบว่า รถจักรยานยนต์ที่จำหน่ายในประเทศไทย บางรุ่นมีสมรรถนะด้านความปลอดภัยที่ต่ำกว่ารถจักรยานยนต์ซึ่งจำหน่ายในต่างประเทศ โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว หรือ ประเทศผู้ผลิตอย่างเช่น ญี่ปุ่น เป็นต้น ถ้าดูจากสถิติพบว่า ในระยะหลังๆ นี้ กลุ่มธุรกิจจัดส่งอาหารหรือ Food Delivery เกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ เฉี่ยว ชน เป็นเหตุให้บาดเจ็บและเสียชีวิตที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และอัตราการตายที่เฉลี่ย 35 นาทีต่อ 1 คน ของอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์

5) ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ปี 2564 มีจำนวน 16,957 ราย (คิดเป็นอัตราเสียชีวิต 25.8/แสนประชากร หรือ 47 ราย/วัน) ในจำนวนนี้เป็นกลุ่มที่มีสภาวะเปราะบาง เช่น คนเดินเท้า/คนข้ามถนน ร้อยละ 6-8 และจากข้อมูลที่รวบรวมโดย บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด พบว่าในช่วง 6 เดือน ของปีนี้ (มกราคม - มิถุนายน 2565) มีคนเดินถนนเสียชีวิต 323 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.4 ของผู้เสียชีวิตทางถนนทั้งหมด และในกลุ่มของคนเดินถนนประมาณร้อยละ 5 จะเป็นกลุ่มผู้เสียชีวิตจากการข้ามทางม้าลาย และโดยส่วนใหญ่จะเกิดในพื้นที่เมืองใหญ่เช่น กทม. ประเด็นอุบัติเหตุทางม้าล้ายเป็นประเด็นที่สังคมค่อนข้างให้ความสนใจสูงเพราะผู้เสียชีวิตถือเป็นกลุ่มคนที่ไม่มีอุปกรณ์ในการป้องกันตัวเองจากอันตราย มีความเสี่ยงสูงมากที่เมือถูกชนแล้วจะเสียชีวิต พิการ หรืออาการสาหัส จึงเป็นประเด็นที่จะต้องเร่งดำเนินการทั้งเรื่องของการสนับสนุนและเสริมให้เกิด

[26] Road Safety Annual Report 2020, IRTAD Publications, International Transport Forum

การลดความเร็วในเขตเมือง/เขตชุมชน ที่เหมาะสม การสร้างความตระหนักรู้ในกลุ่มผู้รถจักรยานยนต์ที่ต้องลดความเร็ว ขับขี่โดยมีการประเมินหรือคาดการณ์ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นและเน้นย้ำส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยในการขับขี่ รวมถึงคนเดินเท้า/คนเดินถนน จะต้องเพิ่มความระวังให้มากในการเดินข้ามทางข้าม/ทางม้าลาย และควรข้ามให้ถูกที่ ทั้งนี้ยังมีกลุ่มรถจักรยานยนต์อีกหลายกลุ่มที่ยังต้องเฝ้าระวัง สร้างความเข้าใจ สร้างความตระหนัก และดึงเข้ามาเป็นภาคีเครือข่ายเพื่อร่วมสร้างความปลอดภัยทางถนนร่วมกันต่อไป ทั้งกลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่เป็น Food Rider, ขับขี่จักรยานยนต์รับจ้าง นักเรียน/นักศึกษาที่ใช้จักรยานยนต์เป็นพาหนะในการเดินทางไปเรียน และกลุ่มวัยแรงงาน/ผู้ใหญ่ ที่ใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะหลักในการเดินทางเป็นประจำ มีตัวอย่างเมืองโบโกต้า โคลอมเบีย ที่ชี้ให้เห็นว่าการลดความเร็วจาก 70 เป็น 60 km/hr. สามารถลดการตายได้ 11% ใน 1 ปีจากนั้น

จากข้อมูลและสถานการณ์ดังที่กล่าวมา เพื่อสนับสนุนการลดความสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนน และสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานหลัก สสส. ได้กำหนดให้การจัดการความปลอดภัยทางถนนเป็นยุทธศาสตร์หลักในการขับเคลื่อนงาน มีการกำหนดเป้าหมาย ในทศวรรษที่ 3 ของ สสส.คือ ใน 10 ปีข้างหน้าจะมุ่งลดความบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน สร้างสังคมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน เกิดวิถีแห่งระบบที่ปลอดภัย (Safe System Approach) โดยเน้นหนักในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์กลุ่มเยาวชนและวัยทำงาน ผ่านการสนับสนุนส่งเสริมการจัดการข้อมูล เทคโนโลยี พร้อมเปิดโอกาสทุกภาคส่วนสังคมร่วมขับเคลื่อนบูรณาการร่วมกัน เน้นการสร้างเจ้าภาพ แก้ไขปัญหาจากระดับฐานราก สร้างชุมชนท้องถิ่นที่ปลอดภัยสำหรับการเดินทางของประชาชนในทุกระดับ

2. ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

คนไทยส่วนใหญ่ล้วนเคยสัมผัสกับผู้เล่นหรือเป็นผู้เล่นการพนัน เห็นได้จากผลสำรวจประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปของโครงการศึกษาสถานการณ์ พฤติกรรม และผลกระทบการพนันในประเทศไทย พ.ศ. 2564 ที่พบว่า คนไทยร้อยละ 98.9 อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีคนรอบข้างเล่นการพนัน และนักพนันหน้าใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 6.28 แสนคน ในปี พ.ศ. 2560 เป็น 7.20 แสนคน ในปี พ.ศ. 2562 และเพิ่มเป็น 7.95 แสนคน ในปี พ.ศ.2564 จำนวนและสัดส่วนของนักพนันเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุและทุกภาคของประเทศไทย และร้อยละ 15.1 ของผู้ที่เล่นพนันในปี พ.ศ. 2564 ระบุว่าได้รับผลกระทบเชิงลบจากการพนัน ได้แก่ ขาดเงินใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน มีปัญหาความเครียด/เสียสุขภาพจิต เป็นหนี้จากการเล่นพนัน เสียเวลาทำงาน/การเรียน สุขภาพเสื่อมโทรม มีปากเสียงทะเลาะกับคนในครอบครัว และอื่น ๆ โดยประมาณ 1.127 ล้านคนมีหนี้สินที่เกิดจากการพนันรวมกันประมาณ 15,306 ล้านบาท หรือเฉลี่ยที่คนละ 13,587 บาท[27] คนที่เล่นการพนันแบบเสพติดหรือยับยั้งใจไม่ได้ คือ เล่นมาก เล่นบ่อย เล่นต่อเนื่อง เลิกไม่ได้ จนก่อให้เกิดปัญหา อาจเกิดจากปัจจัยทางพันธุ์กรรม การเลี้ยงดู สภาพแวดล้อม ประสบการณ์ในชีวิต รวมถึงปัญหาทางด้านจิตวิทยาซึ่งคล้ายกับคนเสพติดสารเสพติดอื่น ๆ[28] ทำให้องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดให้โรคติดการพนัน (Pathological

[27] ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน. รายงานสถานการณ์การพนันในสังคมไทย ปี 2562 http://www.gamblingstudy-th.org/document_book/160/1/3/CGS-conference-2562/ และรายงานสถานการณ์ พฤติกรรม และผลกระทบการพนันในสังคมไทย ปี ๒๕๖๔ (ฉบับร่าง)

[28] ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน. พญ. พรจิรา ปรวัชรากุล : เข้าให้ถึง 'ความเป็นคน' เข้าใจ ผู้ติดการพนัน http://www.gamblingstudy-th.org/issues_topic_1/340/1/1/interview/

Gambling) เป็นโรคทางจิตเวช กลุ่มเดียวกับความผิดปกติเกี่ยวกับจิต พฤติกรรม หรือพัฒนาการทางระบบประสาท (Mental, behavioral or neurodevelopmental disorders) เช่นเดียวกับโรคติดเกม[29]

จากสถิติระหว่างปี พ.ศ. 2562-2564 ที่รายงานโดยศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชี้ให้เห็นว่า สถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในประเทศไทยสามารถทำให้การเล่นการพนันหยุดชะงักไปเพียงชั่วขณะ แต่โดยภาพรวมไม่ได้ทำให้ปัญหาการพนันในประเทศไทยลดลงเลย นอกจากนี้การพนันในบ่อนยังมีส่วนก่อให้เกิดการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 และเป็นคลัสเตอร์ที่สำคัญที่ต้องมีการเฝ้าระวัง และที่สำคัญ ผลของการล็อคดาวน์ที่ผ่านมาเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ประชาชนหันมาเล่นการพนันออนไลน์มากขึ้น เพราะเป็นรูปแบบการพนันที่เข้าถึงง่ายและควบคุมได้ยากมากขึ้น รวมถึงการพนันฟุตบอล บ่อนพนันในชุมชน และบ่อนวิ่งที่เป็นบ่อนการพนันเคลื่อนที่ สามารถหลีกเลี่ยงกฎหมายและการควบคุม นอกจากนี้ การพนันในเทศกาลงานบุญประเพณีต่าง ๆ ก็ยังคงพบเห็นได้ทั่วไป[30] สอดคล้องกับผลการระดมความคิดเห็นจากภาคีเครือข่ายที่ระบุว่า ยังพบเห็นการเล่นพนันของคนในชุมชนในงานประเพณีต่าง ๆ เช่น งานศพ และคนในชุมชนหลายคนมีทัศนคติว่า การพนันในงานประเพณีเป็นเรื่องปกติที่สืบทอดกันมาเป็นเวลานาน และมองว่าผลกระทบของการพนันเป็นเรื่องไกลตัว

ด้านกฎหมายควบคุมเรื่องการพนันโดยภาพรวม คือ พ.ร.บ.การพนัน พ.ศ.2478 อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย ยกเว้นการพนันสลากที่ขึ้นอยู่กับสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลภายใต้กฎหมาย 2 ฉบับ ได้แก่ พ.ร.บ. สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล พ.ศ.2517 และ พ.ร.บ.สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562 นอกจากนี้ ในช่วงที่ผ่านมายังมีมาตรการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการลดปัญหาการพนัน ได้แก่ คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 22/2558 เรื่อง “มาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการแข่งรถยนต์และรถจักรยานยนต์ในทาง และการควบคุมสถานบริการหรือสถานประกอบการที่เปิดให้บริการในลักษณะที่คล้ายกับสถานบริการ” และฉบับที่ 46/2559 เรื่อง “แก้ไขเพิ่มเติมคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 22/2558” ที่มีการปรับเพิ่มข้อความเกี่ยวกับการพนันไว้อย่างชัดเจน คือข้อความว่า “ยินยอมหรือปล่อยปละละเลยให้มีการเล่นการพนันอันเป็นความผิดตามกฎหมายว่าด้วย การพนันในสถานที่ของตน” ลงใน (7) ของข้อ 4 ในคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 22/2558 เพื่อให้เกิดการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัดของหน่วยราชการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการทำหน้าที่ควบคุมไม่ให้มีการกระทำความผิดตามกฎหมายรวมถึงการเล่นการพนันในสถานที่ของตนเอง

เป้าหมายและขอบเขตสำหรับแผนดำเนินงานด้านการลดปัญหาจากการพนันประจำปี 2566 นั้น ดำเนินการภายใต้บริบทความท้าทายต่างๆ เช่น สถานการณ์การสื่อสารผ่านสื่อออนไลน์ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการกระตุ้นให้เล่นการพนันออนไลน์กลุ่มเด็กและเยาวชน และผลกระทบของการเล่นพนันที่จะเพิ่มสูงขึ้นอีกเนื่องจากการเปิด Entertainment Complex แบบครบวงจร เป็นต้น

---

[29] เว็บสารสนเทศสุขภาพไทย .ติดพนันคือโรคจิตรักษาได้
https://www.hiso.or.th/hiso/5healthy/news.php?names=15&news_id=4036

[30] เจาะลึกระบบสุขภาพ. ผลสำรวจชี้!ทำพนันออนไลน์โตพรวดเกิน100 % ระรอกสามทำ 40% เล่นพนันน้อยลง
https://www.hfocus.org/content/2021/07/22077

จุดเน้นของแผน

แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม มีจุดเน้น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการพัฒนานโยบายและสร้างเป้าหมายร่วม ด้านเครือข่ายภาคีภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ด้านโครงสร้างและการบูรณาการระดับพื้นที่ ด้านการพัฒนาข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนน และด้านการลดปัญหาการพนัน โดยมุ่งสนับสนุนการบรรลุตัวชี้วัดของแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน ฉบับที่ 5 ปี พ.ศ. 2565-2570 ดังนี้

1) ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในปี 2570 ไม่เกิน 12 คนต่อแสนประชากรหรือไม่เกิน 8,474 คน

2) ผู้บาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุทางถนนในปี 2570 ไม่เกิน 106,376 คน

โดยกำหนดจุดเน้นแต่ละด้าน ดังนี้

1. ด้านการพัฒนานโยบาย และสร้างเป้าหมายร่วม

1.1 พัฒนานโยบายและมาตรการที่เอื้อต่อการลดอุบัติเหตุทางถนนของกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ โดยเฉพาะจังหวัด/อำเภอเสี่ยงที่เกิดอุบัติเหตุทางถนนสูง เน้นการส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย การลดความเร็วในเขตชุมชน/เขตเมือง/โรงเรียน และดื่มไม่ขับในกลุ่มเด็กและเยาวชน

1.2 สนับสนุนการพัฒนาเทคโนโลยีและดิจิทัลเข้ามาเสริมการบังคับใช้กฎหมายเพื่อความปลอดภัยทางถนนให้มีประสิทธิภาพ เช่น การประเมิน/สำรวจการสวมหมวกนิรภัยจากกล้อง CCTV และการใช้กล้องหน้ารถเป็นเครื่องมือสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมาย การใช้ข้อมูลจากระบบ PTM ของตำรวจ เป็นต้น

1.3 สนับสนุนให้เกิดระบบกำกับติดตามการทำงาน (Feedback Loop) โดยเฉพาะจังหวัด/พื้นที่เสี่ยงที่มีอุบัติเหตุและการเสียชีวิตสูง และเน้นแก้ปัญหากลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะผู้ใช้รถจักรยานยนต์ และเด็กและเยาวชน

2. ด้านเครือข่ายภาคีภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

2.1 สื่อสารสาธารณะโดยเน้นการใช้สื่อที่เหมาะกับ กลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ กลุ่มเด็กและเยาวชน และชุมชนท้องถิ่น โดยเลือกช่องทางสื่อที่กลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มใช้ และจัดระบบการจัดการสื่อที่จะสนับสนุนให้กับภาคีเครือข่าย สสส. ได้นำไปใช้ในการสื่อสารสร้างความตระหนักและความรอบรู้ (Health Literacy) เพื่อให้เกิดพลังโดยวางเป้าหมายร่วมกับภาคีเครือข่าย

2.2 เน้นการสื่อสารประเด็นอุบัติเหตุทางถนนเป็นเรื่องที่ป้องกันได้ เป็นความรับผิดชอบส่วนรวม สื่อถึงผลกระทบที่เกิด เน้นให้ถึงระดับพื้นที่ ชุมชนท้องถิ่น และสร้างการเรียนรู้ด้านการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนโดยฝึกทักษะการประเมินและการคาดการณ์สถานการณ์และความเสี่ยง (Hazardous Perception) ที่จะเกิดขึ้นเน้นกลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์โดยเฉพาะเด็กและเยาวชน

2.3 สนับสนุนและขยายเครือข่ายอาสาตาจราจร เฝ้าระวังผู้กระทำผิดกฎจราจรและสื่อสารผ่านสังคมออนไลน์ (Social Sanction) และสื่อสารกรณีอุบัติเหตุสำคัญเพื่อกระตุ้นหน่วยงานและประชาชนในพื้นที่ และขยายภาคีเครือข่ายเน้นกลุ่มเด็กและเยาวชน ผู้นำทางความคิดในสังคมออนไลน์ (influencer) เครือข่ายรถจักรยานยนต์ปลอดภัยและกลุ่ม Rider

2.4 สนับสนุนและพัฒนาภาคีเครือข่ายในการเตรียมความพร้อมและป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณภัย/ภัยธรรมชาติ/ภัยพิบัติ เช่น อัคคีภัย อุทกภัย การจมน้ำ เป็นต้น ตลอดจนการเฝ้าระวังภัยออนไลน์ ซึ่งเป็นภัยรูปแบบใหม่ในยุคดิจิตอล

3. ด้านโครงสร้างและการบูรณาการระดับพื้นที่

3.1 สนับสนุนให้จังหวัด กำหนดนโยบาย ตั้งเป้าหมายและติดตามผลการทำงาน โดยเน้นการเพิ่มอัตราการสวมหมวกนิรภัย ลดความเร็วในเขตชุมชน/โรงเรียน โดยมุ่งเน้นพื้นที่เสี่ยง

3.2 สนับสนุนให้เกิดแผนปฏิบัติการเพื่อลดการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชนและกลุ่มเสี่ยง มุ่งเน้นอำเภอเสี่ยง/พื้นที่เสี่ยง

3.3 สนับสนุนให้เกิดมาตรการลดอุบัติเหตุทางถนน ของสถานประกอบการ นิคมอุตสาหกรรม ท้องถิ่น ชุมชน เพื่อสร้างมาตรการทางสังคมเสริมมาตรการบังคับใช้กฎหมายของภาครัฐ

4. ด้านการพัฒนาข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนน

4.1 สำรวจและศึกษา ความเห็นของประชาชนนำมาสื่อสารและวางแผนการทำงานแต่ละประเด็น (เช่น หมวก-ดื่ม-เร็ว), บริบทของพื้นที่ที่มีความต่างและข้อจำกัดที่ทำให้ลดอุบัติเหตุทางถนนไม่สำเร็จ, ข้อมูลเชิงลึกของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์แต่ละกลุ่ม (รถจักรยานยนต์รับจ้าง, Rider, เด็กและเยาวชน, ผู้ใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะหลัก), การใช้ความเร็วในเขตเมือง/ชุมชน และประเด็นที่สังคมให้ความสนใจ

4.2 พัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรมการทำงาน เทคโนโลยีและดิจิทัล เพื่อป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน เช่น การสำรวจและการบังคับใช้การสวมหมวกนิรภัยโดยใช้กล้องวงจรปิด และการใช้ความเร็วในถนนทางหลวง เป็นต้น และพัฒนาชุดความรู้ สารสนเทศ และเครื่องมือ เพื่อสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความปลอดภัยทางถนน (Health Literacy) เสนอผ่านช่องทาง หรือ Platform ออนไลน์ อาทิ การเลือกซื้อรถจักรยานยนต์เพื่อความปลอดภัย กฎหมายจราจรเพื่อความปลอดภัยและการบังคับใช้

4.3 สนับสนุนกลไกการกำกับติดตามการดำเนินงานของ ศปถ. ให้มีระบบสะท้อนกลับ และพัฒนาศักยภาพให้กับผู้ปฏิบัติงานนักวิชาการและภาคีเครือข่ายทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งส่วนกลางและระดับพื้นที่

5. ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

5.1 ผลักดันให้มีการปรับปรุงกฎหมาย นโยบาย มาตรการหรือกลไกกำกับควบคุมการพนันและลดผลกระทบจากการพนัน ทั้งระดับชาติและระดับพื้นที่ รวมถึงเสริมสร้างกลไกเชื่อมประสานการทำงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการดำเนินการลดปัญหาจากการพนันที่มีประสิทธิภาพ

5.2 พัฒนาองค์ความรู้ จัดทำฐานข้อมูลและจัดการความรู้เพื่อเผยแพร่ เพื่อสนับสนุนการพัฒนานโยบาย มาตรการหรือกลไกลดปัญหาจากการพนัน และการรณรงค์สื่อสารสาธารณะ

5.3 สื่อสารรณรงค์ โดยใช้กลยุทธ์การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายหลักเด็กและเยาวชน และใช้ชุดการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเสริมสร้างความรู้เท่าทันการพนัน (gambling literacy) การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับการพนัน

5.4 สร้างแกนนำคนเลิกพนันและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพนัน และพัฒนาศักยภาพแกนนำนักรณรงค์ เพื่อเป็นเครือข่ายเฝ้าระวังและสื่อสารสร้างความรู้เท่าทันการพนัน

5.5 ขยายและพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย ให้เป็นเจ้าภาพร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะและการรณรงค์สร้างความตระหนักต่อสังคม ถึงผลกระทบจากปัญหาการพนันโดยเฉพาะการพนันที่ก่อให้เกิดผลกระทบสูง

5.6 เฝ้าระวังการพนันในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดการเพิ่มพื้นที่เล่นพนัน อาทิ ผลิตภัณฑ์สลากรูปแบบใหม่ การเปิดสถานบันเทิงแบบครบวงจร ที่มีคาสิโน (Entertainment Complex) กิจกรรมเสี่ยงโชคที่มีลักษณะคล้ายพนัน เป็นต้น

เป้าหมายในการดำเนินงานปี 2566

1. ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ 75)

1.1 พัฒนาข้อมูล องค์ความรู้ คู่มือและเครื่องมือทางวิชาการ หรือการจัดการความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนน สำหรับเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความปลอดภัยทางถนน (Road Safety Literacy) หรือสนับสนุนให้ผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยทางถนน อย่างน้อย 5 เรื่อง

1.2 สนับสนุนหรือพัฒนานโยบายสาธารณะใหม่ มาตรการ หรือแนวปฏิบัติ ที่ส่งผลต่อการลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อย่างน้อย 1 เรื่อง เช่น การลดความเร็วในเขตเมืองและชุมชน (เช่น โรงเรียน โรงพยาบาล ตลาด), การสวมหมวกนิรภัย เป็นต้น

1.3 กระบวนการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่อำเภอเสี่ยงด้วยการบังคับใช้กฎหมาย หรือนโยบาย หรือมาตรการทางสังคม หรือมาตรการหน่วยงาน/องค์กร/ชุมชน อย่างน้อย ร้อยละ 20 ของอำเภอเสี่ยง (ข้อมูลอำเภอเสี่ยง ของกรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2564)

1.4 พัฒนาองค์ความรู้เชิงวิชาการทั้งจากการวิจัย เอกสารเชิงวิชาการ หรือการจัดการความรู้สำหรับการเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการลดปัญหาจากการพนัน (gambling literacy) อย่างน้อย 3 เรื่อง

2. ตัวชี้วัดร่วม (น้ำหนักร้อยละ 25)

2.1 นำใช้ข้อมูลนวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อดำเนินการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาวะทั้ง 4 มิติ และสนับสนุนการทำงานเชิงพื้นที่ องค์กร กลุ่มประชากร และระบบบริการสุขภาพ (อย่างน้อย 1 ครั้ง/ 1 พื้นที่)

2.2 บูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างแผนสุขภาวะชุมชนและแผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคมในการยกระดับการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในเครือข่ายตำบลสุขภาวะอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 100 ตำบล

วัตถุประสงค์

แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคมมุ่งสนับสนุนการลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน โดยมีวัตถุประสงค์หลักของแผนดังนี้

1) ส่งเสริมให้ประชาชนและสังคม มีทัศนคติ ความรอบรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่เอื้อต่อความปลอดภัยทางถนน และมีวิถีและวัฒนธรรมความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน

2) สนับสนุนและผลักดันให้เกิดการจัดการความเสี่ยงสำคัญในระดับพื้นที่ มุ่งเน้นพื้นที่เสี่ยง กลุ่มเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยง ด้วยการส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมาย มาตรการทางสังคม และมาตรการหน่วยงาน องค์กร และท้องถิ่นชุมชน

3) พัฒนานโยบายสาธารณะ มาตรการ และกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในทุกระดับ ให้มีประสิทธิภาพและมีการรายงานผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ

4) สนับสนุนและพัฒนาให้มีฐานข้อมูลและสารสนเทศกลาง ที่ประชาชนทั่วไปและผู้ปฏิบัติงานเข้าถึงได้ง่ายและสามารถนำไปใช้ในการสื่อสารและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมุ่งพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการที่จำเป็นสำหรับการทำงานและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่าย

แนวทางการดำเนินงาน

1. กลุ่มเป้าหมาย

1) ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

1.1 มุ่งเน้นการลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มเยาวชน และกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์

1.2 สนับสนุนการดำเนินงานเพื่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางถนนที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ไม่สวมหมวกนิรภัย ดื่มแล้วขับ และขับรถเร็ว

1.3 สนับสนุนการลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตในพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและเสียชีวิต

1.4 ค้นหาแนวทางการทำงานและกลยุทธ์การทำงาน นวัตกรรม เทคโนโลยีและดิจิทัล ที่ส่งผลกระทบสูงต่อการลดอุบัติเหตุทางถนน

2) ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

2.1 สนับสนุนให้เกิดการศึกษา วิจัย งานวิชาการ เพื่อนำมาใช้ผลักดันนโยบาย มาตรการและกลไกการกำกับควบคุมและลดผลกระทบจากการพนัน

2.2 การสร้างภูมิคุ้มกันและสภาพแวดล้อมไม่เพิ่มพื้นที่การพนัน เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันและสภาพแวดล้อมในการปกป้องเด็กและเยาวชน

2. ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

1. ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

ยุทธศาสตร์ที่ใช้ในการดำเนินงานด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน ใช้ยุทธศาสตร์ไตรพลัง โดยประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การขับเคลื่อนสังคม และการพัฒนานโยบาย ให้เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างมีประสิทธิภาพ เน้นการพัฒนาสมรรถนะขององค์กรและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทั้งในส่วนกลาง

และระดับพื้นที่ 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 ของ สสส. และยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ด้าน ที่ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมวิชาการและนวัตกรรม 2) การสานพลังภาคีและเครือข่าย 3) การพัฒนาศักยภาพบุคคล ชุมชน และองค์กร 4) การพัฒนากลไกทางนโยบาย สังคม และสถาบัน และ 5) การสื่อสารสังคม มีรายละเอียดดังนี้

1) ส่งเสริมให้ประชาชนและสังคม มีทัศนคติ ความรอบรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่เอื้อต่อความปลอดภัยทางถนน และมีวิถีและวัฒนธรรมความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน

2) สนับสนุนและผลักดันให้เกิดการจัดการความเสี่ยงสำคัญ ในพื้นที่เสี่ยง กลุ่มเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยง ด้วยการบังคับใช้กฎหมาย มาตรการทางสังคม และมาตรการหน่วยงาน/องค์กร/ชุมชน ได้แก่

(2.1) กลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ กลุ่มวัยรุ่น และวัยแรงงาน

(2.2) ดื่มแล้วขับ, ขับรถเร็ว, ไม่สวมหมวกนิรภัย

(2.3) จุดเสี่ยงบนท้องถนน (Black Spot)

(2.4) มาตรฐานยานพาหนะ

3) พัฒนานโยบายสาธารณะและมาตรการที่เอื้อต่อการลดอุบัติเหตุทางถนนทั้งระดับประเทศและพื้นที่ และสนับสนุนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ และมีการรายงานผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ

4) ร่วมสนับสนุนและพัฒนาให้มีระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศกลาง ที่ประชาชนทั่วไปและผู้ปฏิบัติงานสามารถเข้าถึงได้ง่ายและนำไปใช้ในการสื่อสารและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5) สนับสนุนการพัฒนางานวิชาการงานวิจัยและระบบจัดเก็บข้อมูล โดยมุ่งให้เกิดการนำเทคโนโลยีและดิจิทัลเข้ามาสนับสนุนการทำงาน เช่น การพัฒนาระบบสำรวจและตรวจจับการสวมหมวกนิรภัยโดยใช้กล้อง CCTV, ใช้ social media และกล้องติดหน้ารถยนต์สื่อสารสร้างความตระหนักให้กับสังคมและเฝ้าระวังสร้างความรับผิดชอบร่วม, การพัฒนาระบบเทคโนโลยีและดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายที่มีประสิทธิภาพ (การตั้งด่านตรวจดื่มแล้วขับ, วิเคราะห์ข้อมูลจากใบสั่งค่าปรับจราจร, การ, การสืบสวนสาเหตุการกิดอุบัติเหตุ) เป็นต้น

6) พัฒนาช่องการการบูรณาการงานร่วมระหว่างภาคีเครือข่ายหลักของ สสส. ระหว่างภาคีเครือข่ายภายนอก สสส. และระหว่างแผนเชิงประเด็น แผนเชิงพื้นที่ แผนเชิงระบบและกลไก ของ สสส. เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และยกระดับการขยายผลการดำเนินงาน

การทำงานยึดแนวทางการปรับแผนการทำงานให้รองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 รวมถึงสถานการณ์ภัยพิบัติ ความเปลี่ยนแปลง และความไม่ปกติต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น โดยเน้นการสื่อสารและการทำงานร่วมกันแบบออนไลน์เพื่อช่วยสนับสนุนการลดการเดินทาง การลดการดื่มแล้วขับ เพื่อช่วยลดการแพร่ระบาดของโควิด 19 รวมถึงการทำงานในระดับพื้นที่เน้นให้เจ้าภาพในพื้นที่เป็นผู้ดำเนินการโดยมีภาคีเครือข่ายช่วยสนับสนุนให้คำปรึกษาผ่านระบบออนไลน์ และทำงานร่วมกันในกลุ่มจังหวัด หรือภายในจังหวัดเดียวกัน และคำนึงถึงความเปลี่ยนแปลงของโลกและประเทศที่จะส่งผลกระทบกับการทำงานทั้ง

เร่งทำ 2 เรื่อง คือ Digitalization ปรับระบบการทำงานให้เป็น Digital และ Globalization เชื่อมโยงระบบและเรื่องต่างๆเข้าด้วยกัน สร้าง connection ผ่านแพลตฟอร์มต่างๆ

เร่งเสริม 2 เรื่อง คือ New technology เช่น AI 5G รวดเร็ว แม่นยำ ประหยัด และ Collaborative business ต้องร่วมมือสร้างความยั่งยืนต้องในรูปแบบการร่วมมือและพึ่งพากัน

เร่งตระหนักใน 2 เรื่องสำคัญ คือ Aging society ประเทศไทยเข้าใกล้สู่สังคมผู้สูงอายุ และ Green economy ให้การเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ/การทำงานด้านความปลอดภัยทางถนน ควบคู่ไปกับการปกป้องสิ่งแวดล้อมและลดปัญหาโลกร้อนไปด้วยในเวลาเดียวกัน

2. ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

ประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การขับเคลื่อนสังคม และการพัฒนานโยบาย ให้เชื่อมโยงและสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาจากการพนันอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1) ควบคุมการเข้าถึงทางกายภาพ โดยกำหนดพื้นที่ปลอดภัย พื้นที่ห้ามขาย-ห้ามเล่นการพนัน

2) ปรับเปลี่ยนค่านิยมและลดแรงกระตุ้นพนัน โดย

2.1) การสร้างความรอบรู้ (Gambling Literacy) สร้างความตระหนักเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและป้องกันนักพนันหน้าใหม่

2.2) เฝ้าระวังการโฆษณาหรือชวนพนัน

2.3) พัฒนาศักยภาพและขยายเครือข่ายนักรณรงค์และเครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบ เพื่อเป็นเจ้าภาพร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะและการรณรงค์สร้างความตระหนักต่อสังคม หรือเป็นแกนนำนักรณรงค์

2.4) เปิดช่องทางการให้คำปรึกษาผู้ประสบปัญหาจากการพนัน เชื่อมโยงสู่ระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะปัญหาทางจิตเวช

3) การจัดการปัญหาในระดับพื้นที่

3.1) พัฒนานโยบาย มาตรการ กฎกติกา ข้อตกลงร่วม ระดับพื้นที่หรือชุมชน

3.2) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายนักรณรงค์เป็นคณะทำงานป้องกันแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่

3.3) ขยายชุมชน สถานศึกษา สถานประกอบการ ตลอดจนชุมชนออนไลน์ ควบคุมป้องกันแก้ไขปัญหาจากการพนัน

3.4) ส่งเสริมกิจกรรมพื้นที่สร้างสรรค์ เพิ่มทางเลือกเชิงบวก ตลอดจนการเพิ่มกิจกรรม ชุดการเรียนรู้ พัฒนาหลักสูตร สู่การเรียนการสอนของสถานศึกษา

4) การพัฒนากลไกการจัดการและสนับสนุนที่เข้มแข็ง

4.1) พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาจากการพนัน

4.2) สนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการเฝ้าระวังบังคับใช้กฎหมายเพื่อป้องปราม

4.3) ศึกษาวิจัย พัฒนาวิชาการ เพื่อสนับสนุนนโยบาย กฎหมาย มาตรการ แนวปฏิบัติ ตลอดจนสนับสนุนการสื่อสารสร้างความตระหนัก/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4.4) กระตุ้น หนุนเสริมบทบาทหน่วยงานเจ้าภาพหลัก หน่วยงานร่วมรับผิดชอบ ดำเนินการเพื่อการป้องกันควบคุมฯ

กลุ่มแผนงาน

แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม ประกอบด้วย 5 กลุ่มแผนงาน ซึ่งแต่ละกลุ่มแผนงานมีภารกิจโดยสังเขป ดังนี้

1. กลุ่มแผนงานการพัฒนานโยบายและสร้างเป้าหมายร่วม

1.1 สนับสนุนศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) ดำเนินงานตามแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนนโลก ฉบับที่ 2 (2021-2030) ที่มุ่งเน้นการลดการเสียชีวิตลงให้ได้ครึ่งภายในปี 2030 ภายใต้แนวทางการดำเนินงาน 5 เสาหลัก รวมถึงสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (The Sustainable Development Goals : SDGs) ของรัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับการลดอัตราผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน และมุ่งเน้นสนับสนุนการขับเคลื่อน “ตำบลขับขี่ปลอดภัย” ผ่านกลไกหลักของ ศปถ.อำเภอ และ ศปถ.อปท. และสนับสนุนการขับเคลื่อนงานตามแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน ฉบับที่ 5 ปี พ.ศ. 2565-2570 ที่มุ่งเน้นการลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลงให้เหลือ 12 ต่อแสนประชากร ซึ่งสอดคล้องตามเป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี รวมถึงผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องปฏิบัติตามแผนดังที่กล่าวมาข้างต้น

1.2 ผลักดันและสนับสนุนให้การดำเนินงานตามทิศทาง “แผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนนโลก ฉบับที่ 2 (2021-2030)” ของสหประชาชาติและกรอบแผนทศวรรษความปลอดภัยทางถนนของ ศปถ. เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ (1) สนับสนุนกลไกการจัดการของ ศปถ. ทั้งในระดับชาติ จังหวัด อำเภอและท้องถิ่น และคณะอนุกรรมการ ศปถ. ที่มีอยู่ ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพัฒนาให้เกิดระบบกำกับติดตามการทำงาน (Feedback Loop) โดยเฉพาะพื้นที่เสี่ยงที่มีอุบัติเหตุและการเสียชีวิตสูง และแก้ปัญหาในกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะผู้ใช้รถจักรยานยนต์ และเยาวชน ควบคู่ไปกับการเชื่อมโยงบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (2) สนับสนุนกลไกด้านข้อมูล MIS และการติดตามกำกับ ประเมินผล (Monitoring and Evaluation : M&E) ให้มีประสิทธิภาพ ตลอดจนการนำปฏิญญาสตอกโฮล์ม จากการประชุมผู้บริหารระดับสูงของทุกประเทศที่ร่วมประชุมด้านความปลอดภัยทางถนนระดับโลก ครั้งที่ 3 (The 3rd Global Ministerial Conference on Road Safety) ณ กรุงสตอกโฮล์ม ประเทศสวีเดน สาระสำคัญ 18 ข้อ[31] เพื่อผลักดันให้บรรลุ Global Goals ในปี 2030 มาพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานตาม 5 เสาหลัก

[31] รายละเอียดปฏิญญาสต๊อกโฮล์ม 18 ข้อ https://www.roadsafetynewstizen.com/2020/02/28/declaration/

และนำกรอบทิศทาง 12 เป้าหมายโลกเพื่อความปลอดภัยทางถนน มาขับเคลื่อนให้หน่วยงานรับผิดชอบหลักเร่งดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมและมีแผนในการทำงานที่ชัดเจน (3) สนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายเพื่อความปลอดภัยทางถนนโดยใช้เทคโนโลยีและดิจิทัลเข้ามาเสริมให้มีประสิทธิภาพ ผ่านหน่วยงาน/คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง อาทิ คณะอนุกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนด้านการบังคับใช้กฎหมาย จังหวัด ภายใต้ ศปถ.

1.3 ร่วมผลักดันจุดคานงัดสำคัญทางนโยบายให้เกิดกระบวนการนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจร รวมถึงการบังคับใช้กฎหมาย และกระตุ้นให้เกิดการขับเคลื่อนร่วมกัน และสร้างมาตรการเสริมการบังคับใช้กฎหมาย เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทั้งการดื่มแล้วขับ การไม่สวมหมวกนิรภัย การขับรถเร็วเกินกฎหมายกำหนด ปัญหารถจักรยานยนต์ และการบูรณาการด่านชุมชนในการตรวจเตือนการดื่มแล้วขับและการสวมหมวกนิรภัย กับการควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด 19 ในระดับจังหวัดและพื้นที่ เป็นต้น โดยสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและดิจิทัลเข้ามาเสริมให้การดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.4 สนับสนุนศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.) และเครือข่ายภาคี พัฒนาข้อเสนอนโยบายที่ส่งผลกระทบสูงจากฐานวิชาการเสนอในการประชุมสำคัญเพื่อให้ข้อเสนอได้รับการแก้ไขและการจัดเวทีวิชาการสาธารณะในเรื่องที่เป็นประเด็นตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงสนับสนุนภาคีเครือข่าย ภาคประชาสังคม ให้สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายร่วมกับหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

1.5 ผลักดันนโยบายเจาะพื้นที่เสี่ยง ประเด็นเสี่ยง และกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน เพื่อควบคุมความปลอดภัยทางถนน โดยมุ่งเน้นประเด็น รถจักรยานยนต์ปลอดภัย และลดพฤติกรรมเสี่ยงสำคัญ คือ ดื่มแล้วขับ ไม่สวมหมวกนิรภัย ขับรถเร็ว เช่น การจัดการความเร็ว พรบ.จราจรทางบก ฉบับปรับปรุงปี 2563 รถจักรยานยนต์ รถจักรยานยนต์ไฟฟ้า กำหนดรถที่ผลิตขายต้องมีความเร็วไม่เกินกำหนด การควบคุมการปรับแต่งความเร็วรถ ควบคู่กับการลดพฤติกรรมเสี่ยง เป็นต้น โดยมุ่งเน้นสนับสนุนหน่วยงานที่มีส่วนสำคัญให้ดำเนินการด้านการบังคับใช้กฎหมายในระดับปฏิบัติการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และในด้านการเพิ่มมาตรฐานความปลอดภัยในรถสาธารณะ รถโรงเรียน รถทัศนาจร และสนับสนุนให้เกิดระบบขนส่งมวลชนที่เข้าถึงง่ายทั่วถึงและเป็นธรรม

1.6 ประสานความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก องค์กรระดับนานาชาติ และหน่วยงานภาคนโยบายในประเทศไทยที่หลากหลาย ได้แก่ ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงคมนาคม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงอุตสาหกรรม สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร สำนักงานคณะกรรมการสภาวิจัยแห่งชาติ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน และหน่วยงานอื่นๆ ในการเชื่อมประสานและพัฒนายุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัยทางถนนตามนโยบายทศวรรษความปลอดภัยทางถนนของสหประชาชาติ ฉบับที่ 2 ค.ศ. 2021 - 2030 และยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี

1.7 สนับสนุนให้เกิดการใช้เทคโนโลยียุคดิจิทัลเข้ามาช่วยเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนให้เพิ่มมากขึ้น เช่น การใช้กล้อง CCTV ตรวจจับและสำรวจอัตราการสวมหมวกนิรภัย, การการใช้กล้องหน้ารถเพื่อควบคุมพฤติกรรมการขับขี่และทำให้สังคมเกิดการดูแลซึ่งกันและกันให้เกิดการขับขี่ที่

ปลอดภัย, การบังคับใช้กฎหมายและสืบสวนสาเหตุอุบัติเหตุ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีของโลก และรองรับสถานการณ์ที่ไม่ปกติ อาทิ การแพร่ระบาดของโควิด 19 เป็นต้น

2. กลุ่มแผนงานเครือข่ายภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

สนับสนุนสำนักงานเครือข่ายลดอุบัติเหตุ มูลนิธิเมาไม่ขับ ชมรมคนห่วงหัว เครือข่ายหมออนามัย เครือข่ายรถโดยสารปลอดภัย มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค เครือข่ายสื่อมวลชน เครือข่ายสังคมออนไลน์ และเครือข่ายภาคประชาชน ในการประสานงาน ขยายเครือข่าย และรณรงค์ประชาสัมพันธ์

2.1 รณรงค์สร้างสร้างความตระหนักรู้และวัฒนธรรมความปลอดภัย สื่อสารประชาสัมพันธ์ ให้เกิดการรับรู้ สร้างจิตสำนึกความปลอดภัย และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในกลุ่มเด็กและเยาวชน สถานศึกษา สถานประกอบการ ครอบครัว ชุมชนท้องถิ่น พัฒนาให้เกิดเป็นวัฒนธรรมการขับขี่ปลอดภัยและไม่ยอมรับพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง สร้างความรับผิดชอบร่วมต่อปัญหาอุบัติเหตุให้กับสังคมและสื่อมวลชน และสนับสนุนให้เกิดการเฝ้าระวังผู้กระทำผิดกฎจราจรและสื่อสารผ่านสังคมออนไลน์ (Social Sanction) และเน้นสื่อสารให้ประชาชนและสังคมดูแลกันและกัน สร้างมาตรฐานของสังคมในเรื่องวินัยจราจร เน้นการไม่ยอมรับพฤติกรรมการขับขี่ที่ไม่ปลอดภัย และการสร้างค่านิยมความปลอดภัยในการลดอุบัติเหตุ และปรับเปลี่ยนการเลือกใช้รถโดยสารที่ปลอดภัย ทั้งรถจักรยานยนต์ รถโดยสารสาธารณะ รถตู้ รถนักเรียน รถทัศนาจร ส่งเสริมพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนนให้มีความปลอดภัย โดยเฉพาะการลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย การขับรถในความเร็วตามที่กฎหมายกำหนด การดื่มไม่ขับ การคาดเข็มขัดนิรภัยทุกที่นั่ง เป็นต้น รวมทั้งการสื่อสารข้อมูลและกรณีอุบัติเหตุทางถนนที่ส่งผลกระทบต่อความสนใจของสังคมและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ และนำไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะ ตลอดจนการรณรงค์เพื่อลดปัญหาการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเป้าหมายหลักที่เป็นเด็กและเยาวชน และสนับสนุนการเสริมสร้างวินัยจราจรควบคู่กับการบังคับใช้กฎหมาย และสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้ามาเสริมการสื่อสารสาธารณะ เช่น Social Media, ติดตั้งกล้องติดรถยนต์ เป็นต้น

2.2 ส่งเสริมให้เกิดผู้นำความปลอดภัย และสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน และมี “มาตรการทางสังคม” “มาตรการองค์กร” และ “มาตรการชุมชน” ที่เอื้อต่อการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน เช่น มาตรการส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยของบุคลากร นักเรียน นักศึกษาในองค์กร มาตรการในการขับขี่รถของบุคลากรหน่วยงาน เป็นต้น รวมถึงขยายเครือข่ายในกลุ่มผู้นำทางความคิดในสังคมออนไลน์ (influencer) เครือข่ายรถจักรยานยนต์ปลอดภัย เครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบ ภาคเอกชน และเครือข่ายจิตอาสา

2.3 ส่งเสริมการสร้างความตระหนักเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน และเน้นการปลูกฝังความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และปลูกฝังความยับยั้งชั่งใจในเรื่องวินัยจราจรอันจะช่วยส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการขับขี่ที่ดี โดยเริ่มจากระดับปฐมวัย และสร้างโอกาสในการเชื่อมประสานผ่านกลไกของกระทรวงศึกษาธิการเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการจัดการเรียนรู้ในเรื่องความปลอดภัย

2.4 ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือ และมีการจัดการการสื่อสารสาธารณะในเชิงยุทธศาสตร์ ทั้งด้านเนื้อหา รูปแบบ ช่องทางสื่อสาร สื่อสารมวลชนต่างๆ อาทิ การมีแผนยุทธศาสตร์ด้านการสื่อสารความปลอดภัยทางถนน มีการพัฒนาความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนนให้กับสื่อสารมวลชน ส่งเสริมให้เกิด “แกนนำและสื่อต้นแบบ” และ “เครือข่ายสื่อ” ที่ทำงานด้านอุบัติเหตุทางถนน เพิ่มการแปลงสารในเรื่องความปลอดภัยให้หลากหลาย สะดวกในการเข้าถึงและเข้าใจง่าย ผ่านช่องทางต่างๆ รวมทั้งสื่อออนไลน์ มีการนำเสนอและการเกาะติด ในกรณีเหตุการณ์สำคัญส่งผลกระทบต่อความสนใจของสังคม และกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะด้านความปลอดภัยที่เหมาะสม

2.5 สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ หนุนเสริมท้องถิ่นชุมชนเข้ามาจัดระบบเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุทางถนนอย่างยั่งยืน ขยายจำนวนภาคีเครือข่ายให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และพัฒนาศักยภาพภาคีภาคประชาสังคมในการดำเนินงาน ส่งเสริมและสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงาน องค์กร ภาคธุรกิจ มูลนิธิ ภาคประชาสังคม และสื่อมวลชนทุกแขนง ให้เข้ามามีบทบาท และมีความเข้มแข็งในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนเพิ่มมากขึ้น และมุ่งเน้นการสร้างและขยายความร่วมมือกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเชื่อมหน่วยงานท้องถิ่นเข้ามาเป็นแนวร่วมในการสร้างแพลทฟอร์มทำงานแบบมุ่งเป้าระดับพื้นที่ เพื่อสื่อสารในชุมชนและเป็นกลไกเฝ้าระวัง เสริมสร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ท้องถิ่นเห็นความสำคัญและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น

2.6 ขยายความร่วมมือกับภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น ชุมชน เช่น สภาอุตสาหกรรม สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย การนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย สมาคมผู้ประกอบการรถจักรยานยนต์ หอการค้าจังหวัด ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมและเครือข่ายจิตอาสาต่างๆ ให้ร่วมลงทุนเพื่อร่วมสร้างความปลอดภัยทางถนนให้มากยิ่งขึ้น โดยใช้โอกาสการแสดงความรับผิดชอบต่อสังคมในการขยายการทำงานร่วมกับภาคเอกชน

2.7 พัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังระดับพื้นที่ (Road Safety Watch) เพื่อให้เป็นผู้นำในการให้ความรู้และสื่อสารกับประชาชนในพื้นที่ ให้มีความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก เพื่อทำให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนนที่ปลอดภัย และร่วมกันทำให้คนไทยมีวัฒนธรรมความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน โดยการเชื่อมประสานระหว่างเครือข่ายวิชาการในระดับภูมิภาคหรือจังหวัด กับ เครือข่ายสื่อมวลชนภูมิภาคและเครือข่ายภาคประชาชนต่างๆ

3. กลุ่มแผนงานโครงสร้างและการบูรณาการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่

3.1 สนับสนุนการวางแผนงานอย่างมีส่วนร่วม และการบูรณาการการดำเนินงานทุกภาคส่วนทั้งราชการ ท้องถิ่น เอกชน และชุมชน ในการป้องกันและลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในระดับจังหวัด และขยายออกไปทั้งระดับอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเน้นการสนับสนุนจังหวัดที่มีการยกระดับการพัฒนาการลดอุบัติเหตุทางถนนทั้งจังหวัด และสร้างนวัตกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนและสนับสนุนสัมฤทธิผลของการทำงานเพื่อลดปัญหาในพื้นที่ กำกับติดตามผลระดับจังหวัด

3.2 สนับสนุนให้จังหวัด กำหนดนโยบาย ตั้งเป้าหมายลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนและการลดความเสี่ยงสำคัญ เช่น ลดอัตราการดื่มแล้วขับ เพิ่มอัตราการสวมหมวกนิรภัย เป็นต้น และติดตามประเมินผลการทำงาน โดยมุ่งเน้นพื้นที่เสี่ยง

3.3 สนับสนุนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในระดับต่างๆ ให้เข้มแข็ง โดยเฉพาะระดับอำเภอและพื้นที่ เช่น ศปถ.อำเภอ, ศปถ.อปท., การทำงานระดับอำเภอของ สธ. ได้แก่ คณะกรรมการ

พัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) และการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (D-RTI: District-Road Traffic Injury) เป็นต้น

3.4 ส่งเสริมผลักดันให้เกิดการสร้างและพัฒนาข้อเสนอนโยบายและข้อปฏิบัติ ในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับพื้นที่ เสนอให้หน่วยงานที่รับผิดชอบแก้ไขปัญหา และรวบรวมเป็นข้อเสนอมายังส่วนกลางเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติ และกระตุ้นให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยทางถนนอย่างเป็นระบบ เช่น ผลักดันให้เป็นวาระประชุมประจำของจังหวัด เป็นต้น

3.5 ส่งเสริมให้มีผู้เชื่อมประสาน (change agent) ด้านความปลอดภัยในระดับต่างๆ ที่มีศักยภาพที่เหมาะสมกับการขับเคลื่อนงาน เพื่อกระตุ้น จัดการความรู้ และเชื่อมโยงการทำงานของเครือข่ายให้เสริมพลังซึ่งกัน และขยายผลการดำเนินงาน รวมทั้งยกระดับการขับเคลื่อนไปสู่แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล โดยมุ่งเน้นพัฒนาเพิ่มในพื้นที่อำเภอเสี่ยงและตำบลที่มีความเสี่ยง

3.6 สนับสนุนคณะทำงานวิชาการ ที่ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา กำกับดูแลทางด้านวิชาการแก่จังหวัดและพื้นที่ รวมทั้งการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุ เพื่อขยายผลต้นแบบที่ประสบความสำเร็จสู่พื้นที่อื่น รวมทั้งประมวลผลชุดความรู้ที่สำคัญจัดทำเป็นข้อเสนอ เผยแพร่ผ่านช่องทางสื่อต่างๆ และเพื่อให้เกิดพลังในการขับเคลื่อนนโยบาย

3.7 เชื่อมประสานเครือข่ายเฝ้าระวัง (Road Safety Watch) ในระดับพื้นที่ ระหว่างนักวิชาการในระดับภูมิภาคหรือจังหวัดของ สอจร. กับ เครือข่ายสื่อภูมิภาค ให้เป็นผู้นำความรู้และสื่อสารกับประชาชน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการร่วมสร้างความปลอดภัยทางถนน

3.8 ผลักดันให้เกิดต้นแบบความปลอดภัยทางถนนในระดับจังหวัด/พื้นที่ โดยสานพลังเชื่อมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาชน ท้องถิ่น เพื่อสร้างมาตรการทางสังคม มาตรการองค์กร และมาตรการชุมชน ด้านความปลอดภัยทางถนนในองค์กร หน่วยงาน ท้องถิ่นต่างๆ ทั่วประเทศ

3.9 สนับสนุนการป้องกันและลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนน โดยเน้นการพัฒนาให้เกิดกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน (ศปถ.อปท.) โดยผลักดันให้อำเภอและท้องถิ่นเห็นความสำคัญกับเรื่องความปลอดภัยทางถนน และสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง พร้อมกับมีมาตรการของท้องถิ่นและชุมชน

3.10 ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการใช้ข้อมูล “สถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนจังหวัด (Ranking)” เพื่อกำกับติดตามการทำงานในระดับจังหวัดและพื้นที่ เพื่อเป้าหมายการลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัดและพื้นที่ ตลอดจนการติดตามประเมินโดยให้ข้อมูลย้อนกลับ (feecback loop) ผ่านผู้ว่าราชการจังหวัด และผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัด เพื่อทำให้เกิดการสั่งการแก้ไขปัญหาต่อไป โดยมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาหลักสำคัญได้แก่ อุบัติเหตุที่เกิดในกลุ่มผู้ใช่นถจักรยานยนต์ พฤติกรรมเสี่ยงสำคัญเช่น ดื่มแล้วขับ ขับรถเร็ว ไม่สวมหมวกนิรภัย เป็นต้น โดยเน้นกระตุ้นให้เกิดการจัดการในอำเภอเสี่ยง พื้นที่เสี่ยง

4. กลุ่มแผนงานการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้ด้านอุบัติเหตุจราจร

4.1 สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่จำเป็นต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะและการดำเนินการที่เกี่ยวข้องเรื่องของความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย และสร้างงานวิจัยที่สำคัญตามความจำเป็นของสถานการณ์ อาทิ การศึกษาและวิเคราะห์มาตรการจัดการความเร็วของประเทศ การวิจัยเพื่อประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและดิจิทัลเพื่อความปลอดภัยทางถนน เช่น การสำรวจและการบังคับใช้การสวมหมวก

นิรภัยโดยใช้กล้องวงจรปิด การใช้เทคโนโลยีและดิจิทัลสนับสนุนการตั้งด่านตรวจดื่มแล้วขับ และการสอบสวนอุบัติเหตุ เป็นต้น

4.2 สนับสนุนการศึกษาวิจัยเชิงลึก เพื่อค้นหาแนวทางในการทำงานเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายการลดอุบัติเหตุและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนได้มากยิ่งขึ้น เช่น ศึกษาพลวัตทางเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้รถจักรยานยนต์ของคนไทย อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในกลุ่มธุรกิจจัดส่งอาหาร (Food Rider) การเข้าถึงและการมีบริการขนส่งมวลชนสาธารณะกับการใช้ยานพาหนะส่วนตัว การค้นหากลวิธีป้องกันและแก้ไขอุบัติเหตุทางถนนที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่/ภูมิภาค/วัฒนธรรม เป็นต้น

4.3 พัฒนาฐานข้อมูลสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงหลักของผู้ใช้รถใช้ถนนระดับจังหวัดที่มีความต่อเนื่องและครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศอย่างเป็นระบบโดยเน้นการใช้เทคโนโลยีและดิจิทัล รวมถึงการจัดทำรายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยเป็นประจำทุกปี ตลอดจนการยกระดับการเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนให้ครอบคลุมถึงปัจจัยสำคัญต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การใช้รถใช้ถนนที่มากขึ้นใน กลุ่มธุรกิจจัดส่งอาหาร (Food Rider) กลุ่มธุริจขนส่งสินค้าและบริการ

4.4 ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากข้อมูลและองค์ความรู้ในการวางแผนพัฒนายุทธศาสตร์และดำเนินมาตรการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม รวมถึงพัฒนากระบวนการนำเสนอข้อมูลความรู้สู่กลุ่มเป้าหมายเฉพาะให้มีประสิทธิภาพ เช่น ข้อเสนอเชิงนโยบาย จัดทำข้อมูลและเอกสารประกอบการประชุม ศปถ.จังหวัด ศปถ.อำเภอ ศปถ.อปท. และการจัดเวทีร่วมกับสื่อมวลชน เป็นต้น

4.5 สนับสนุนการติดตามประสิทธิภาพของมาตรการหลักต่างๆ และสนับสนุนให้เกิดกลไกการกำกับติดตามการดำเนินงานของ ศปถ. ให้มีระบบสะท้อนกลับ (Feedback Loop) และเน้นการพัฒนาศักยภาพให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้มีความรู้ความสามารถและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งส่วนกลางและระดับพื้นที่ รวมไปถึงสะท้อนกลับให้กับสังคมและสาธารณะได้รับรู้ผ่านแกนนำนักวิชาการและภาคีเครือข่ายในพื้นที่

4.6 สนับสนุนให้เกิดการจัดการความรู้และพัฒนาชุดความรู้ แปลงองค์ความรู้ให้เป็นคู่มือและเครื่องมือ (Tool Kits) ที่พร้อมนำไปปฏิบัติตามและขยายผล และเพื่อสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความปลอดภัยทางถนน (Health Literacy) ผ่านช่องทาง หรือ Platform ออนไลน์ รวมไปถึงเพื่อการสื่อสารสาธารณะ โดยมุ่งเน้นการสร้างและรวบรวมองค์ความรู้และข้อมูลจากที่ต่างๆ จัดทำเป็นฐานข้อมูลด้านอุบัติเหตุทางถนน แปลงเป็นข่าวสาร และสื่อสารไปในช่องทางที่เหมาะสมให้กับกลุ่มเป้าหมาย ทั้งระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติ สื่อมวลชน และภาคประชาสังคม

4.7 สนับสนุนให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนงานวิชาการในระดับพื้นที่ ที่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของพื้นที่ เพื่อให้การแก้ไขปัญหานั้นบนฐานวิชาการ ผสานด้วยการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ หน่วยงานองค์กร ท้องถิ่น ภาคีเครือข่าย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

4.8 จัดประชุมวิชาการเรื่องความปลอดภัยทางถนนระดับชาติ เป็นประจำทุกสองปี โดยสร้างความร่วมมือ และความเป็นเจ้าของร่วมระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐเอกชนและประชาสังคม

5. กลุ่มแผนงานการลดปัญหาจากการพนัน

5.1 สนับสนุนการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูล เพื่อสนับสนุนส่งเสริมให้เกิดเรียนรู้เท่าทันต่อสถานการณ์ และตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบต่อสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ และป้องกันนักพนันหน้าใหม่ ที่มุ่งดำเนินงาน

1) สร้างความรู้ โดยการสนับสนุนทุนวิจัย 4 มิติ ได้แก่ อุปสงค์ อุปทาน ผลกระทบ และมาตรการทางกฎหมาย หรือการศึกษาวิจัยเชิงลึกเฉพาะกลุ่มเป้าหมายสำคัญ เช่น กลุ่มเด็กและเยาวชน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มแรงงาน กลุ่มเปราะบาง ตลอดจนการศึกษาเชิงลึกเฉพาะประเภทการพนัน ได้แก่ การพนันในงานบุญประเพณี การพนันออนไลน์ การพนันกีฬา

2) เผยแพร่องค์ความรู้ ผ่านทางเว็บไซต์ www.gamblingstudy-th.org รวมทั้งเฟซบุ๊ก "ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน" จุลสาร "ทันเกม" เวทีเสวนาวิชาการ ประชุมวิชาการพนัน เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย องค์ความรู้ ต่อสาธารณะและสื่อสารมวลชน รวมทั้งเป็นข้อมูลสำคัญที่ภาคีเครือข่ายนำไปใช้วางแผนขับเคลื่อนงาน

5.2 พัฒนาเครือข่ายนักรณรงค์และขยายเครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบให้มีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะ มาตรการ กฎกติกา ข้อตกลงร่วม ระดับพื้นที่หรือชุมชน และการรณรงค์สร้างความตระหนักต่อสังคม เพื่อมุ่งสู่การลดผลกระทบต่อกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กและเยาวชน มุ่งเน้นการดำเนินการดังนี้

1) พัฒนาเครือข่ายที่มีอยู่เดิมพร้อมทั้งขยายพื้นที่การทำงาน เช่น ชุมชน สถานศึกษา สถานประกอบการ ตลอดจนชุมชนออนไลน์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนนโยบาย มาตรการต่างๆ ให้เกิดการควบคุมทางด้านอุปทาน การลดอุปสงค์ และการลดปัญหาจากการพนัน ตลอดจนการสนับสนุนให้เกิดกลไกการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาจากการพนันในระดับชาติ

2) สื่อสารรณรงค์สร้างกระแสสังคมให้เกิดการตื่นตัว ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหาการพนัน และมีส่วนร่วมในการช่วยสื่อสารลดปัญหาจากการพนัน รวมถึงการสร้างความรอบรู้ (Gambling Literacy) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและป้องกันนักพนันหน้าใหม่

3) กลไกการเฝ้าระวังการโฆษณาหรือการเชิญชวนพนันจากหลากหลายช่องทาง โดยเฉพาะช่องทางออนไลน์ เพราะเข้าถึงง่ายแต่ควบคุมได้ยาก ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการเพิ่มพื้นที่การพนัน หรือเกิดนักพนันหน้าใหม่ เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการนำไปสื่อสาร สร้างการมีส่วนร่วมของสังคม เพื่อสร้างกลไกป้องกันและลดผลกระทบจากการพนัน

4) พัฒนาเครื่องมือสร้างความเท่าทันและลดผลกระทบจากการพนัน เช่น หลักสูตร ชุดการเรียนรู้หรือกิจกรรม เพื่อใช้เป็นสื่อการเรียนการสอนของสถานศึกษา รวมทั้งเปิดช่องทางการให้คำปรึกษาผู้ประสบปัญหาจากการพนัน เชื่อมโยงสู่ระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะปัญหาทางจิตเวช

แนวทางการบูรณาการ

1. ร่วมในกระบวนการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาวะทั้ง 4 มิติ ที่ครอบคลุมการจัดการความรู้ การบริหารภาคีเครือข่าย เพื่อสนับสนุนกลไกการทำงานเชิงพื้นที่ องค์กร กลุ่มประชากร และระบบบริการสุขภาพ ให้เป็นฐานการขยายผลและขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการที่ตอบสนองต่อเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของ สสส.

2. พัฒนาช่องการการบูรณาการงานร่วมระหว่างภาคีเครือข่ายหลักของ สสส. ระหว่างภาคีเครือข่ายภายนอก สสส. และระหว่างแผนเชิงประเด็น แผนเชิงพื้นที่ แผนเชิงระบบและกลไก และแผนกลุ่มประชากรและระบบและสนับสนุนต่างๆ ของ สสส. เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และร่วมสนับสนุนเป้าหมายการลดอุบัติเหตุทางถนนร่วมกันในทุกระดับ

3. บูรณาการงานร่วมกับหน่วยงานภาคนโยบาย เช่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมการปกครอง เพื่อขยายการทำงานในระดับอำเภอและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น การขับเคลื่อนตำบลขับขี่ปลอดภัย เป็นต้น

4. เชื่อมประเด็นการทำงานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทั้ง เหล้า บุหรี่ ยาเสพติด อุบัติเหตุทางถนน และพนันผ่านเครือข่ายสถาบันอุดมศึกษา เครือข่ายนักวิชาการระดับภูมิภาค โดยเน้นการกำหนดเป้าหมาย/กรอบงาน (Framework) ร่วมกัน การส่งต่อชุดความรู้ เครื่องมือและคู่มือ ต้นแบบการทำงาน ที่เน้นยกระดับสุขภาวะของกลุ่มเป้าหมาย และพัฒนาให้เกิดวิธีการ (How) รวมถึงการร่วมขับเคลื่อนให้เกิดต้นแบบการทำงานหรือการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ

5. สร้างพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาคีหลักสนับสนุนงานให้สถานประกอบการ นิคมอุตสาหกรรม หน่วยงานองค์กรภาคเอกชน ดำเนินการเรื่องสถานประกอบการปลอดเหล้า ปลอดบุหรี่ และมีมาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนน โดยเน้นให้เกิดการจัดทำฐานข้อมูลร่วมกัน ทั้งชุดความรู้ คู่มือ เครื่องมือสนับสนุน เพื่อร่วมพัฒนาแนวทางการขยายผลและสร้างความยั่งยืนในการทำงานในภาคเอกชน และสถานศึกษาตามแต่ละช่วงวัย

6. เชื่อมภาคีเครือข่ายหลักที่ดำเนินการในกลุ่มเครือข่ายต่างๆ ได้แก่ เครือข่าย สอจร. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อสม. หมออนามัย เครือข่ายเหยื่อเมาแล้วขับ และวัด ในการสนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และร่วมกำหนดแนวทางบูรณาการงานร่วมกัน

ภาคีหลัก

แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม มีภาคีหลักทั้งภาคีภาคนโยบาย ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม ร่วมสนับสนุนงาน ดังนี้

1. ภาคีด้านความปลอดภัยทางถนน

1.1 ภาคนโยบาย

ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน กองบูรณาการความปลอดภัยทางถนน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ตำรวจภูธรภาค กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก กรมทางหลวง กรมทางหลวงชนบท กระทรวงคมนาคม กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมการปกครอง สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กองสาธารณสุขฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข สำนักการจราจรและขนส่ง กรุงเทพมหานคร กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม สำนักงาน

คณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (บพข.) สภาองค์กรของผู้บริโภค

1.2 ภาควิชาการ

ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน คณะทำงานสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุจราจรระดับจังหวัด มูลนิธิไทยโรดส์ สถาบันเทคโนโลยีแห่งเอเชีย แผนงานความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลกด้านความปลอดภัยทางถนน (WHO-CCS Road Safety)

1.3 ภาคประชาสังคม

มูลนิธิเมาไม่ขับ ชมรมคนห่วงหัว เครือข่ายเหยื่อเมาแล้วขับ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค สำนักงานเครือข่ายลดอุบัติเหตุ สมาคมเครือข่ายหมออนามัยวิชาการ มูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย สมาคมหมออนามัย เครือข่ายเยาวชนลดปัจจัยเสี่ยงทางสังคม เครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิต เครือข่ายนักวิจัยท้องถิ่นเพื่อการพัฒนาชุมชนถนนปลอดภัย สันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย สถาบันพัฒนาองค์กรเอกชน บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด สื่อมวลชน ภาคธุรกิจเอกชนต่างๆ

2. ภาคีด้านการลดปัญหาจากการพนัน

2.1 ภาคนโยบาย

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยเฉพาะกรมกิจการเด็กและเยาวชน กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะกรมสุขภาพจิต กระทรวงมหาดไทย กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงยุติธรรม สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจกรรมโทรคมนาคมแห่งชาติ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ การกีฬาแห่งประเทศไทย

2.2 ภาควิชาการ

ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.3 ภาคประชาสังคม

มูลนิธิรณรงค์หยุดพนัน มูลนิธิชายหญิงก้าวไกลเพื่อสังคม สมาคมเครือข่ายงดเหล้าและลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค เครือข่ายเยาวชนลดปัจจัยเสี่ยง เช่น สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย เครือข่ายเด็กรุ่นใหม่ไม่พนัน เครือข่ายเพื่อนเยาวชนเพื่อการพัฒนา สภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย ประเทศ สมาคมผู้บำเพ็ญประโยชน์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์ เครือข่ายเด็กรุ่นใหม่ไม่พนัน เครือข่ายเพื่อนเยาวชนเพื่อการพัฒนา

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
กลุ่มแผนงานการพัฒนานโยบายและสร้างเป้าหมายร่วม	35.00
กลุ่มแผนงานเครือข่ายภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์	82.00
กลุ่มแผนงานโครงสร้างและการบูรณาการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่	38.00
กลุ่มแผนงานการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้ด้านอุบัติเหตุจราจร	88.00
กลุ่มแผนงานการลดปัญหาจากการพนัน	25.00
การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	2.00
รวม	**270.00**

4. แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

1. **สถานการณ์และแนวโน้มที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต**

สถานการณ์ และแนวโน้มที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพจิต จากรายงานความสุขโลกปี 2022 พบว่า แนวโน้มความสุขของประชาชนในประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2560 อยู่ในลำดับที่ 32 จนถึงในปี 2565 ประเทศไทยปรับลงไปอยู่ในลำดับที่ 61 ขณะที่การสำรวจสุขภาพจิต[32] (ความสุข) ของคนไทย พบว่าคนไทยมีคะแนนสุขภาพจิตยังอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้สำหรับสุขภาพจิตของคนทั่วไป (27.01-34.00 คะแนน) โดยในปี 2563 มีคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยอยู่ที่ 33.53 คะแนน สำหรับคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตเฉลี่ยรายภาคพบว่า ภาคเหนือมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือภาคใต้ ขณะที่กรุงเทพฯและปริมณฑลมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าภาคอื่นๆ และช่วงวัยเยาวชน (15-24 ปี) มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าวัยอื่น และหากพิจารณาจากองค์ประกอบหลักด้านสุขภาพจิต พบว่า องค์ประกอบด้านปัจจัยสนับสนุนสูงร้อยละ 82.0 สำหรับด้านที่อ่อนแอที่สุด คือ ด้านสมรรถภาพของจิตใจ ร้อยละ 64.3 ซึ่งองค์ประกอบนี้เกี่ยวข้องกับการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นและการจัดการปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข ควรมุ่งพัฒนาสมรรถภาพของจิตใจเป็นหลัก

นอกจากนี้จากข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตคนไทย[33] Mental Health Check in ซึ่งให้คนไทยประเมินตนเองด้านสุขภาพจิต ตลอดปี 2564 พบสัดส่วนผู้มีภาวะเครียดสูง เสี่ยงซึมเศร้า และเสี่ยงฆ่าตัวตายในกลุ่มประชากรทั่วไปถึงร้อยละ 14.5 16.8 และ 9.5 ตามลำดับ โดยปัญหาดังกล่าวนี้ มีสัดส่วนสูงมากในกลุ่มเด็กและเยาวชนวัยเรียนอายุไม่ถึง 20 ปี และ 20-29 ปี โดยความกังวลใจส่วนใหญ่เป็นเรื่องเชื่อมโยงกับครอบครัว การเรียนและอนาคตของตนเอง ด้านผู้ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจ จากการตกงาน สูญเสียรายได้ เป็นกลุ่มที่ต้องการดูแลและเยียวยาทางจิตใจ เนื่องจากพบว่ามีความเครียดสูง เสี่ยงซึมเศร้าและเสี่ยงฆ่าตัวตายสูงกว่าคนทั่วไป 2-3 เท่า ขณะที่ข้อมูลของศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ[34] ปี 2560-2564 พบว่ากลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานตอนต้น (อายุ 15-24 ปี และ 25-34 ปี) มีแนวโน้มจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงขึ้น ด้านอัตราการฆ่าตัวตายในภาพรวมของประเทศพบว่าใน มีแนวโน้มอัตราสูงขึ้นต่อเนื่อง จากปี 2561-2564 เท่ากับ 6.32 คนต่อแสนประชากร 6.64 7.37 และ 7.8 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ

สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 เป็นตัวกระตุ้นที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสภาวะทางเศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต พฤติกรรม ทัศนคติ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มาพร้อมกับความท้าทายจากภัยเงียบ คือ “ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า” และอาจนำไปสู่สถานการณ์การฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นของคนไทยได้ [35] อย่างไรก็ตามเป็นโอกาสสำคัญที่ประชาชนเห็นปัญหาและความสำคัญของการมีสุขภาพจิตที่ดี ประกอบกับการมีแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ เป็นกรอบดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจิตให้แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย มีการประเมินสุขภาพจิต มีเครื่องมือ โปรแกรม หลักสูตรที่พร้อมขยายผล มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี จึงควรมีการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ครอบคลุมถึงเรื่องการส่งเสริม เฝ้าระวัง และป้องกัน ให้ประชาชนมีภูมิคุ้มกันและมีความเข้มแข็ง

---

[32] สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2563). สรุปผลที่สำคัญการสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) ของคนในประเทศไทย พ.ศ. 2563.

[33] สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.รายงานสุขภาพคนไทย ปี 2565 ครอบครัวไทยในวิกฤตโควิด-19

[34] https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/ เข้าถึง 22 พฤษภาคม 2565

[35] กรมสุขภาพจิต. (2564) รายงานการประชุมศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินในสถานการณ์โควิด-19

ทางจิตใจ (Resilience) ในการรับมือกับผลกระทบจากสถานการณ์ต่าง ๆ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ส่งเสริมให้คนดูแลสุขภาพจิตตนเองและดูแลจิตใจผู้อื่น รวมถึงการส่งเสริมไปที่การเปลี่ยนแปลงปัจจัยแวดล้อมด้วย โดยมุ่งเน้นการสานเสริมพลังความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ที่จะเป็นกุญแจสำคัญทำให้ประชาชนมีความยืดหยุ่นในการปรับตัวได้ในทุกสถานการณ์ สามารถทำงานให้เกิดประสิทธิผล และสามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมของตน

2. สถานการณ์และแนวโน้มที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

สถานการณ์ในภาพรวมคุณภาพอากาศของประเทศไทย ประจำปี 2564 ปริมาณฝุ่นละออง PM2.5 มีค่าเฉลี่ยรายปีทั่วประเทศ 21 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร (ลดลงจากปี 2563 ร้อยละ 9) ฝุ่นละออง PM10 มีค่าเฉลี่ยรายปีทั่วประเทศ 40 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร (ลดลงจากปี 2563 ร้อยละ 7) สำหรับก๊าซโอโซน มีค่าเฉลี่ย 8 ชั่วโมงสูงสุด เฉลี่ยทั้งประเทศ 84 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร (เพิ่มขึ้นจากปี 2563 ร้อยละ 2) มลพิษหลักที่ยังเป็นปัญหาในพื้นที่เดิม คือ ฝุ่นละออง PM2.5 (กรุงเทพมหานครและปริมณฑล และพื้นที่ภาคเหนือ) ฝุ่นละออง PM10 (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 [1]สำหรับกรุงเทพมหานครและปริมณฑล สถานการณ์ปัญหาฝุ่นละออง PM2.5 ประจำปี 2564 จำนวนวันที่ฝุ่นละออง PM2.5 เกินค่ามาตรฐาน 67 วัน ลดลงจากปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 9) ในส่วนของภาคเหนือ 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

สถานการณ์ขยะมูลฝอย ขยะติดเชื้อ ขยะอันตรายจากชุมชน และขยะอาหาร 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 สาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้ปริมาณขยะมูลฝอยลดลงเนื่องมาจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้มีการควบคุมการเดินทางของนักท่องเที่ยวจากต่างประเทศมาประเทศไทย [2]

ด้านขยะมูลฝอยติดเชื้อ ปี พ.ศ. 2564 มีปริมาณ 90,009.23 ตัน เพิ่มขึ้นจากปี 2563 ร้อยละ 87 โดยเกิดจากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการภายใต้กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่น โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน สถานพยาบาลสัตว์ ห้องปฏิบัติการเชื้ออันตรายรวมไปถึงมูลฝอยติดเชื้อจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จากโรงพยาบาลสนาม สถานกักกันที่ราชการกำหนด ศูนย์แยกกักในชุมชน (CI) การแยกกักตัวที่บ้าน (HI) และสถานที่อื่นๆ โดยได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง 81,774.67 ตัน (ร้อยละ 90.85) การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ได้แก่ พัฒนาและปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน พัฒนาและขับเคลื่อนมาตรฐานการ

จัดการมูลฝอยติดเชื้อและระบบควบคุมกำกับการขนมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest system) พัฒนางานวิชาการ มาตรฐาน และงานวิจัยด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (กรมอนามัย, 2564)

ของเสียอันตรายจากชุมชน ปี พ.ศ. 2564 เกิดขึ้น 669,518 ตัน เพิ่มขึ้นจากปี 2563 ร้อยละ 1.6 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ (Waste from Electrical and Electronic Equipment: WEEE) 435,187 ตัน หรือร้อยละ 65 ในส่วนของของเสียอันตรายจากชุมชนประเภทอื่น ๆ เช่น แบตเตอรี่ ถ่านไฟฉาย ภาชนะบรรจุสารเคมีกระป๋องสเปรย์ เป็นต้น เกิดขึ้น 234,331 ตัน หรือร้อยละ 35 เมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณของเสียอันตรายจากชุมชนที่เกิดขึ้นในปีที่ผ่านมา พบว่ามีปริมาณที่เกิดขึ้นเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน มีการจัดให้มีจุดรวบรวมของเสียอันตรายชุมชนและซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ในชุมชน และห้างสรรพสินค้าเพื่อให้ประชาชนสะดวกในการนำมาทิ้ง ส่งผลให้ปริมาณของเสียอันตรายจากชุมชนเพิ่มสูงขึ้น [3] และจากการศึกษาองค์ประกอบขยะมูลฝอยของประเทศ ปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีองค์ประกอบที่เป็นขยะอาหารประมาณร้อยละ 39 หรือคิดเป็นปริมาณขยะอาหาร 148 กิโลกรัมต่อคนต่อปี ร่างแผนปฏิบัติการด้านการจัดการขยะของประเทศ (พ.ศ. 2565 – 2573) ได้กำหนดมาตรการจัดการขยะอาหารและกำหนดตัวชี้วัดในการลดปริมาณขยะอาหารเทียบจากปริมาณขยะมูลฝอยชุมชน นอกจากนี้ในแผนปฏิบัติการลดก๊าซเรือนกระจกของประเทศ พ.ศ. 2564 – 2573 สาขาการจัดการของเสียชุมชน ได้กำหนดมาตรการที่ให้มีการลดและจัดการใช้ประโยชน์ขยะอาหาร ซึ่งจะช่วยในการก๊าซเรือนกระจก [4]

สถานการณ์การปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ จากการใช้พลังงานแยกรายภาคเศรษฐกิจ ปี 2564 ภาคการผลิตไฟฟ้า มีสัดส่วนการปล่อยก๊าซ CO_2 สูงสุด คือ ร้อยละ 36 ของการปล่อยก๊าซ CO_2 ทั้งหมด มีการปล่อยก๊าซ CO_2 ลดลง ร้อยละ 2.9 จากช่วงเดียวกันของปีก่อน ภาคอุตสาหกรรมซึ่งมีสัดส่วนการปล่อยก๊าซ CO_2 รองลงมาร้อยละ 31 มีการปล่อยก๊าซ CO_2 เพิ่มขึ้นจากช่วงเดียวกันของปีก่อนร้อยละ 9.9 เนื่องจากจากความต้องการซื้อในประเทศ และต่างประเทศที่เริ่มขยายตัวในหลายสินค้า หลังจากภาครัฐผ่อนคลายมาตรการล็อกดาวน์ โดยเฉพาะการขยายตัวของอุตสาหกรรมรถยนต์ขยายตัวร้อยละ 9.15 ตามการขยายตัวของตลาดส่งออกเป็นหลัก ภาคการขนส่ง ซึ่งมีสัดส่วนการปล่อยก๊าซ CO_2 ร้อยละ 28 มีการปล่อยก๊าซ CO_2 ลดลงจากช่วงเดียวกันของปีก่อนร้อยละ 7.4 เนื่องจากมาตรการจำกัดการเดินทางในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 และมาตรการทำงานจากที่บ้าน (Work from home) ทำให้การใช้รถยนต์ในการเดินทางน้อยลง สำหรับภาคเศรษฐกิจอื่นๆ ซึ่งมีสัดส่วนการปล่อยก๊าซ CO_2 ร้อยละ 5 มีการปล่อยก๊าซ CO_2 ลดลงจากช่วงเดียวกันของปีก่อนร้อยละ 2.5 ตามการลดลงของการใช้พลังงานในภาคเกษตรกรรมที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาภัยแล้ง และการใช้พลังงานของภาคพาณิชยกรรมที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด – 19 [5]

3. สถานการณ์และแนวโน้มที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ

ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2554-2555 **อัตราการคลอดของวัยรุ่นไทย**เคยเพิ่มขึ้นสูงสุด คิดเป็นอัตราที่ 53.4 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน โดยในช่วงเวลานั้นเกิดความร่วมมือระหว่างองค์กรภาคีหลายภาคส่วน ในการบูรณาการการทำงานร่วมกันเพื่อลดอัตราการคลอดของวัยรุ่นลง จนปัจจุบันอัตราการคลอดของแม่วัยรุ่นกำลังลดลงอย่างต่อเนื่อง แม้จะยังไม่บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่กำหนดว่า ในปี 2569 อัตราการคลอดในวัยรุ่นลดลง ไม่เกิน 25 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน โดยอัตราการคลอดของแม่วัยรุ่นปี พ.ศ. 2563 อยู่ที่ 28.7 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ยกเว้นในบางจังหวัด อาทิ แม่ฮ่องสอน เพชรบุรี พังงา ลพบุรี สิงห์บุรี ที่อัตราการคลอดยังคงสูง

อยู่ ในขณะที่ภาพรวมอัตราการคลอดซ้ำของประเทศกำลังลดลง แต่ยังคงสูงเกินเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไม่เกินร้อยละ 14.5 ในส่วนของ**การใช้ถุงยางอนามัยในวัยรุ่น** ในปี 2562 พบว่า อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในวัยรุ่น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยนักเรียน ม.5 ที่มีเพศสัมพันธ์แล้วใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกร้อยละ 77.6 ในเพศชาย และร้อยละ 80 ในเพศหญิง ส่วนนักเรียนชั้น ปวช.ปี 2 ร้อยละ 72.4 ในเพศชาย และร้อยละ 77.6 ในเพศหญิง ในขณะที่ร้อยละการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับแฟนหรือคู่รัก ในนักเรียน ม.5 เพศชาย ร้อยละ 84.6 เพศหญิง ร้อยละ 69.2 ในนักเรียนชั้น ปวช.ปี 2 เพศชาย ร้อยละ 77.6 เพศหญิง ร้อยละ 67.3 สะท้อนว่าแม้อัตราการใช้ถุงยางอนามัยจะสูงขึ้น แต่การใช้อย่างสม่ำเสมอยังคงต่ำ ส่งผลต่ออัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลในปี 2563 พบวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี มีอัตราป่วยสูงถึง 172.3 ต่อประชากรแสนคน สาเหตุของการไม่ใช้ถุงยางอนามัย ส่วนหนึ่งเกิดจากการเข้าถึง โดยในปี 2563 พบว่า ประเทศไทยมีความต้องการใช้ถุงยางอนามัย 105 ล้านชิ้นต่อปี แต่มีจำนวนที่ผลิตได้ต่อปีเพียง 70 ล้านชิ้นต่อปี ส่งผลให้ไม่เพียงพอกับความต้องการใช้และสถานการณ์โควิค-19 ทำให้วัยรุ่นเข้าถึงได้ค่อนข้างจำกัด และจากการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยนี้เองจึงทำให้มีการศึกษาของคณะทำงานคาดประมาณสถานการณ์เอดส์ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ร่วมกับศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ และโครงการ Analysis and Advocacy (A2) ทำการคาดประมาณผลลัพธ์จากการขยายการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ในการลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ (Condom HIV Impact Analysis) ระบุว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 - 2561 ประเทศไทยป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ 8,000,468 ราย และป้องกันการเสียชีวิตได้ 4,352,963 ราย โดยคาดการณ์ว่า หากดำเนินการให้อัตราการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 90 จะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ในช่วงปี พ.ศ. 2562-2563 เป็นจำนวน 20,983 คน หรือลดการติดเชื้อลงได้ 28,414 คน โดยในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพียง 810 คน แต่จากข้อมูลในปี 2562 พบว่า อัตราการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดของวัยรุ่นภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา มีการใช้ร้อยละ 76 ซึ่งถือว่าต่ำกว่าเกณฑ์ ส่วนการตีตราและเลือกปฏิบัติ จากการสำรวจการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระบบบริการสุขภาพ พบว่ามีแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่การตีตราตนเองในกลุ่มผู้ติดเชื้อยังคงมีอัตราที่สูง ซึ่งผลกระทบจากการตีตราในแง่มุมต่างๆ ส่งผลต่อการป้องกันดูแลตัวเอง เนื่องด้วยเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพก็จะตัดสินใจไม่ไปโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับบริการ หรือเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีถูกตีตราจะไม่กล้าเข้ารับบริการ เกิดความล่าช้าในการรักษา นอกจากนี้จะปกปิดว่าตนเองเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้มีโอกาสแพร่เชื้อให้ผู้อื่น นำไปสู่ข้อจำกัดของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย

จากสถานการณ์การเสริมสร้างสุขภาวะทางเพศของประเทศไทยจะเห็นได้ว่า “เรื่องเพศ” เป็นหนึ่งในเรื่องที่พูดยากในสังคมไทย เพราะถูกมองว่าเป็นเรื่องน่าอาย ไม่ควรพูดถึง ไม่จำเป็นต้องสอน ไม่จำเป็นต้องให้เด็กเรียนรู้ โดยเชื่อว่าโตไปก็สามารถเรียนรู้ได้เอง เมื่อ “เรื่องเพศ” กลายเป็นเรื่องที่ต้องปกปิด ไม่สามารถพูดคุยกันได้เหมือนเรื่องอื่นๆ แต่มิอาจปิดกั้นความสนใจใคร่รู้ตามวัยที่เป็นเรื่องตามธรรมชาติไปได้ เด็กส่วนหนึ่งจึงค้นหาข้อมูลเรื่องเพศจากสื่อต่างๆ ที่รายล้อมรอบตัว ไม่ว่าจากอินเทอร์เน็ต จากเพื่อน ซึ่งไม่อาจรู้ได้เลยว่าข้อมูลที่เขาได้รับนั้นถูกต้องหรือเหมาะสมมากน้อยเพียงใด ความ "ไม่รู้” หรือ “ไม่เท่าทัน” เรื่องเพศของเด็กส่งผลให้เด็กกลุ่มหนึ่งได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นตามมาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน ไม่ว่าจะเป็น การตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่น การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อเอชไอวี การยุติการตั้งครรภ์ การถูกใช้ความรุนแรง ฯลฯ อีกทั้งยังมีประเด็นเรื่องภาพลักษณ์ของถุงยางอนามัย ที่ต้องมีการปรับมุมมองเชิงบวกว่าไม่ใช่เป็นเรื่องของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง แต่เป็นความรับผิดชอบร่วมกัน เพื่อเป็นการสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศในการป้องกันวัยรุ่นให้ปลอดจากการตั้งครรภ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอชไอวี/เอดส์ ต่อไป

4. สถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

สถานการณ์ปัญหาผู้บริโภคด้านสุขภาพในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ด้วยสภาพสังคมที่ก้าวสู่ยุคดิจิทัล สินค้าและบริการมีความซับซ้อนทั้งในเชิงการผลิตและการตลาด ผู้บริโภคมีการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่หลากหลาย โดยที่ผ่านมาปัญหาที่ผู้บริโภคได้รับผลกระทบและร้องเรียนมากเป็นอันดับหนึ่งของปี 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 ที่มีเนื้อหาหลอกลวงให้ใช้บริการแอปฯ กู้เงิน ผิดกฎหมาย และเว็บพนัน รวมถึงเนื้อหาอนาจาร ทำให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญและเสียทรัพย์สินได้ ส่วนปัญหาด้านการเงินการธนาคาร/ประกัน (740 เรื่อง) พบปัญหาเรื่องแอปพลิเคชันกู้เงินผิดกฎหมาย โดยมีลักษณะของแอปฯ กู้เงิน คือ ต้องจ่ายเงินก่อนกู้ หรือ มีดอกเบี้ยสูงเกินกว่ากฎหมายกำหนด ต้องชำระคืนภายใน 6-7 วัน ส่วนประกันโควิดก็เป็นปัญหาที่มีผู้เสียหายมากและเป็นประเด็นในสังคม คือ การจ่ายค่าสินไหมประกันโควิดแบบ “เจอจ่ายจบ” ล่าช้าเกินกว่า 15 วัน ขัดกับคำสั่งของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) และยังพบปัญหามิจฉาชีพหลอกให้ผู้บริโภคต่อประกันรถยนต์ทางโทรศัพท์แต่ไม่ได้รับกรมธรรม์ นอกจากนี้ ปัญหาเรื่องหนี้ยังพบเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะหนี้บัตรเครดิต และยังคงพบหนี้ธุรกิจเช่าซื้อ หนี้นอกระบบ และสินเชื่อ เนื่องจากสภาวะเศรษฐกิจตกต่ำในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สำหรับปัญหาด้านสินค้าและบริการทั่วไป (400 เรื่อง) ผู้บริโภคที่ร้องเรียนเข้ามาพบปัญหาสินค้าชำรุดบกพร่อง ไม่ได้มาตรฐานมากที่สุด จำนวน 76 เรื่อง รองลงมา คือ มีปัญหาการขอเงินคืน ไม่พอใจบริการ การโฆษณาเกินจริง ซึ่งเป็นปัญหาเกิดจากการซื้อสินค้าในช่องทางออนไลน์ เมื่อจัดส่งสินค้ามาให้พบว่าสินค้าชำรุด และไม่ตรงกับที่โฆษณา

เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและระบบยาการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่ายังมีข้อจำกัดของการนำต้นแบบที่แผนงานผลิตไปขยายผล และโอกาสของการเกิดสภาองค์กรของผู้บริโภคจึงเป็นหมุดหมายสำคัญที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนทิศทางการดำเนินงานของกลุ่มแผนงานโดยจะเน้นการดำเนินงานเฉพาะที่ยังเป็นช่องว่าง โดยเฉพาะการทบทวนองค์ความรู้หรือต้นแบบต่างๆ ที่ทำไว้แล้วเพื่อเชื่อมและส่งต่อกับหน่วยงาน กลไกเชิงระบบปกติให้เกิดการขยายผลและเกิดความยั่งยืนต่อไป

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

ความรอบรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ หมายถึง ความรู้/ความสามารถ และทักษะของประชาชน ชุมชนองค์กร และภาคีเครือข่าย ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพจากแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ไปใช้ประโยชน์ จนก่อให้เกิดการสื่อสารที่เกี่ยวกับการเข้าถึงสิทธิผู้บริโภค การใช้ยาสมเหตุสมผล การลดผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม การสร้างเสริมสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง และการสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศที่ปลอดภัย รวมทั้งการผลักดันนโยบาย ครอบคลุมถึงความเข้าใจเนื้อหาที่ระบุปัจจัยทางกายภาพ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมที่กระทบต่อสุขภาวะทางเพศ สุขภาพจิต ผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม การคุ้มครองผู้บริโภค และเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา

การควบคุมปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ หมายถึง การประสานพลังทางสังคม พลังวิชาการและพลังนโยบาย จนเกิดการช่วยเหลือ แก้ไข การป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางกายภาพ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ที่กระทบต่อสุขภาวะของประชาชน และพัฒนา/หนุนเสริมให้แก่ภาคีเครือข่าย ผ่านการกำหนดจุดเน้นการส่งเสริมบทบาท

ของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ให้มีความสามารถในการควบคุมจัดการปัจจัยเสี่ยงและสร้างปัจจัยเสริมสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพจิต การแก้ไขผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม การสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ รวมทั้งการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและพัฒนาระบบยาของประชาชน

นวัตกรรม หมายถึง ชุดข้อมูล/ความรู้ใหม่ทั้งที่เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับกระบวนการใหม่ ที่มาจากบทเรียนสถานการณ์ใหม่ๆ ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการของชุมชนและสังคมต่อการจัดการปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ ผ่านกลไก ที่เชื่อมประสานความร่วมมือของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย

สุขภาพจิตดี (Mental Health) หมายถึง สภาพที่ดีของจิตใจที่สามารถควบคุมอารมณ์มิให้เกิดความคับข้องใจหรือขัดแย้งภายในจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุขหรือสภาพชีวิตที่เป็นสุข[36] สามารถทำงานให้เกิดประสิทธิผล และสามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมของตนได้[37]

สร้างเสริมสุขภาพจิต หมายถึง การดำเนินงานที่เน้นการพัฒนาศักยภาพของผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีหรือกลุ่มคนทั่วไปให้มีอยู่อย่างสม่ำเสมอ ควบคู่กับการสร้างสภาพแวดล้อมและสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพจิตดี

สุขภาวะทางเพศที่ปลอดภัย หมายถึง การมีชีวิตทางเพศที่เป็นสุขและปลอดภัย ทั้งในระดับบุคคลและระดับสังคม โดยประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูล มีความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงทางเพศที่ต้องเผชิญ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาวะทางเพศ เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นการลดอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

การจัดการมลพิษสิ่งแวดล้อม หมายถึง ความสามารถของประชาชนในการเฝ้าระวังเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่สืบเนื่องจากมลพิษทางอากาศ มลพิษจากขยะ และมลพิษอุตสาหกรรมได้ด้วยชุมชน โดยชุมชนมีส่วนร่วมในขั้นตอนการพัฒนานโยบายสาธารณะ ผ่านร่าง พ.ร.บ. อากาศสะอาด พ.ร.บ.การรายงานการปล่อยมลพิษและการเคลื่อนย้ายสารมลพิษสู่สิ่งแวดล้อม การนำขยะอิเล็กทรอนิกส์จากต่างประเทศ กฎหมายที่เชื่อมโยงเครือข่ายความร่วมมือระดับชาติในกลุ่มประเทศอาเซียน และการบังคับใช้กฎหมายกับการจัดการขยะจากอุตสาหกรรมของโรงงาน

การคุ้มครองผู้บริโภคและพัฒนาระบบยา หมายถึง การพัฒนาและขับเคลื่อนมาตรการ นโยบาย เพื่อการเข้าถึงสิทธิของผู้บริโภคสินค้าและบริการสุขภาพที่ปลอดภัย ผ่านการใช้ประโยชน์จากงานวิชาการงานวิจัย นวัตกรรม เครื่องมือเทคโนโลยีดิจิทัล หรือแพลตฟอร์มออนไลน์ สำหรับการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ที่ทำลายสุขภาพไม่ปลอดภัย หลอกลวง สร้างความไม่เป็นธรรมกับผู้บริโภครวมทั้งขยายช่องทางให้ผู้บริโภครอบรู้/เท่าทันสินค้าและบริการสุขภาพที่ไม่ปลอดภัย รวมทั้งการเข้าถึงระบบแจ้งเตือนที่เชื่อมโยงการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้บังคับใช้กฎหมายการคุ้มครองผู้บริโภคและ เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ปลอดภัยได้อย่างทันท่วงที

จุดเน้นของแผน

แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ มุ่งเน้นการดำเนินงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนให้เกิดผลลัพธ์ต่อการตอบสนองต่อเป้าหมายยุทธศาสตร์ 10 ปี ของ สสส. รวมทั้งกรอบนโยบายของคณะกรรมการกองทุน สสส. และสอดคล้องตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580) ในประเด็นด้านการปรับเปลี่ยนค่านิยมและวัฒนธรรม ด้านการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต ด้านการพัฒนาความรู้

[36] พจนานุกรมการสาธารณสุขไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2559

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

การเสริมสร้างคนไทยมีสุขภาวะที่ดี รวมถึงงานวิจัยและการพัฒนานวัตกรรม นอกจากนี้ ยังสนับสนุนการขับเคลื่อนแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติประเด็นอื่นๆ ตาม (ร่าง) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 – 2570) รวมทั้งนโยบายและแผนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยคาดหวังว่าประชาชนทุกช่วงวัยจะได้รับการพัฒนาในทุกมิติ มีคุณภาพ และมีความพร้อมร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศต่อไป

ดังนั้น สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจึงมีการกำหนดจุดเน้นการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. 2566 เพื่อผลักดันให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ให้เกิดผลสัมฤทธิ์มากยิ่งขึ้น ดังนี้

จุดเน้นที่ 1: สนับสนุนและขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการ รวมถึงการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ให้มีประสิทธิผลมากขึ้น

พัฒนามาตรการ นโยบาย แนวปฏิบัติ และระบบสนับสนุนที่จำเป็นต่อการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต โดยเน้นขยายการทำงานนอกระบบสุขภาพมากขึ้น เช่น มาตรการในวัยแรงงาน มาตรการการดูแลจิตใจเด็กและครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมสำหรับกลุ่มช่วงวัยต่างๆ เสริมสร้างกลไกระบบยุติธรรมสิ่งแวดล้อม ระบบธรรมาภิบาลสิ่งแวดล้อม และการศึกษาผลกระทบจากกฎหมาย (Regulatory Impact Assessment : RIA) ในการบริหารจัดการปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของประชาชนในทุกมิติ และสนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนมาตรการ นโยบายเพื่อการสร้างเสริมการมีสุขภาวะทางเพศที่ปลอดภัย รวมทั้งสนับสนุนมาตรการเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ สินค้า การบริการทางสุขภาพ และการใช้ยาที่ไม่ปลอดภัย โดยบูรณการการทำงานร่วมกับหน่วยงานหรือภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

จุดเน้นที่ 2: สนับสนุนการพัฒนาศูนย์วิชาการ เพื่อพัฒนาและเผยแพร่งานวิจัย งานวิชาการ และองค์ความรู้ใหม่ที่จำเป็นต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

พัฒนาและเผยแพร่งานวิจัย งายวิชาการ และองค์ความรู้ใหม่ ส่งเสริมการวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสุขภาพจิตและสิ่งแวดล้อม เพื่อประยุกต์ใช้สนับสนุนการพัฒนามาตรการนโยบายสาธารณะ และกำหนดยุทธศาสตร์ สนับสนุนการจัดการความรู้ ถอดบทเรียน เพื่อส่งต่อทุนองค์ความรู้การทำงานด้านสุขภาวะทางเพศ / ผลิตภัณฑ์ สินค้า การบริการทางสุขภาพ และการใช้ยาที่ไม่ปลอดภัย เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ และออกแบบให้นำไปสู่การขยายผลและการนำไปใช้ประโยชน์เพื่อสร้างความยั่งยืนต่อไป

จุดเน้นที่ 3: สนับสนุนการพัฒนาเครื่องมือ และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรม เพื่อเกิดการยกระดับกระบวนการทำงานแบบก้าวกระโดด

มุ่งเน้นการพัฒนาเครื่องมือและการขยายผ่านแพลตฟอร์ม Social Media เพื่อเพิ่มการเข้าถึงความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริมทักษะสุขภาพจิต (ทักษะเชิงบวก / ให้คำปรึกษาสุขภาพจิตออนไลน์ / การประเมินความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต / การพัฒนาโมเดลแบบชุมชนออนไลน์) ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจในประเด็นถุงยางอนามัย เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่มาเป็นเครื่องมือ ในการกำกับดูแล เฝ้าระวังทางออนไลน์ และการโฆษณาที่ผิดกฎหมาย รวมทั้งการพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลเพื่อสนับสนุนกลไกการเฝ้าระวังสินค้าออนไลน์ ด้วยเทคโนโลยีต่างๆ พร้อมทั้งมีการขยาย

ผลการใช้เครื่องมือ ผ่านการประยุกต์ใช้หลักสูตรและโปรแกรมที่ได้ทดสอบประสิทธิภาพแล้ว ไปใช้กับกลไกเชิงระบบหรือพื้นที่ต่างๆ เพื่อให้เกิดแนวทางการบริโภคอย่างยั่งยืน การเกษตรเพื่อสิ่งแวดล้อม อุตสาหกรรมเชิงนิเวศ และให้ความสำคัญต่อสังคมสิ่งแวดล้อมสุขภาวะกลไกการเฝ้าระวังผลกระทบที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและผลกระทบสถานการณ์โควิด-19

จุดเน้นที่4: พัฒนาและเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย ผ่านการสานเสริมพลังจากผู้นำการเปลี่ยนแปลง ผู้ปฏิบัติงาน และแกนนำระดับพื้นที่

สนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพจิต สิ่งแวดล้อม สุขภาวะทางเพศ และการคุ้มครองผู้บริโภคจากผลิตภัณฑ์สินค้า / การบริการทางสุขภาพ รวมถึงการใช้ยาอันตรายในทุกกลุ่มวัยผ่านกลไกบูรณาการการทำงานเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็ง~~และ~~การขยายเครือข่ายและขยายผลการใช้เครื่องมือ หลักสูตร โปรแกรมไปในพื้นที่ระดับภาค จังหวัด อำเภอ ท้องถิ่น และระดับชุมชน โดยเพิ่มความสำคัญของมิติสังคมวัฒนธรรม การพัฒนามาตรการชุมชนและสร้างชุมชนเป็นพื้นที่ปลอดภัย การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-19 รวมทั้งการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพจิตกลุ่มคนเมือง และให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการยกระดับขยายผลการดำเนินงานของภาคประชาสังคมในการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมเชิงพื้นที่วิกฤตด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม

จุดเน้นที่ 5: พัฒนาการสื่อสารสาธารณะด้วยช่องทางที่ทันสมัยและสอดคล้องกับพฤติกรรมการรับสื่อในปัจจุบัน รวมทั้งสื่อสารความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อตอบสนองผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-19

สร้างทัศนคติที่ดีผ่านการสื่อสารความรู้ในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน เพื่อเปลี่ยนแปลงวิธีคิดของตนเองและสังคมเกี่ยวกับการเสริมสร้างสมรรถนะทางจิตใจ โดยเน้นแนวคิดการพัฒนาทักษะทางจิตเชิงบวก ลดพฤติกรรมเชิงลบ สามารถสร้างความเข้มแข็งทางใจ มีความสามารถในการจัดการอารมณ์และความเครียด มีการสื่อสารกระตุ้นเตือนเพื่อสร้างบรรทัดฐานและปรับเปลี่ยนเพื่อส่งเสริมให้มีเพศสัมพันธ์ที่รับผิดชอบและปลอดภัย รวมทั้งมีการส่งเสริมการปลูกฝังจิตสำนึกและสร้างวินัยในการคัดแยกขยะมูลฝอยและขยะติดเชื้อเพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของ COVID-19

เป้าหมายการดำเนินงาน

1. ตัวชี้วัดหลัก

1.1 เกิดข้อเสนอมาตรการ นโยบาย แนวปฏิบัติ ระบบสนับสนุนที่จำเป็นต่อการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอย่างน้อย 1 เรื่อง

1.2 เกิดกลไกการทำงานแบบบูรณาการหรือความร่วมมือระหว่างศูนย์วิชาการเพื่อขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหามลพิษอากาศ (ศวอ.) กับเครือข่ายวิชาการอื่นหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศของประเทศไทย อย่างน้อย 1 ประเด็น/เรื่อง

1.3 เกิดศูนย์ให้บริการด้านสุขภาพแก่บุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศในภูมิภาคต่างๆ ของประเทศอย่างน้อย 3 แห่ง

1.4 เกิดงานวิชาการจากการสังเคราะห์การทำงานในพื้นที่เพื่อสะท้อนถึงสถานการณ์หรือเสนอเป็นข้อเสนอทางเชิงนโยบายในการติดตามการทำงานด้านการจัดการด้านเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ อย่างน้อย 1 เรื่อง

2. ตัวชี้วัดร่วม

2.1 ร่วมกับแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะในการสร้างเสริมทักษะทางสมอง (EF) ในผู้สูงวัย เพื่อป้องกัน/หรือลดความเสี่ยงการเกิดโรคสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงวัย หรือผู้ที่กำลังก้าวสู่วัยสูงอายุ เพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต ที่ตอบสนองยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต ในแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1

2.2 นำใช้ข้อมูลนวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อดำเนินการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาวะทั้ง 4 มิติ และสนับสนุนการทำงานเชิงพื้นที่ องค์กร กลุ่มประชากร และระบบบริการสุขภาพ

แนวทางการดำเนินงาน

1. กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงานแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

กลุ่มเป้าหมายหลัก: ประชาชนทุกช่วงวัยที่มีความเสี่ยงตามบริบทประเด็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ โดยเน้นกลุ่มเด็กและเยาวชน วัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน ประชาชนกลุ่มเปราะบาง ผู้บริโภคที่บริโภคสินค้าและบริการสุขภาพ รวมทั้งประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่เสี่ยงจากปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม

2. ขอบเขตการดำเนินงานแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ประกอบด้วย ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพจิต ประเด็นสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและพัฒนาระบบยา รวมทั้งประเด็นปัจจัยเสี่ยงสุขภาพใหม่ที่มีความจำเป็น

ยุทธศาสตร์การดำเนินของแผนงานการสร้างเสริมสุขภาพจิต

1. เสริมศักยภาพกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางให้มีความเข้มแข็งทางใจหรือวัคซีนใจในรูปแบบต่างๆ ผ่านกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่เน้นการใช้กลวิธีต้นทุนจิตวิทยาเชิงบวก
2. พัฒนาความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย ผู้นำการเปลี่ยนแปลง ผู้ปฏิบัติงาน แกนนำ เพื่อเข้าใจในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจิต ในกลุ่มต่างๆ และสนับสนุนการพัฒนาต้นแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัยในชุมชนท้องถิ่น อำเภอ จังหวัด ในรูปแบบการบูรณาการร่วมกับกลไกคณะกรรมการสุขภาพจิตจังหวัด กับภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคม หรือกลไกอื่นๆ นอกหน่วยงานสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
3. สนับสนุนการพัฒนาเครื่องมือ นวัตกรรม และเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต โดยเน้นการพัฒนาเครื่องมือและขยายผ่านแพลตฟอร์ม Social Media เพื่อสื่อสารและเพิ่มการเข้าถึงความรู้ความเข้าใจเพื่อส่งเสริมทักษะสุขภาพจิตเชิงบวก
4. สนับสนุนการพัฒนามาตรการ นโยบาย แนวปฏิบัติ และระบบสนับสนุนที่จำเป็นต่อการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ตลอดช่วงชีวิต

ยุทธศาสตร์การดำเนินของแผนงานสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

1. พัฒนาศักยภาพของบุคคล เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ชีวิตอย่างเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมชุมชน ครัวเรือน องค์กร ท้องถิ่น สานพลังภาคีเครือข่าย วิทยาศาสตร์ภาคพลเมืองในการเฝ้า

ระวัง ป้องกัน จัดการ ปรับตัว และตรวจสอบมลพิษสิ่งแวดล้อม รวมถึงการบูรณาการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ตนเอง

2. สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้ นวัตกรรม การศึกษาวิจัย และเสริมหนุนการสื่อสารสาธารณะ การรณรงค์ ตลอดจนพัฒนาระบบเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากมลพิษสิ่งแวดล้อม
3. ผลักดันให้เกิดนโยบาย กฎระเบียบ กฎเกณฑ์ มาตรการ หรือเกณฑ์ปฏิบัติ ในการป้องกัน และควบคุมมลพิษจากแหล่งกำเนิดเชิงพื้นที่ ลดการเกิดมลพิษที่ต้นทาง ลดจำนวนแหล่งกำเนิดมลพิษ และการจัดทำเนียบการปลดปล่อยและเคลื่อนย้ายมลพิษ (Pollutant Release and Transfer Register หรือ PRTR)
4. สนับสนุนการสร้างการพัฒนาที่สมดุล ยั่งยืน และเป็นธรรม บนสังคมที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมและสภาพภูมิอากาศ การเพิ่มขีดความสามารถในการปรับตัวต่อผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศของชุมชน และหนุนเสริมการเป็นสังคมคาร์บอนต่ำ

ยุทธศาสตร์การดำเนินของแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ

1. ขยายต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ เพื่อหนุนเสริมการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย สภาพแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพ
2. ส่งเสริมและสื่อสารให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติเชิงบวก เจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศ
3. หนุนเสริมให้เกิดระบบบริการทางสังคมหรือระบบสุขภาพที่ให้บริการที่เป็นมาตรฐาน เป็นมิตร เข้าถึงง่าย

ยุทธศาสตร์การดำเนินของแผนงานการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและพัฒนาระบบยา

1. สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้และสื่อสารรณรงค์เพื่อให้ผู้บริโภคมีความรอบรู้ในการเลือกบริโภคสินค้าและบริการที่ปลอดภัยต่อสุขภาพ เช่น ยาจุลชีพ เชื้อดื้อยา สมุนไพร และ กัญชา เป็นต้น
2. ดำเนินการต่อยอดและขยายผลอย่างก้าวกระโดดการดำเนินงาน เพื่อส่งต่อต้นทุนความรู้การดำเนินงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและระบบยาไปยังหน่วยงานยุทธศาสตร์
3. การรวบรวมองค์ความรู้ เครื่องมือ ต้นแบบที่พัฒนาไว้และเร่งดำเนินงานนวัตกรรมระบบที่ใช้เทคโนโลยีเชื่อมต่อกับกลไกหน่วยงานทีเกี่ยวข้องเพื่อการขยายผล และนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์เพื่อในวงกว้าง เช่น ระบบ Single Window ระบบการเฝ้าระวังสินค้าและบริการออนไลน์ เป็นต้น
4. สนับสนุนการพัฒนามาตรการ นโยบาย และการบังคับใช้กฎหมายที่มีประสิทธิผล เพื่อจัดการเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ สินค้า การบริการทางสุขภาพ และการใช้ยาที่ไม่ปลอดภัย

กลุ่มแผนงาน

แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ประกอบไปด้วย กลุ่มแผนงาน ดังนี้

1. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต
2. กลุ่มแผนงานสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ
3. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ
4. กลุ่มแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและพัฒนาระบบยา

ภาคีหลัก

1. ภาคีหลักของแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต ได้แก่

หน่วยงานภาครัฐ : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ สำนักงานศาลยุติธรรม สำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สถาบันอาชีวศึกษา โรงเรียนและเขตพื้นที่การศึกษาในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุดมศึกษาฯ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ฯลฯ

ภาคีวิชาการ: ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ศูนย์สุขภาวะทางจิต คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หน่วยส่งเสริมสุขภาวะนิสิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฯลฯ

องค์กรประชาสังคม: สมาคมวิถีทางเลือกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน สมาคมสะมาริตันส์แห่งประเทศไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ มูลนิธิแพธทูเฮลท์ มูลนิธิรักษ์ไทย มูลนิธิ สมาคม และองค์กรเอกชนที่ทำงานเกี่ยวกับประเด็นด้านสุขภาพจิต สมาคมสมาพันธ์ผู้ดูแลไทย ศูนย์เสริมสร้างชีวิต มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก สมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตแห่งประเทศไทย สมาคมสายใยครอบครัว ศูนย์จิตวิทยาการศึกษา มูลนิธิยุวสถิรคุณ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ชมรมนักจิตวิทยาการปรึกษาแห่งประเทศไทย ฯลฯ

2. ภาคีหลักของแผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ ได้แก่

หน่วยงานรัฐ : กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงพลังงาน กระทรวงมหาดไทย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก กรมควบคุมมลพิษ กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กรมโรงงานอุตสาหกรรม กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ และสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ

องค์กรวิชาชีพ : สภาวิศวกร สภาวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และสมาคมวิศวกรรมสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย และสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย

สถาบันวิชาการ : มหาวิทยาลัยที่มีคณะด้านสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติในทุกภูมิภาค สถาบันวิจัยสภาวะแวดล้อม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ศูนย์วิชาการเพื่อสนับสนุนการแก้ไขปัญหาหมอกควันภาคเหนือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ศูนย์ความร่วมมือด้านอากาศสะอาดและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และ Clean Air Asia

องค์กรประชาสังคม : สมัชชาองค์กรเอกชนด้านการคุ้มครองสิ่งแวดล้อมและอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ มูลนิธิธรรมรัฐเพื่อการพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม มูลนิธิบูรณะนิเวศ มูลนิธิสถาบันสิ่งแวดล้อมไทย มูลนิธิส่งเสริมการออกแบบอนาคตประเทศไทย สภาลมหายใจภาคเหนือ มูลนิธิเพื่อลมหายใจเชียงใหม่ เครือข่ายอากาศสะอาด มูลนิธิเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (ภาคเหนือ) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย มูลนิธิเกษตรกรรมยั่งยืน (ประเทศไทย) สถาบันชุมนท้องถิ่นพัฒนา กรีนพีชประเทศไทย มูลนิธินิติธรรมสิ่งแวดล้อม เครือข่ายวาระเปลี่ยนตะวันออก มูลนิธิอันดามัน ห้างหุ้นส่วนจำกัด เติมเต็มวิสาหกิจเพื่อสังคม บริษัท เถื่อนกัมปะนี จำกัด มูลนิธิวนเกษตรเพื่อสังคม และมูลนิธิพัฒนาภาคเหนือ

3. ภาคีหลักของแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ ได้แก่

หน่วยงานรัฐ : กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) / สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

สถาบันวิชาการ : มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยสงขลาราชนครินทร์

องค์กรประชาสังคม : มูลนิธิแพธทูเฮลท์ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ มูลนิธิรักษ์ไทย สมาคมพัฒนาเครือข่ายอาสา RSA (Referral System for Safe Abortion)

องค์การระหว่างประเทศ : กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF)

4. ภาคีหลักของแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและพัฒนาระบบยา ได้แก่

หน่วยงานรัฐ : กระทรวงสาธารณสุข: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมอนามัย ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) กระทรวงมหาดไทย : กรมส่งเสริมการปกครอง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงพาณิชย์ : กรมการค้าภายใน กรมทรัพย์สินทางปัญญา กระทรวงอุตสาหกรรม : สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม

องค์กรวิชาชีพ : สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา สถาบันวิชาการ คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยทั่วประเทศ

องค์กรประชาสังคม : สภาองค์กรของผู้บริโภค (นิติบุคคลประเภทองค์กรเอกชน ที่เกิดขึ้นตาม พ.ร.บ.การจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภค) มูลนิธิสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค สมาคมสหพันธ์องค์กรผู้บริโภค มูลนิธิ สมาคม ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ องค์กรผู้บริโภคในจังหวัดต่างๆ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต	70.00
กลุ่มแผนงานสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ	80.00
กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ	45.00
กลุ่มแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา	22.00
การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	3.00
รวม	**220.00**

5. แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ

สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

การดำเนินงานของแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะมีความต่อเนื่องและก้าวหน้าในการลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพในประชากรกลุ่มเฉพาะมาโดยตลอด อย่างไรก็ดี ปัญหาความเหลื่อมล้ำยังคงทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะปัญหาความเหลื่อมล้ำของผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นหนึ่งในเป้าหมายที่นานาประเทศต่างก็ให้ความสำคัญเป็นอันดับต้น ๆ ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้บ่งชี้ว่าปัญหาความเหลื่อมล้ำของผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นจากพฤติกรรมส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังมีปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health: SDH) นำไปสู่ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพด้วย

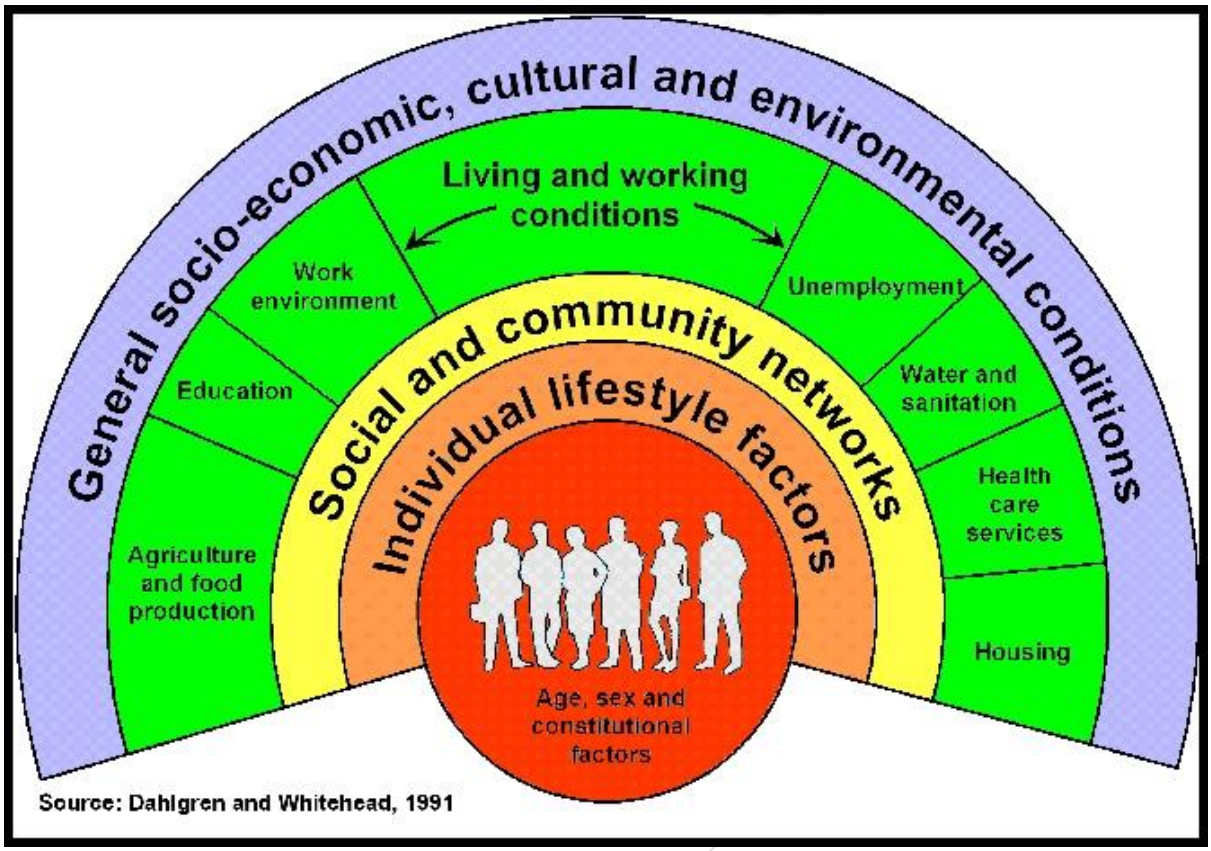
แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะจึงได้วิเคราะห์ประเด็นปัญหาที่เกิดจากการเชื่อมโยงปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ไปจนถึงสถานการณ์ทางสุขภาพของประชากรกลุ่มต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพของทุกคนบนแผ่นดินไทยตามวิสัยทัศน์ของ กองทุนฯ โดยใช้**กรอบแนวคิดในการทำงานที่สำคัญ คือ กรอบปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO)**[38] ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงานของแผน และเพื่อให้ยังคงความเป็นสากลในการทำงาน ซึ่งกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพได้มุ่งความสัมพันธ์ระหว่าง**ปัจจัยเชิงบริบทโครงสร้างทางสังคมที่เป็นอยู่ (Structure determinants)** ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง (Socioeconomic and Political Context) อาทิ การกระจายทางรายได้ เพศ เชื้อชาติ ความพิการ และโครงสร้างการกำกับดูแลของภาครัฐ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ถือเป็นตัวกำหนดตำแหน่งและสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมให้กับบุคคล (Socioeconomic Position) เช่น ลำดับชนชั้นตามรายได้ การศึกษา อาชีพ เพศ เชื้อชาติ ที่ล้วนส่งผลต่อการมีสิทธิมีเสียงและการเข้าถึงทรัพยากรของบุคคลเหล่านั้น และ**ปัจจัยส่งผลทางสุขภาพ (Intermediary determinants)** ที่เป็นตัวกลางจะสะท้อนให้เห็นถึงลำดับชั้น/สถานะสังคมของบุคคลที่จะมีความแตกต่างกัน และส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของประชาชนที่ต่างกัน ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ สภาพจิตใจ พฤติกรรม และปัจจัยทางชีววิทยา ซึ่งล้วนเป็นผลลัพธ์มาจากการมีปัจจัยเชิงโครงสร้าง บริบททางสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกันอีกทอดหนึ่ง เช่น การเข้าถึงอาหารที่ดีและมีคุณภาพ ประเภทงานที่ทำ ระดับความเครียดจากสภาพแวดล้อม[39] ดังแสดงตามภาพ

---

[38] 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 สภาวะแวดล้อมในการดำรงชีวิตและการทำงาน (Living and working conditions) และปัจจัยกลุ่มที่ห้าที่ คือ ปัจจัยทั่วไปทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสภาพแวดล้อม (General socio-economic, cultural and environmental conditions. World Health Organization. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion.

[39] สาระสำคัญของกรอบแนวคิดดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าปัจจัยสภาพแวดล้อม ตลอดจนสถานะทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองของประชาชนก่อให้เกิดตำแหน่งหรือสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกัน โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รายได้ การศึกษา อาชีพ เพศ เชื้อชาติ ตลอดจนปัจจัยส่งผ่านทางสุขภาพ. Health Organization (2010). A Conceptual Framework for Action on The Determinants of Health.

ภาพแสดงกรอบปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health)



กรอบปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพยังสามารถเชื่อมโยงปัญหาและจัดแบ่งลักษณะของปัญหาได้ทั้งในระดับสากลและระดับชาติ ในระดับสากล การทำงานของแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะจะเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals–SDGs) ซึ่งหมายถึงการพัฒนาให้ความสำคัญกับสมดุลใน 3 เสาหลักของมิติความยั่งยืน (Three Pillars of Sustainability) นั่นคือ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป้าหมายที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการทำงานของแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ คือ เป้าหมายที่ 1 No Poverty ขจัดความยากจนทุกรูปแบบทุกสถานที่ เป้าหมายที่ 2 Zero Hunger ขจัดความหิวโหย บรรลุความมั่นคงทางอาหาร ส่งเสริมเกษตรกรรมอย่างยั่งยืน และเป้าหมายที่ 3 Good Health and well-being รับรองการมีสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนทุกช่วงอายุ จากกรอบแนวคิด SDGs ดังกล่าวจะแสดงให้เห็นถึงภาพรวมของความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยระดับมหาภาคเชิงโครงสร้างและปัจจัยระดับปัจเจกบุคคล ซึ่งจะทำให้ทราบถึงสถานการณ์และความท้าทายที่ประชากรเฉพาะกำลังเผชิญอยู่ รวมถึงการทำงานของแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะที่ช่วยให้เป้าหมายของสังคมไทยบรรลุเป้าหมายของสากลได้อย่างชัดเจน และเป็นรูปธรรมมากขึ้น

ขณะที่ในระดับชาติ การทำงานของแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะจะเชื่อมโยงกับกรอบแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ในหมุดหมายที่ 8 ไทยมีพื้นที่และเมืองอัจฉริยะที่น่าอยู่ ปลอดภัย เติบโตได้อย่างยั่งยืน การแก้ปัญหาของกลุ่มเปราะบางในเมือง ทั้งในภาวะปกติและเมื่อเกิดภัยพิบัติ และเสริมสร้างสมรรถนะการบริหารจัดการพื้นที่ของท้องถิ่นทุกระดับ และหมุดหมายที่ 9 ไทยมีความยากจนข้ามรุ่นลดลง การสนับสนุนครัวเรือนยากจนข้ามรุ่นให้สามารถเลี้ยงดูเด็กได้อย่างมีคุณภาพ และส่งเสริมการ

จัดตั้งศูนย์เลี้ยงเด็กที่มีคุณภาพใน Setting ต่าง ๆ รวมถึงการยกระดับความคุ้มครองทางสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นเป้าหมายการดำเนินงานโดยตรงของแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ

แม้ว่า สสส. จะกำหนดให้ทุกแผนหลักดำเนินงานโดยคำนึงถึงปัญหาความเหลื่อมล้ำแต่ก็มีความจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับ “ประชากรกลุ่มเฉพาะ” ซึ่งหมายถึงประชากรบางกลุ่มที่มีทั้งความเปราะบาง (Vulnerability) มีความเสี่ยง (Risk) หรือต้องการกระบวนการพิเศษในการเข้าถึงการสร้างเสริมสุขภาพ สุขภาวะ อันถือเป็นปัจจัยส่งผ่านสังคมกำหนดสุขภาพ (Intermediary Determinants) ที่ทำให้สูญเสียสุขภาวะ เข้าไม่ถึงบริการ และไม่ได้รับประโยชน์จากการส่งเสริมสุขภาพตามนโยบายในภาพรวม นอกจากนี้การระบาดของโรคโควิด-19 ได้ส่งผลกระทบรุนแรงต่อกลุ่มประชากรเฉพาะ ให้ยิ่งจะมีความเปราะบางมากยิ่งขึ้นในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโรคโควิด-19 ประกอบกับปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ศาสนา และวัฒนธรรม ส่งผลให้ประชากรกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งการดำเนินงานของแผนประชากรกลุ่มเฉพาะในช่วงที่ผ่านมาได้สนับสนุนการดำเนินงานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเท่าเทียม ความเป็นธรรมทางสุขภาพในกลุ่มประชากรเฉพาะกลุ่มต่าง ๆ นำมาสู่การวางยุทธศาสตร์ แนวทางการดำเนินงานอย่างเหมาะสมต่อไป ทั้งนี้ข้อมูลสถานการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้องตามกลุ่มประชากรเฉพาะ ที่ดำเนินการสรุปได้ ดังนี้

1) สถานการณ์ผู้สูงอายุ

สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2564[40] มีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 13.35 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.6 โดยจำแนกเป็นชาย 5.97ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44.7 ของประชากรผู้สูงอายุ และเป็นหญิงจำนวน 7.38 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 55.3 ของประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งคาดว่าประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ในปี พ.ศ. 2565 ในส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นขึ้น พบว่า มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวลำพังในครัวเรือน ร้อยละ 12.0 และร้อยละ 21.1 อยู่ลำพังกับคู่สมรส ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีความเปราะบางต่อปัญหาต่าง ๆ

ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ คือ ประเด็นด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจ ซึ่งในด้านสุขภาพ[41] จากการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ปี พ.ศ. 2557 พบว่า โรคเรื้อรังที่มักพบในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้ออักเสบ ข้อเสื่อม โรคถุงลมโป่งพอง/ หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต นอกจากนี้ ยังมีภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วย ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีความชุกร้อยละ 8.1 ในด้านเศรษฐกิจ มีผู้สูงอายุร้อยละ 34.3 ยังคงเป็นผู้สูงอายุที่ยากจนซึ่งมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน โดยผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564[11] พบว่า โดยผู้สูงอายุร้อยละ 34.7 ยังคงทำงานอยู่ ในปัจจุบันผู้สูงอายุจำนวน 4.29 ล้านคน หรือกว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ระบุว่ามีการใช้อินเทอร์เน็ต 8 แสนคนมีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ และผู้สูงอายุใช้ Smartphone กว่า 5.89 ล้านคน (49 %)

---

[4] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564.

[10]วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร่วมกับมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย,(2556), **รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555**, โรงพิมพ์ บริษัท เอสเอสพลัส มีเดีย จำกัด, นนทบุรี.

2) สถานการณ์คนพิการ

จากข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2565 พบว่า มีคนพิการที่มีบัตรประตัวคนพิการทั่วประเทศ จำนวน 2.11 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 3.20 ของประชากรทั้งประเทศ[42] เป็นเพศชาย 1.10 ล้านคน (ร้อยละ 52.27) และเพศหญิง 1.10 ล้านคน (ร้อยละ 47.73) โดยจำนวนส่วนใหญ่เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย รองลงมาเป็นคนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ทางการเห็น ทางจิตหรือพฤติกรรม ทางสติปัญญา พิการมากกว่า 1 ประเภท ออทิสติก ทางการเรียนรู้ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุและประเภทความพิการ พบว่า มีคนพิการในวัยสูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) มากที่สุดจำนวน 1.18 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 56.06 ของจำนวนคนพิการทั้งหมด

ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 กระทบกับคนพิการ ทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ เนื่องจากคนพิการมีภูมิต้านทานน้อยจึงมีความเสี่ยงสูงกว่าคนทั่วไป อีกทั้งการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพทุกรูปแบบเป็นไปได้ยาก เพราะความจำกัดของร่างกายการเดินทางลำบาก และอาจมีความยากจน ด้านเศรษฐกิจ อาจมีคนพิการบางส่วนถูกเลิกจ้าง หรือไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เช่น การนวด ขายลอตเตอรี่ ส่งผลให้ขาดแคลนรายได้ทำให้ไม่สามารถจัดซื้ออุปกรณ์ป้องกันตนเอง ในด้านสังคม เกิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิตจากเดิมมีการรวมกลุ่มทำงาน สร้างอาชีพ กลายเป็นถูกจำกัดให้อยู่ในบ้าน ไม่สามารถออกไปข้างนอกได้ ทำให้คนพิการส่วนใหญ่ต้องปรับตัวเพื่อเรียนรู้และใช้เทคโนโลยีมากขึ้น

3) สถานการณ์คนไร้บ้าน

ในปี พ.ศ. 2562 สำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ โดยความร่วมมือของสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เครือข่ายสลัมสี่ภาค และกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ทำการสำรวจจำนวนประชากรคนไร้บ้านทั่วประเทศ พบจำนวนคนไร้บ้านทั้งสิ้น 2,721 คน แบ่งเป็นเพศชาย 2,310 คน เพศหญิง 390 คน กลุ่มหลากหลายทางเพศ 12 คน และไม่ทราบเพศ 9 คน โดยกรุงเทพมหานครพบคนไร้บ้านมากที่สุด จำนวน 1,029 คน รองลงมาคือ นครราชสีมา จำนวน 133 คน เชียงใหม่ จำนวน 112 คน สงขลา จำนวน 100 คน ชลบุรี จำนวน 87 คน ขอนแก่น จำนวน 76 ทั้งนี้ความเปราะบางของคนไร้บ้านที่พบ ได้แก่ การไม่มีสถานะทางทะเบียนทำให้เข้าไม่ถึงสิทธิสุขภาพและสวัสดิการต่าง ๆ การไม่มีศักยภาพในการเข้าถึงที่อยู่อาศัยทุกประเภท การมีอาชีพที่สามารถสร้างรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีพ และคนไร้บ้านมิได้มีลักษณะของความคงที่ (static) หากแต่มีความลื่นไหลและพลวัตร (dynamic) อันสัมพันธ์กับภาวะและระดับความเปราะบางทางเศรษฐกิจสังคมในแต่ละช่วงเวลา เป็นต้น

ในปี พ.ศ. 2564 ผลจากสถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลกระทบให้จำนวนคนไร้บ้านเพิ่มมากขึ้นไม่ต่ำกว่าร้อยละ 30[43] พบว่า คนไร้บ้านในกรุงเทพฯ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 1,868 คน[44] และคนไร้บ้านในพื้นที่สาธารณะทั่วประเทศ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 3,500-4,000 คนเนื่องจากภาวะ

---

[13]ศูนย์ข้อมูลคนพิการและเทคโนโลยีสารสนเทศ, รายงาน**ข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ข้อมูลสิ้นสุด ณ วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2565**. แหล่งที่มา: https://ecard.dep.go.th/person_info/. สืบค้นเมื่อ สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม พ.ศ. 2565.

[43] พีระ ตั้งธรรมรักษ์ และ ณัฏฐ์ศุภณ ดำชื่น, **การประมาณการประชากรคนไร้บ้านภายใต้สถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)** (กรุงเทพฯ: แผนงานพัฒนาองค์ความรู้และประสานเครือข่ายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะคนไร้บ้าน, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2563).

[44] ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง (2564) กรุงเทพมหานคร แจงนับจำนวนคนไร้บ้าน 50 เขตในกรุงเทพมหานคร(ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม 2564)

เศรษฐกิจที่ซบเซา ทำให้มีสถานะตกงาน ขาดรายได้ และเข้าไม่ถึงสิทธิสวัสดิการต่าง ๆ ซึ่งกลุ่มคนไร้บ้าน ถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจากการอยู่ในพื้นที่สาธารณะ ซึ่งโดยลักษณะอาชีพและวิถีชีวิตความเป็นอยู่มักจะอาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมืองที่มีความหนาแน่นของประชากรสูง มีความเสี่ยงต่อการรับเชื้อและแพร่เชื้อได้ง่าย และยังเป็นกลุ่มที่มีโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ และปัจจัยในการดำรงชีวิตต่างๆได้น้อยกว่าคนทั่วไป จึงนับเป็นกลุ่มที่มีความยากลำบากที่สุดกลุ่มหนึ่งในสถานการณ์เช่นนี้อย่างต่อเนื่อง

4) สถานการณ์แรงงานนอกระบบ

ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2564 พบผู้มีงานทำ จำนวน 37.7 ล้านคน โดยเป็นแรงงานนอกระบบ จำนวน 19.6 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 52 พบปัญหาที่สำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ 1. ปัญหาจากการทำงาน ได้แก่ ค่าตอบแทนไม่เพียงพอ ขาดความต่อเนื่อง และทำงานหนัก 2. ปัญหาด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ อิริยาบถในการทำงาน ฝุ่น ควัน กลิ่น แสงสว่างไม่เพียงพอ และ 3. ความไม่ปลอดภัย ได้แก่ สารเคมี อันตรายจากการทำงาน[45] ซึ่งสอดคล้องกับผลการดำเนินงานโครงการสำรวจสถานการณ์แรงงานนอกระบบ ดำเนินงานโดยสถาบันวิจัยสังคม จุฬาฯ เมื่อปี 2564 พบแรงงานนอกระบบ ร้อยละ 18 เคยได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน และร้อยละ 69.9 ไม่ได้รับการรักษา นอกจากนี้ แรงงานส่วนใหญ่ยังเผชิญความไม่เป็นธรรมจากรายได้ ค่าจ้าง ค่าตอบแทนที่ต่ำ การจ้างงานที่ไม่ต่อเนื่อง ไม่มีสัญญาจ้าง ไม่ได้รับวันหยุด/วันลาพักผ่อน การไม่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย การทำงานภายใต้ความเสี่ยงและไม่ปลอดภัย การขาดโอกาสในการพัฒนาทักษะและอาชีพ การเข้าไม่ถึงแหล่งทุน การขาดโอกาสในการรวมกลุ่ม การได้รับผลกระทบจากกฎระเบียบ มาตรการและนโยบาย รวมไปถึงการถูกดูถูก และกีดกัน[46]

ผลการสำรวจสภาพการทำงานของคนทำงานแพลตฟอร์มในประเทศไทย ร่วมกับกระทรวงแรงงาน พบว่า กลุ่มบริการส่งอาหาร (food delivery) กลุ่มขับขี่ยานพาหนะ (ride hailing) ให้ความสำคัญกับงานแพลตฟอร์มมาก สาเหตุเนื่องมาจาก เป็นแหล่งรายได้หลัก มีอิสระในการทำงาน รายได้ดี และสามารถเป็นนายตัวเอง โดยเวลาทำงานเฉลี่ย 6 วัน/สัปดาห์ ประมาณ 10 ชั่วโมงต่อวัน วันละประมาณ 21 รอบ ระยะเวลาที่ไรเดอร์คนหนึ่งทำงานบนแพลตฟอร์ม เฉลี่ยประมาณ 1 - 2 ปี โดยร้อยละ 39.8 เคยเจ็บป่วยจากการทำงาน และร้อยละ 10.4 เคยประสบอุบัติเหตุจนต้องไปโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้สิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค (บัตรทอง) รองลงมาคือการใช้สิทธิประกันสังคมมาตรา 40 และมาตรา 39[47] และการสำรวจสถานการณ์ทางสุขภาพของไรเดอร์พบ 3 ปัญหาสำคัญของไรเดอร์คือ “ปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย” เช่น ปวดหลัง ปวดเอว ปวดข้อมือ เนื่องจากต้องขับรถเป็นเวลานานและต้องเผชิญกับพื้นผิวถนนโดยเฉพาะลูกระนาดทำให้กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ตึงเคล็ดบวมปวดตามมา “ปัญหาความเสี่ยงจากการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน” เนื่องจากมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย รวมไปถึงต้องเผชิญกับ “ปัญหาสุขภาพจิต” เช่น ความเครียด (หัวร้อน) เนื่องจากถูกกดดันจากลูกค้า ร้านค้า การกดรับงานที่ต้องรวดเร็ว และสภาพอากาศ ที่มีเหตุปัจจัยทั้งจากไรเดอร์ ครอบครัว แพลตฟอร์ม ร้านค้า และลูกค้า[48]

นอกจากนี้การแพร่ระบาด COVID-19 ส่งผลกระทบกับแรงงานนอกระบบที่ทำงานนอกภาคเกษตรที่รายได้ที่ลดลงมาก ทำให้มีรายได้ไม่เพียงพอกับการดำรงชีพ และขาดเงินทุนหมุนเวียน โดยรายได้ของแรงงานกลุ่มนี้โดยเฉลี่ยลดลงเหลือเพียงครึ่งหนึ่ง เมื่อเทียบกับช่วงปกติก่อนการแพร่ระบาด ส่วนแรงงานนอกระบบใน

---

[45] สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2565), **การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2564**

[46] จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2565), **รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการสำรวจสถานการณ์แรงงานนอกระบบ**

[47] กระทรวงแรงงาน (2565), **รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายต่อคุณภาพชีวิตของคนทำงานแพลตฟอร์ม**

[48] พงษ์ศักดิ์ สกุลทักษิณ (2565), **รายงานการสำรวจสถานการณ์สุขภาพไรเดอร์**

ภาคเกษตรแม้จะได้รับผลกระทบน้อยกว่ากลุ่มอื่น แต่ด้วยปัญหาเชิงโครงสร้างที่มีอยู่เดิมและปัญหาภัยแล้งที่ต่อเนื่อง ก็ส่งผลกระทบเชิงลบต่อรายได้ของเกษตรกรไม่แพ้กัน การเร่งวางรากฐานนโยบายการปรับตัวเชิงโครงสร้าง พร้อมทั้งการเสริมศักยภาพให้แก่แรงงานภาคเกษตร จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เกษตรกรสามารถอยู่รอดได้อย่างยั่งยืน[49]

5) สถานการณ์กลุ่มชาติพันธุ์

กลุ่มชาติพันธุ์ หมายถึง กลุ่มคนที่มีอัตลักษณ์ทางประวัติศาสตร์ร่วมกัน ทำให้สมาชิกกลุ่มมีวัฒนธรรม ประเพณี บรรทัดฐาน ภาษา และความเชื่อในแนวเดียวกัน อัตลักษณ์เหล่านี้ถูกถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น บุคคลภายนอกอาจเข้าเป็นสมาชิกกลุ่มได้ด้วยการแต่งงานหรือวิธีการอื่น ๆ ตามที่สังคมนั้นกำหนด [50] ในปัจจุบันมีประชากรกลุ่มชาติพันธุ์อยู่ในพื้นที่ครอบคลุม จำนวน 67 จังหวัด 56 กลุ่ม มีประชากรรวมประมาณ 6,100,000 คน[51]

ข้อมูลจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย เดือนธันวาคม 2564 ระบุว่ามีผู้ที่ยังไม่ได้รับสัญชาติไทย จำนวน 973,656 คน[52] ขณะเดียวกันยังมีกลุ่มคนอีกกลุ่มซึ่งเป็นคนไทยอาศัยอยู่ตรงขอบชายแดนไทย-พม่าบริเวณจังหวัดระนอง ชุมพร พังงา และประจวบคีรีขันธ์ เรียกว่า “กลุ่มคนไทยพลัดถิ่น” ในปี 2562 มีตัวเลขประชากรในกลุ่มนี้มาขึ้นทะเบียนกับกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยประมาณ 18,000 คน และตกสำรวจพลัดหลงทางทะเบียน ถูกจำหน่าย เกิดใหม่อีกประมาณ 20,000 คน[53] และยังมี “นักเรียนรหัส G” คือ นักเรียนที่ยังไม่มีบัตรประชาชนคนไทย ซึ่งต้องมีตัวเลขประจำตัวเพื่อใช้ในระบบการศึกษา แต่ไม่เกี่ยวกับเลข 13 หลักของกระทรวงมหาดไทย ซึ่งเมื่อปี 2558 พบว่ามีเด็กนักเรียนรหัส G ราว 67,433 คน ซึ่งส่วนใหญ่มักอยู่ตามแนวตะเข็บชายแดนไทยซึ่งทั้งหมดนี้มีสถานะเป็นนักเรียนในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ

กลุ่มชาติพันธุ์และผู้มีปัญหาสถานะบุคคลเกือบทั้งหมดอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ที่มีวิถีชีวิต ภาษา วัฒนธรรม และประเพณี และความเชื่อ ที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตที่มีความแตกต่างกัน เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนากระบวนสร้างเสริมสุขภาพที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิต ส่งผลสำคัญต่อการเข้ารับบริการต่างๆ รวมไปถึงอุปสรรคของการเข้าถึงกระบวนการพิสูจน์สถานะบุคคล ด้วยขาดความรู้ ความเข้าใจ และขาดช่องทางการเข้าถึงกระบวนการ

6) สถานการณ์ประชากรข้ามชาติ

---

[49] ธนาคารแห่งประเทศไทย(2564), **แรงงานนอกระบบ: ผลกระทบและความท้าทายในยุค COVID-19**

[50] ราชบัณฑิตยสถาน. **พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยา ฉบับราชบัณฑิตยสถาน**. พิมพ์ครั้งที่ 4, กรุงเทพฯ : ราชบัณฑิตยสถาน, 2557.

[51] สุจิตต์ วงษ์เทศ (2564), ‘กลุ่มชาติพันธุ์’ คือบรรพชน ‘คนไทย’ ความเป็นไทย ‘เปิดรับ’ ทุกกลุ่มชาติพันธุ์

[52] กระทรวงมหาดไทย (2564), https://stat.bora.dopa.go.th/stat/pk/pk_64.pdf (สืบค้นเมื่อ 3 มิถุนายน 2565)

[53] มูลนิธิชุมชนไท งานสรุปบทเรียน 20 ปี เครือข่ายฯ 10 ปีกฎหมายฯ สู่ความเป็นพลเมืองไทย วันที่ 28-29 พฤษภาคม 2565

แรงงานข้ามชาติ หมายถึง ผู้ไม่มีสัญชาติไทยที่อยู่ระหว่างหางานหรือกำลังทำงานในประเทศไทย หรือเคยหางานหรือเคยทำงานแต่ไม่สามารถทำงานต่อได้และยังอาศัยอยู่ในประเทศไทยโดยรวมถึง "ผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติ" หมายถึง ผู้ไม่มีสัญชาติไทยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงแรงงานข้ามชาติในกรณีของการย้ายถิ่นคู่สมรสและเด็กเล็กถือว่าเป็นผู้ติดตาม รวมถึงคู่สมรสโดยพฤตินัยและผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง[54] หรือสามารถใช้คำแทนแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติ ว่า "ประชากรข้ามชาติ"[55]

ข้อมูลของสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน ระบุว่า ในเดือนมิถุนายน 2565 แรงงานข้ามชาติ 4 สัญชาติ ได้แก่ เมียนมา ลาว กัมพูชา และเวียดนาม มีจำนวน 2,038,518 คน[56] นอกจากนี้ ข้อมูลจากองค์การยูนิเซฟประเทศไทย เสนอว่ามีแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้มีการลงทะเบียนอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ประมาณ 1 ล้านคน เฉพาะจำนวนเด็กลูกแรงงานอพยพอย่างเดียวคาดว่ามีอยู่ประมาณ 300,000 ถึง 400,000 คน โดยเหตุผลหลักเพราะว่า ระบบ MOU ที่นำเข้าแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านไม่ได้อนุญาตให้แรงงานทักษะต่ำที่ถูกกฎหมายนำผู้พึ่งพิงเข้ามาด้วยได้ ซึ่งในกรณีนี้คือ ภรรยาและลูก ทั้งนี้หากแรงงานคนใดมีลูกระหว่างอยู่เมืองไทย เด็กที่เกิดมาใหม่เหล่านั้นก็กลายมาเป็นต่างด้าวที่ไม่ได้ลงทะเบียนไปโดยอัตโนมัติ[57] ซึ่งหากรวมข้อมูลของกระทรวงแรงงาน จะเห็นได้ว่ามีจำนวนแรงงานและผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติอยู่ในประเทศไทย ประมาณ 3.1 ล้านคน

การสำรวจสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปี 2563[58] ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติพม่า ลาว กัมพูชา ในพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี หนองคาย ระนอง และสมุทรสาคร โดยใช้เครื่องมือวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ2ส. พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม อยู่ในระดับไม่ดีร้อยละ 92.71 มีพฤติกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น หวานจัด เค็มจัด การใช้ผงชูรสจำนวนมากในการปรุงอาหาร ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังมากกว่าที่กำหนดไว้ในฉลากสินค้า เคี้ยวหมาก สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า และขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิของตนเอง ทำให้เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่เข้าไม่ถึงการรักษาในโรงพยาบาล จำเป็นต้องซื้อยากินเองจนอาการป่วยหนักจึงไปโรงพยาบาล หรือกรณีตั้งครรภ์ต้องจ่ายค่าดูแลรักษาด้วยตนเอง ซึ่งยังมีอุปสรรคด้านภาษา แม้มีการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ซึ่งเป็นแรงงานข้ามชาติที่มีศักยภาพและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค แต่ก็ยังไม่เพียงพอต่อจำนวนประชากรข้ามชาติ และผลกระทบจากโควิด 19 ยังส่งผลให้แรงงานข้ามชาติจำนวนมากถูกให้ออกจากงานเนื่องจากการปิดสถานประกอบการทั้งชั่วคราวและถาวร หรือจากการเป็นผู้ติดเชื้อโควิด 19 ซึ่งไม่สามารถเดินทางกลับประเทศต้นทางได้จากการปิดประเทศ ส่งผลให้กลายเป็นคนที่ผิดกฎหมายในที่สุด

7) สถานการณ์กลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ

ประเทศไทยยังไม่มีตัวเลขที่ชัดเจนของจำนวนประชากรที่เป็น LGBTIQN+ อีกทั้งมีบุคคลที่เป็น LGBTIQN+ จำนวนมากที่ไม่ต้องการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศสภาพ เพศวิถีของตนเองกับสังคม อย่างไรก็ตาม ได้มีความพยายามสำรวจจำนวนประชากรบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศในระดับประเทศโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งอยู่ระหว่างดำเนินการพัฒนาฐานข้อมูลของประชากรกลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ

---

[54] สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (2565), **การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ**

[55] สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2564), แผนการดำเนินงานระยะ 3 ปี พ.ศ. 2565-2567 แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม

[56] กระทรวงแรงงาน (2565), สถิติจำนวนแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักร ประจำเดือนมีนาคม 2565

[57] มูลนิธิภิวัฒน์สาธารณสุขไทย (2563), https://www.hfocus.org/content/2020/02/18418. (สืบค้นเมื่อ 9 มีนาคม 2564)

[58] มหาวิทยาลัยมหิดล (2563), **รายงานสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติ.**

โดยวิธี Proxy Index Report หรือการให้สมาชิกในครัวเรือนตอบคำถามแทนได้ ผลการสำรวจเบื้องต้นพบว่า ในจำนวนประชากรทั้งหมดมีบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ ร้อยละ 0.7 และในประชากรอายุระหว่าง 15–20 ปี มีประชากรกลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศร้อยละ 1.5[59] นอกจากนั้น ยังมีตัวเลขจากการคาดประมาณของเว็บไซต์ LGBT–Capital.com ในปี 2562 ระบุว่าปัจจุบันมี LGBT ทั่วโลกราว 371 ล้านคน โดยในประเทศไทยมี LGBT ราว 3.6 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 5 ของจำนวนประชากรทั้งหมด[60]

รายงานผลการศึกษาและทบทวนองค์ความรู้ เรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ[61] การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่กลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ จะต้องพัฒนาความสามารถในการวิเคราะห์ทั้งในเชิงบริบทของสังคมและวิถีชีวิตของกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ ความสามารถในการออกแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตที่เจาะจงของกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศแต่ละกลุ่ม การพัฒนาทักษะความสามารถในการสื่อสารความรอบรู้สุขภาพที่สร้างความเข้าใจให้กับกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงสร้างแรงกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการเรียนรู้ และนำไปปรับใช้ในชีวิตจริง จนเกิดพฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาวะที่ดี โดยสามารถพิจารณาตามสมรรถนะการเข้าถึงหรือได้รับข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การจัดการและประเมินคุณค่าข้อมูล การปรับใช้ข้อมูลทั้งในการรักษาดูแล การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ และการเก็บข้อมูลผู้มีความหลากหลายทางเพศอายุ 18 ปีขึ้นไปทั่วประเทศแบบออนไลน์ โดยใช้แบบสอบถามของ Eliason และคณะ พบว่า คะแนนเฉลี่ยสำหรับชุดคำถามเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป สูงกว่าคำถามที่เกี่ยวกับเรื่องความหลากหลายทางเพศ คือ อยู่ที่ 8.61 คะแนน เทียบกับ 6.49 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า เมื่อเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศโดยตรงอาจจะยังมีข้อจำกัดอยู่มาก

8) สถานการณ์ผู้หญิงที่ถูกกระทำความรุนแรง

แม้ว่าประชากรหญิงในสังคมส่วนใหญ่จะมีความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจและสังคมหลายด้าน เช่น ด้านการศึกษา อาชีพ การพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ และการเมือง แต่ผู้หญิงในทุกสังคมยังต้องเผชิญกับปัญหาความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงทางเพศอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจความชุกของปัญหาความรุนแรงในครอบครัวของประเทศไทย โดยคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี เมื่อปี พ.ศ. 2560 พบว่า ร้อยละ 34.6 ของครอบครัวที่สำรวจมีการใช้ความรุนแรงรูปแบบต่าง ๆ โดยความรุนแรงทางด้านจิตใจพบมากที่สุด[62] ขณะที่ความรุนแรงบนโลกออนไลน์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอันเนื่องจากความก้าวหน้าทาง

---

[59] รองศาสตราจารย์ ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล ได้ให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการสำรวจข้อมูลประชากรบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ ในการประชุมเสวนาและรับฟังความคิดเห็นต่อร่างยุทธศาสตร์สุขภาวะ LGBTIQN+ ในประเทศไทย พ.ศ. 2564–2566 เมื่อวันที่ 22 กันยายน 2563

[60] LGBT Capital, Estimated LGBT Purchasing Power: LGBT–GDP–data as of year–end 2019, Accessed August 10, 2020, Available from http://www.lgbt–capital.com/docs/Estimated_LGBT–GDP_(table)_–_2020.pdf

[61] มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย (2565), **รายงานผลการศึกษาและทบทวนองค์ความรู้ เรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ**

[31]รณชัย คงสกนธ์ (บรรณาธิการ). (2560). **รายงานผลการสำรวจระดับประเทศความรุนแรงในครอบครัวไทยต่อผู้หญิงและบุคคล**. กรุงเทพฯ: ศูนย์จัดการความรุนแรงในครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

เทคโนโลยีที่เพิ่มมากขึ้น[63] การเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ความรุนแรงในครอบครัวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากสิ่งแวดล้อมของสถานการณ์จะเอื้อให้เกิดความรุนแรงในครอบครัวได้[64]

9) สถานการณ์ผู้ต้องขัง

ประเทศไทยมีจำนวนผู้ต้องขัง 236,293 คน (ข้อมูลเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565)[65] ข้อจำกัดและผลกระทบเมื่อจำนวนคนมากเกินกว่าที่เรือนจำหรือทัณฑสถานรองรับได้ ทำให้ภาพรวมของคุณภาพชีวิตในเรือนจำ ทั้งการอยู่อาศัย สุขภาพอนามัย การทำกิจวัตรประจำวัน เรียนหนังสือ ฝึกอาชีพ พักผ่อนนอนหลับ ทั้งหมดล้วนเกิดขึ้นอย่างแออัดในพื้นที่คับแคบในเรือนจำหรือทัณฑสถาน ปัญหาหลักที่เกี่ยวบริการทางสุขภาพต่อผู้ต้องขังหญิงในเรือนจำคือ การเข้าไม่ถึงบริการ หรือเข้าถึงได้ช้าในเวลkเจ็บป่วยเพราะบุคลากรในเรือนจำ เช่น พยาบาล หรือผู้คุมที่จะพาไปโรงพยาบาลมีไม่พอ ที่สำคัญคือขาดงบประมาณ

10) สถานการณ์มุสลิมไทย

รายงานสำมะโนประชากรมุสลิมไทยซึ่งสำรวจตามสำมะโนประชากรและเคหะทุก 10 ปี ระบุว่าประเทศไทยมีประชากรมุสลิมไทยจำนวน 3,260,111 คน ในปี พ.ศ. 2553[66] เป็นชายร้อยละ 49.47 และหญิงร้อยละ 50.53 ซึ่งประมาณร้อยละ 44 อาศัยอยู่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส) รองลงมาอาศัยอยู่ในจังหวัดต่าง ๆ ในภาคใต้ประมาณร้อยละ 34 ร้อยละ 11.75 อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ ร้อยละ 8.61 อาศัยอยู่ในปริมณฑลของกรุงเทพฯ และ จังหวัดอื่นของภาคกลาง และร้อยละ 1.64 อาศัยอยู่ในภาคเหนือและภาคอีสาน โดยมุสลิมไทย ในแต่ละพื้นที่มีภูมิหลังทางด้านชาติพันธุ์และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ในช่วงที่ผ่านมา พบว่า คุณภาพชีวิตของมุสลิมไทยหลายดัชนีด้อยกว่าประชากรไทยโดยเฉลี่ยในประเด็นหลัก คือ ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ สังคมและการศึกษา รวมถึงปัญหาสถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ 1) การพัฒนานวัตกรรมความรู้ 2) การพัฒนานโยบายเพื่อลดช่องว่าง ข้อจำกัด หรืออุปสรรคในการเข้าถึงสิทธิสุขภาพและบริการพื้นฐานทางด้านสังคม 3) การพัฒนาศักยภาพภาคีและเครือข่าย 4) การพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ และ 5) การสื่อสารสังคมเพื่อเปลี่ยนทัศคติต่อประชากรกลุ่มเฉพาะ โดยใช้แนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาในการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1) การพัฒนาองค์ความรู้ และต้นแบบกระบวนการทำงาน 2) การพัฒนาและเสริมศักยภาพคนทำงาน นักวิชาการ และเครือข่ายคนทำงาน และ 3) การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ โดยหนุนเสริมการทำงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม ซึ่งสอดคล้องกับ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) และสอดรับกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม โดยเฉพาะ

---

[32]อธิษฐาน จันทร์กลม. (2562). **ความขัดแย้งบนโลกออนไลน์ 'ฮีโร่ยุคไซเบอร์' หรือ 'ศาลเตี้ย'?**. แหล่งที่มา: https://www.matichon.co.th/prachachuen/news_1329892. สืบค้นเมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม 2563.

[33]Peterman A, Potts A, O'Donnell M, Thompson K, Shah N, Oertelt-Prigione S et al. (2020). Pandemics and violence against women and children. CGD Working Paper 528.Washington, DC Center for Global Development. Available from: http://www.cgdev.org/publication/pandemics-and-violence-against-women-and-children. cited 2020 May 10.

[65] กรมราชทัณฑ์. (2564). **สถิติผู้ต้องราชทัณฑ์ทั่วประเทศ**. แหล่งที่มา: http://www.correct.go.th/rt103pdf/report_result.php?date=2022-07-01&report=. สืบค้นเมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2565

[24]มูลนิธิสร้างสุขมุสลิมไทย. (2553), **รายงานสำมะโนประชากรมุสลิมไทย**.

ประเด็นการลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างความเป็นธรรมทุกมิติให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 การดำเนินงานมีเป้าหมายหลักคือการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพเพื่อให้ทุกคนมี “สิทธิ ศักดิ์ศรี คุณค่า พึ่งพาตัวเอง” ที่นำไปสู่การส่งเสริมความเข้มแข็งและการจัดการตัวเองของประชากรกลุ่มเฉพาะทั้ง 10 กลุ่มได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ ผู้สูงอายุ คนพิการ คนไร้บ้าน แรงงานนอกระบบ กลุ่มชาติพันธุ์ ประชากรข้ามชาติ ผู้มีความหลากหลายทางเพศ ผู้หญิงที่ถูกกระทำความรุนแรง ผู้ต้องขัง มุสลิมไทย แสดงเป็นกรอบแนวคิดเชิงยุทธศาสตร์ ดังนี้

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

1) ความเป็นธรรมทางสุขภาพ หมายถึง ความเสมอภาค เท่าเทียมด้านสิทธิและโอกาสที่จะเข้าถึงการมีสุขภาพที่ดีตามความจำเป็นทางสุขภาพ โดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากความแตกต่างของลักษณะประชากร อาทิ เพศ สัญชาติ เชื้อชาติ ศาสนา ชนชั้น สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการจัดระบบสุขภาพและบูรณาการแก้ไขปัญหาสอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชนที่ยอมรับในระดับสากล

2) ความเป็นธรรมทางสังคม หมายถึง ความเป็นธรรมในทุกมิติของสังคมที่มนุษย์พึงได้รับตามมาตรฐานทางสากล และหลักมนุษยธรรม โดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติ มีความเสมอภาค เท่าเทียมในการเข้าถึงสิทธิ โอกาส และทรัพยากรต่าง ๆ ที่พึงได้รับการปฏิบัติจากรัฐ และได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมเพื่อสร้างโอกาสในการมีสุขภาวะที่ดี

3) ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ หมายถึง ความแตกต่างระหว่างคนกลุ่มต่าง ๆ ด้านสถานะสุขภาพ เช่น อายุคาดเฉลี่ย อัตราการเจ็บป่วย ภาระโรค ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพอาจมิได้เกิดจากความไม่เป็นธรรมทางสังคมและความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพเสมอไป อาจมีปัจจัยอื่น ๆ เกี่ยวข้อง เช่น เพศ อายุ พันธุกรรม ซึ่งมีผลให้คนกลุ่มต่าง ๆ มีสถานะสุขภาพแตกต่างกัน อย่างไรก็ดี แนวคิดเรื่อง SDH ชี้ว่าความไม่เป็นธรรมทางสังคมเป็นสาเหตุหลักของความความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในประเทศต่าง ๆ

4) ความเหลื่อมล้ำทางสังคม หมายถึง ความแตกต่างด้านสภาพแวดล้อมการดำรงชีวิตระหว่างคนกลุ่มต่าง ๆ ในสังคม เช่น ความเหลื่อมล้ำทางรายได้ ความเหลื่อมล้ำในการถือครองที่ดิน ความเหลื่อมล้ำในด้านผลสัมฤทธิ์การศึกษา ความเหลื่อมล้ำด้านความเสี่ยงต่อภัยพิบัติความเหลื่อมล้ำทางสังคมอาจมิได้เกิดจากความไม่เป็นธรรมทางสังคมเสมอไป อาจมีปัจจัยอื่น ๆ เกี่ยวข้อง แต่สังคมที่มีความเหลื่อมล้ำสูงส่วนใหญ่มักมีสาเหตุสำคัญมาจากความเป็นธรรมทางสังคมในทางกลับกัน สังคมที่มีพื้นฐานความไม่เป็นธรรมในบางเรื่องสูงแต่มีนโยบายและมาตรการป้องกันมิให้ส่งผลกระทบต่อความไม่เป็นธรรมในเรื่องอื่น ๆ ก็อาจทำให้เป็นสังคมที่มีความเหลื่อมล้ำต่ำได้

5) นวัตกรรมสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ หมายถึง รูปแบบ วิธีการทำงานใหม่ การสร้างสิ่งแวดล้อมหรือเงื่อนไขใหม่ การพัฒนาผลิตภัณฑ์ใหม่ที่มีมูลค่าทางสังคม เศรษฐกิจ หรือสิ่งแวดล้อม ที่เกิดจากวิธีคิดใหม่ หรืออาจใหม่จากการเปรียบเทียบกับสิ่งที่เคยมีโดยที่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงสถานะของความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในทางที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด และสามารถนำไปใช้ขยายผลได้กว้างขวาง

6) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง การที่บุคคลมีความสามารถในการเข้าถึงข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพจากแหล่งความรู้ที่หลากหลาย มีความเข้าใจในเนื้อหา ต่าง ๆ สามารถประเมินความน่าเชื่อถือและความเหมาะสมของเนื้อหากับตนเอง ใช้ความคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลในการให้ความสำคัญกับข่าวสารความรู้นั้น ๆ ตลอดจนนำไปสู่การตัดสินใจนำมาลองปฏิบัติและประเมินผลการทดลองจนสามารถเกิดการใช้ในชีวิตประจำวันได้

7) บริการสุขภาพที่เป็นธรรม หมายถึง การจัดบริการด้านสุขภาพคำนึงถึงความเสมอภาคไม่เลือกปฏิบัติจากความแตกต่างของเพศ เพศภาวะ สังคม และวัฒนธรรม เอื้อต่อการเข้าถึง และตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

8) ผู้นำการเปลี่ยนแปลง หมายถึง ประชากรกลุ่มเฉพาะ หรือคนทำงานเพื่อความเป็นธรรมทางสังคมและสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะที่สร้าง ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน 3 ระดับ ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงในตนเอง (Self-transformation) การเปลี่ยนแปลงองค์กรและชุมชน (Organization and Community Transformation) และการเปลี่ยนแปลงสังคม (Social transformation) โดยผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะมีคุณลักษณะสำคัญ ได้แก่ มีความสามารถสร้างความสมดุลในชีวิตและการทำงาน มีความเข้าใจเรื่องความเป็นธรรมทางสังคมและสุขภาพ เข้าใจภาวะการนำร่วม และสามารถทำงานแบบใช้อำนาจร่วม ให้ความสำคัญของการทำงานที่เป็นเครือข่ายและการทำงานขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม

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

10) เรือนจำสุขภาวะ 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) ผู้ต้องขังสามารถธำรงบทบาทของการเป็นแม่/ พ่อ/ ลูก/ และสมาชิกของครอบครัว และ (7) ผู้ต้องขังมีโอกาสสร้างที่ยืนในสังคม[67]

11) เพศภาวะ หมายถึง สิ่งที่ถูกประกอบสร้างทางวัฒนธรรมเพื่อกำหนดบทบาท พฤติกรรม การกระทำ และอัตลักษณ์พื้นฐานที่บ่งบอกถึงความเป็นหญิง ความเป็นชาย และความเป็นเพศอื่น ๆ รวมทั้งปฏิสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศที่ถูกกำหนดและควบคุมด้วยเงื่อนไขของบริบทสังคมวัฒนธรรมหนึ่ง ๆ

12) การออกแบบเพื่อทุกคน (Universal Design) หมายถึง การออกแบบและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ บริการสาธารณะ และผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ เพื่อให้ทุกคนสามารถใช้ประโยชน์จากสิ่งเหล่านั้นได้อย่างเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้เจ็บป่วย หรือผู้ที่มีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันแตกต่างจากบุคคลทั่วไปด้วยข้อจำกัดทางร่างกาย

13) กลไก หมายถึง คณะทำงาน คณะกรรมการ คณะทำงาน อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ตลอดจนกระบวนการ หรือเครื่องมือ ที่ส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนทำงานของภาคีเครือข่าย เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะ ลดความเหลื่อมล้ำ และลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะ

14) โครงสร้าง (Structure) หมายถึง ระบบหรือองค์ประกอบทางสังคมในระดับมหภาคที่อาจเกี่ยวข้องกับการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมที่ทำหน้าที่จัดเรียงความสัมพันธ์ของสำนักฯ 9 ภาคี และประชากรกลุ่มเฉพาะ อันมีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์จากการทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายของกองทุนฯ

15) พื้นที่ หรือโมเดลต้นแบบ (Upscaling Sandbox) หมายถึง พื้นที่ หรือโมเดลที่ได้รับการถอดบทเรียนให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้ โดยพื้นที่ หรือโมเดลต้นแบบจะต้องมีองค์ประกอบคือ การประเมินสถานการณ์ก่อนเริ่มโครงการ วัตถุประสงค์ของกิจกรรมในโครงการ การประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับกิจกรรมที่ดำเนินการในโครงการ การวิเคราะห์ปัจจัยของความสำเร็จ ข้อพึงระวังในการไปประยุกต์ใช้ และอุปสรรคในกิจกรรมที่ดำเนินการ

16) โครงสร้างพื้นฐาน (Fundamental) หมายถึง ระบบที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อต่อยอด หรือนำไปใช้เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ปัญหา และนำเสนอแนวทางแก้ไขที่มีความรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ โดยมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ กรอบนโยบาย/กลไกการทำงาน (Institutional framework) ข้อมูลพื้นฐาน (Datasets) มาตรฐานหรือแนวทางการทำงาน (Technical Standard) และเครือข่ายการทำงาน (Network)

จุดเน้นของแผน

1. จุดเน้นของแผนระยะ 1 ปี (พ.ศ. 2566)

แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะได้ทบทวนสถานการณ์และแนวทางการดำเนินงานร่วมกับภาคีหลัก พร้อมทั้งนำทิศทางเป้าหมาย 10 ปี (2565-2574) และข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ 2 เป็นกรอบแนวทางในการจัดทำแผนดำเนินการ ปี 2566 ตลอดจนระดมความคิดเห็นร่วมกับภาคี และสอด

[67] รศ.ดร.นภาภรณ์ หะวานนท์ และรศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล. ๒๕๕๙. งานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังหญิง ๒๕๕๘-๒๕๖๐. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

รับกับนโยบายระดับประเทศ เช่น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 นโยบายรัฐบาล และนโยบายระดับกระทรวงต่าง ๆ ที่แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงาน และได้ทบทวนเตรียมแนวทางการดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะในระยะถัดไป โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานที่รองรับและฟื้นฟูจากสถานการณ์การวิกฤตต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม และยังคงเน้นการลดความแตกต่างด้านการเข้าถึงสิทธิและโอกาสในการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะ ไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากความแตกต่างของลักษณะประชากร และรองรับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยเฉพาะในประชากรกลุ่มเฉพาะที่มีความยากลำบาก ตลอดจนบูรณาการ เชื่อมร้อยแนวทางการดำเนินงานระหว่างกลุ่มประชากรเฉพาะเพื่อสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนในการดำเนินงาน

จากกรอบนโยบายในการจัดทำแผนการดำเนินงานข้างต้น สามารถสรุปเป็นแนวทางในการจัดทำแผนหลัก 1 ปี (พ.ศ. 2566) โดยมีจุดเน้นในภาพรวมของแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ ดังนี้

1. ตอบสนองทิศทางและเป้าหมายกองทุน ระยะ 10 ปี (2565 – 2574) โดยสอดคล้องกับแนวนโยบายในการปฏิรูปสังคม และเศรษฐกิจตามทิศทางของยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ โดยให้ความสำคัญกับการกำหนดห่วงโซ่ผลลัพธ์ของค่าเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ รวมถึงการใช้กลไกการกำกับติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ควบคู่กันไป

1.1 ปัจจัยเชิงโครงสร้างมีความสำคัญต่อการพัฒนากลไกในระยะยาว ช่วยสนับสนุนการสร้างความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงสุขภาวะของกลุ่มประชากรทุกกลุ่ม โดยการทำงานด้านการพัฒนาปัจจัยเชิงโครงสร้างนั้นจำเป็นต้องวัดผลได้

1.2 การทำงานร่วมกันระหว่างเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของ กองทุนฯ 10 ปี เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ได้แก่ ยาสูบ สุราและสิ่งเสพติด อาหาร กิจกรรมทางกาย ความปลอดภัยทางถนน สุขภาพจิต มลพิษทางสิ่งแวดล้อม ปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น ที่แต่ละกลุ่มประชากรเฉพาะจำเป็นต้องมีบทบาทในการทำงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

2. สร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดด ขยายผลต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ทุกภาคส่วน โดยพิจารณาถึงการขยายงานต้นแบบสร้างสุขภาวะทางการผลักดันนโยบาย ผ่านกระบวนการเรียนรู้และผ่านการสื่อสารที่มีประสิทธิผล

2.1 การขยายองค์ความรู้ไปสู่ภาคประชาชน ภาคเอกชน โดยเฉพาะกลุ่มคนรุ่นใหม่หรือกลุ่มธุรกิจ ที่จะช่วยสร้างผลลัพธ์อย่างก้าวกระโดดได้มากขึ้น

2.2 การถอดบทเรียนองค์ความรู้อย่างเป็นกลไกรูปธรรมและสามารถพิสูจน์ผลงานความสำเร็จต่าง ๆ ได้ จะสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือกับกลุ่มธุรกิจสตาร์ทอัพ (Startup) และกลุ่มวิสาหกิจเพื่อสังคม (Social enterprise) ได้ง่ายขึ้น นำไปสู่การขยายผลต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพ

3. สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยคำนึงถึงการลดความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัลในกลุ่มประชากร เพื่อสร้างและรองรับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร การจัดการ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในยุคดิจิทัล

3.1 การสร้างเครื่องมือกลไกหรือระบบเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่สามารถเข้ามาช่วยสนับสนุนงานด้านส่งเสริมสุขภาวะ เอื้อต่อการเชื่อมโยงข้อมูล และการเข้ามามีส่วนร่วมของกลุ่มประชากรได้มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างฐานข้อมูลดิจิทัลที่จะเป็นประโยชน์ต่อไปในระยะยาวต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาวะของกลุ่มประชากร

3.2 คำนึงถึงการสร้างความร่วมมือและการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้กับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เช่น สถาปนิก นักนวัตกรรมสังคม วิศวกร นักวิทยาศาสตร์ หรือ นักเศรษฐศาสตร์ เพื่อพัฒนาเครื่องมือ/กลไก สร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มประชากร

4. คำนึงถึงผลกระทบต่อเนื่องจากการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 และปัจจัยเสี่ยงอุบัติใหม่ที่เกี่ยวข้อง ที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม วิถีชีวิตและสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบาง ให้มีความพร้อมสามารถรับมือกับวิกฤติการณ์ด้านสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลง ฟื้นฟูจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

4.1 การสร้างระบบสวัสดิการพื้นฐานที่มีความยืดหยุ่น รวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และคำนึงถึงความลื่นไหลของกลุ่มประชากรเฉพาะต่าง ๆ ที่สามารถเปลี่ยนแปลงสถานภาพไปตามเงื่อนไขทางสังคมหรือปัจจัยทางกายภาพได้ตลอดเวลา

4.2 การพัฒนากลไกที่สอดคล้องกับรัฐบาลอัจฉริยะ (Smart government) เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม และการออกแบบนโยบายที่ตรงกลุ่มเป้าหมายบนพื้นฐานของการใช้ข้อมูลโดยการเชื่อมต่อฐานข้อมูลกับภาครัฐ หรือ การสื่อสารกับภาครัฐอย่างเป็นระบบ

5. สร้างความเชื่อมโยงเครือข่ายสนับสนุนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งในเชิงผลักดันนโยบายและงานวิชาการ ส่งเสริมบทบาท ภาพลักษณ์ และความรับผิดชอบงานด้านสร้างเสริมสุขภาพของไทยในประชาคมโลก เพื่อสอดรับกับแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพโลกของประเทศไทย (2564–2570)

5.1 ความเป็นพลเมืองในระดับโลก มีความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมในการกำหนดสิทธิและสวัสดิการขั้นพื้นฐานทางด้านสุขภาวะของประชากร โดยอาจจะเป็นส่วนร่วมของประชากรกลุ่มอื่นในการกำหนดให้ประชากรกลุ่มเฉพาะก็ได้

5.2 การขยาย หรือเผยแพร่องค์ความรู้ในลักษณะของระบบพี่เลี้ยง (Mentoring system) โดยภาคี จะช่วยสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหรือกลไกเพื่อการเสริมสร้างสุขภาวะประชากรกลุ่มได้

6. สร้างและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน (Fundamental) เพื่อสนับสนุนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะ บนพื้นฐานของข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นรูปธรรม ที่ส่งผลกระทบต่อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรม/วิถีชีวิตในการสร้างเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะ อันจะนำไปสู่ต้นแบบการมีสุขภาพดีของประชากรกลุ่มเฉพาะ ตามตัวชี้วัดตามห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome) ของ สสส.

6.1 การสร้างและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน จะเป็นพื้นฐานการพัฒนากลไก และระบบการทำงานเพื่อพัฒนาสุขภาวะของประชากรกลุ่มเฉพาะที่ลงลึกถึงรากฐานของปัญหา เป็นระระยาว และปรับเปลี่ยนได้เร็ว

6.2 ความร่วมมือของหน่วยงานต่าง ๆ ในโครงสร้างพื้นฐานของระบบสนับสนุนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะ จะมีลักษณะของการบูรณาการอย่างเป็นรูปธรรม

2. จุดเน้นของแผนระยะ 1 ปี (พ.ศ. 2566) ตามกลุ่มประชากร

1) ผู้สูงอายุ

สนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนานโยบาย ระบบและกลไกที่มีประสิทธิภาพเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้มีความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ต่างๆ ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ตลอดจนการช่วยเหลือเกื้อกูลกันเองในเครือข่ายและผู้สูงอายุที่มีความยากลำบาก หรือมีความเสี่ยงในการดำเนินชีวิตเช่น ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง ผ่านการใช้เทคโนโลยีและรูปแบบที่เหมาะสมเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ดำเนินชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี และเป็นพลังของสังคมชุมชนอย่างต่อเนื่อง

2) คนพิการ

สนับสนุนให้คนพิการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพในทิศทางที่ดีขึ้น ผ่านรูปแบบที่หลากหลายและเหมาะสมกับคนพิการในแต่ละประเภท โดยให้ความสำคัญกับการเสริมความเข้มแข็งของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้มีกระบวนการทำงานที่เป็นระบบครบวงจรสามารถให้บริการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกที่มีคุณภาพและคนพิการเข้าถึงได้ง่าย รวมทั้งการสานต่อกลไกการบริหารระบบการจ้างงานและสร้างโอกาสการมีงานทำที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

3) คนไร้บ้าน

สนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย การรับรองสิทธิและแนวทางการดำเนินงานให้คนไร้บ้านสามารถเข้าถึงระบบการสนับสนุนฟื้นฟู สิทธิสุขภาพ สวัสดิการพื้นฐานของรัฐ และมีศักยภาพในการจัดการตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตร่วมกับคนในชุมชนและสังคมได้ มีความพร้อมในการกลับคืนสู่สังคมอย่างมีคุณภาพ รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนากลไกบนฐานชุมชนในการป้องกันความเสี่ยงจากการเข้าสู่ภาวะไร้บ้าน จากการบูรณาการงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานในระดับพื้นที่

4) แรงงานนอกระบบ

ยกระดับคุณภาพชีวิตแรงงานนอกระบบ ทั้งกลุ่มอาชีพเดิมและอาชีพรูปแบบใหม่ในพื้นที่ปฏิบัติการ โดยให้ความสำคัญกับนวัตกรรมการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน รวมไปถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์โควิด-19 ผ่านการพัฒนาความรู้และข้อมูลทางวิชาการ การพัฒนากลไกและรูปแบบการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิต การลดความเหลื่อมล้ำเพื่อเพิ่มจำนวนการเข้าถึงบริการทางสังคมและสุขภาพของแรงงานนอกระบบ

5) กลุ่มชาติพันธุ์และประชากรข้ามชาติ

ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงสิทธิทางสังคมและสุขภาพ หลักประกันในการดำรงชีวิต รวมไปถึงกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นมิตร ผ่านการพัฒนาความรู้และข้อมูลทางวิชาการ การพัฒนากลไกและรูปแบบบริการสุขภาพ รวมไปถึงการผลักดันนโยบาย โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม สถาบันทางวิชาการ และกลุ่มเป้าหมายอย่างบูรณาการ และการเชื่อมโยงความร่วมมือจากประเทศเพื่อนบ้าน

6) ผู้มีความหลากหลายทางเพศ

สนับสนุนการเข้าถึงความเป็นธรรมทางสุขภาพ ไม่ถูกเลือกปฏิบัติด้วยอัตลักษณ์ทางเพศภาวะและเพศวิถี ตลอดจนปัจจัยการกดขี่ทับซ้อน ได้รับการปกป้องคุ้มครองในสิทธิทางสุขภาวะ โดยการพัฒนาชุดความรู้ งานวิชาการ กลไกและรูปแบบเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานที่ให้ความสำคัญกับความละเอียดอ่อนต่อความหลากหลายทางเพศ

7) ผู้หญิงที่ถูกกระทำความรุนแรง

สนับสนุนการลดความรุนแรงอันเนื่องจากเหตุแห่งเพศและความรุนแรงในครอบครัว และผลักดันประเด็นความรุนแรงเป็นประเด็นสาธารณะที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ผ่านการพัฒนาต้นแบบกระบวนการ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะผู้หญิง การพัฒนาศักยภาพแกนนำ จากฐานงานวิชาการองค์ความรู้ และ การเชื่อมโยงเครือข่ายคนรุ่นใหม่ในการร่วมออกแบบนวัตกรรมการป้องกันและลดความรุนแรงในระดับต่างๆด้วย

8) ผู้ต้องขัง

สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังโดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาเรือนจำสุขภาวะใน 7 ด้าน ซึ่งเป็นแนวทางการดำเนินงานและการสื่อสารกับผู้เกี่ยวข้องถึงแนวทางที่จำเป็นและเหมาะสมในการกำหนดนโยบายและพัฒนาเรือนจำให้เป็นพื้นที่ที่เอื้ออำนวยให้ผู้ที่ต้องขังมีสุขภาวะที่ดี ภายใต้หลักการที่ว่า สุขภาวะเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ทุกคนต้องได้รับ และผู้อยู่ในเรือนจำต้องไม่เป็น “ข้อยกเว้น” ของการมีสุขภาวะที่ดี

9) มุสลิมไทย

มุสลิมไทยในพื้นที่ดำเนินงานมีคุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่ดี ลดความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพและทางสังคม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ภายใต้แนวทางการดำเนินงานโดยมีศาสนาอิสลามเป็นศูนย์กลาง และการพัฒนากลไกทางสังคมและสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทสังคมมุสลิมไทย

เป้าหมายการทำงาน

แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะได้กำหนดเป้าหมายการทำงานในระยะ 1 ปี โดยทบทวนสถานการณ์และแนวทางการดำเนินงานร่วมกับภาคีหลัก พร้อมทั้งนำทิศทางเป้าหมาย 10 ปี (2565-2574) และแผนดำเนินการ 5 ปี (2566-2570) เพื่อกำหนดเป้าหมายการทำงานในปี 2566 ภายใต้ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

1. ตัวชี้วัดหลัก

1.1. เกิดองค์ความรู้ นวัตกรรมเพื่อสนับสนุนการทำงานเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะและลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะ จำนวนอย่างน้อย 6 ประเด็นในอย่างน้อย 6 กลุ่มประชากร

1.2 เกิดการสร้างความตระหนักรู้ของสาธารณะ (Public Campaign) ที่แสดงถึงความเข้าใจและเจตคติของสังคมที่ยอมรับความหลากหลายและให้ความสำคัญกับความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการทางสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ อย่างน้อย 3 ประเด็น

1.3 เกิดโมเดลต้นแบบเสริมสร้างสุขภาวะ ลดความเหลื่อมล้ำ และลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะที่สามารถยกระดับไปสู่การขยายผลได้ อย่างน้อย 6 รูปแบบ

1.4 เกิดชุดข้อมูลดิจิทัล (Digital Dataset) เพื่อการขับเคลื่อนการสร้างสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ ภายใต้กรอบแนวคิดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals–SDGs) ที่นำไปสู่การลดความไม่เป็นธรรมและความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะได้อย่างเป็นรูปธรรม อย่างน้อย 1 ชุดข้อมูล

1.5 ข้อเสนอเชิงนโยบายที่นำไปสู่การขับเคลื่อนเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ ลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในประชากรกลุ่มเฉพาะอย่างมีส่วนร่วมอย่างน้อย 3 ประเด็น

2. ตัวชี้วัดร่วม

2.1 ร่วมกับแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในการสร้างเสริมทักษะทางสมอง (EF) ในผู้สูงวัย เพื่อป้องกัน/หรือลดความเสี่ยงการเกิดโรคสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงวัย หรือผู้ที่กำลังก้าวสู่วัยสูงอายุ เพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต ที่ตอบสนองยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต ในแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1

2.2 เกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกับแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว และแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะในการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการดำเนินงานเพื่อสร้างความเข้าใจระหว่างวัย ผ่านกระบวนการสร้างทัศนคติเชิงบวกและการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างเด็ก เยาวชน และผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์

1) เพื่อพัฒนาองค์ความรู้สนับสนุนการทำงานเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะและลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะ ให้เกิดความยั่งยืน ต่อเนื่อง และต่อยอดการทำงานในระยะยาวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
2) เพื่อออกแบบการสื่อสารสาธารณะให้เกิดการมีส่วนร่วม อันนำไปสู่การปรับเจตคติของสังคมสู่สังคมที่ยอมรับความหลากหลายและให้ความสำคัญกับความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการทางสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น
3) เพื่อเสริมสร้างพื้นที่ หรือโมเดลต้นแบบ เพื่อการขยายผลในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น
4) เพื่อส่งเสริมศักยภาพของกลไกการทำงานของภาคีเครือข่าย เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการทำงานได้อย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น
5) เพื่อขับเคลื่อนนโยบายที่มีเป้าหมายในการเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีและลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะ ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น

แนวทางการดำเนินงาน

1. กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายที่แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะสนับสนุนการดำเนินงานจำนวน 10 กลุ่มประชากร ประกอบด้วย 1) คนพิการ 2) ผู้สูงอายุ 3) คนไร้บ้าน 4) แรงงานนอกระบบ 5) กลุ่มชาติพันธุ์ 6) ประชากรข้ามชาติ 7) ผู้มีความหลากหลายทางเพศ 8) ผู้หญิงที่ถูกกระทำความรุนแรง 9) ผู้ต้องขัง และ 10) มุสลิมไทย

2. ขอบเขตการดำเนินงาน

2.1 พัฒนานวัตกรรม กลไก และนโยบายสาธารณะ เพื่อการมีสุขภาวะ ลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ โดยสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดด และยกระดับการขยายผลต้นแบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

2.2 สนับสนุนการเตรียมความพร้อมและปรับตัวของประชากรกลุ่มเฉพาะต่อผลกระทบต่อเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัจจัยเสี่ยงอุบัติใหม่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ประชากรกลุ่มเฉพาะสามารถดำเนินชีวิต หรือได้รับการช่วยเหลือ เยียวยา ฟื้นฟู ช่วยเหลือเกื้อกูลกันเองได้อย่างเหมาะสม

2.3 สนับสนุนและเสริมศักยภาพการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลเพื่อเป็นเครื่องมือในการยกระดับการสร้างเสริมสุขภาพและมีสุขภาวะที่ดีของประชากรกลุ่มเฉพาะต่าง ๆ อย่างเหมาะสม โดยไม่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำจากการใช้เทคโนโลยี

2.4 พัฒนาต้นแบบและยกระดับการขยายผลการดำเนินงานในระดับพื้นที่ โดยมีพื้นที่เป้าหมายทั้งบริบทเขตเมือง และชุมชนท้องถิ่น ซึ่งมีจุดเน้นแตกต่างกันตามความเหมาะสม และบริบทของประชากรกลุ่มเฉพาะนั้น ๆ

2.5 พัฒนาศักยภาพแกนนำประชากรกลุ่มเฉพาะ คนทำงานกับประชากรกลุ่มเฉพาะ และเครือข่ายประชากรกลุ่มเฉพาะ ให้มีความสามารถจัดการตัวเอง เข้าถึงสวัสดิการขั้นพื้นฐาน นำไปสู่การลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ

2.6 สนับสนุนการดำเนินงานของแผนกลุ่มพื้นที่ องค์กร กลุ่มประชากร ของ สสส. ในการดำเนินการพัฒนาสุขภาวะในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และเขตเมืองใหญ่ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ส่งเสริมความเข้มแข็งและเปิดโอกาสการเข้าถึงบริการสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์การดำเนินงานของทุกกลุ่มประชากรเฉพาะมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ไตรพลังของกองทุนฯ คือ ความรู้ นโยบาย สื่อสารและขับเคลื่อนสังคม โดยเพิ่มเติมเรื่องการพัฒนาศักยภาพภาคีและแกนนำกลุ่มประชากรเฉพาะ เพื่อสนับสนุนการรวมกลุ่มและการพัฒนาภาคีและองค์กรตัวแทนกลุ่มประชากรเฉพาะให้เข้มแข็ง โดยยุทธศาสตร์ 5 ข้อ ดังนี้

1) พัฒนาองค์ความรู้ เพื่อสนับสนุนการทำงาน เสริมสร้างสุขภาวะ และลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะ ให้เกิดความยั่งยืน ต่อเนื่อง และต่อยอดการทำงานในระยะยาวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
2) ออกแบบการสื่อสารสาธารณะให้เกิดการมีส่วนร่วม อันนำไปสู่การปรับเจตคติของสังคมสู่สังคมที่ยอมรับความหลากหลายและให้ความสำคัญกับความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการทางสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น

3) เสริมสร้างพื้นที่หรือโมเดลต้นแบบ เพื่อการขยายผลในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น
4) ส่งเสริมศักยภาพของกลไกการทำงานของภาคีเครือข่าย ให้สามารถขับเคลื่อนการทำงานได้อย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น
5) ขับเคลื่อนนโยบายที่มีเป้าหมายในการเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีและลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะ ทั้งโดยตรงและโดยอ้อมที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น
6) สร้างและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เพื่อสนับสนุนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะให้สอดรับกับตัวชี้วัดตามห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome) ของกองทุนฯ สสส.

ภาคีหลัก

การดำเนินงานของแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะในช่วงที่ผ่านมา มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้งในเชิงนโยบายและขับเคลื่อนในพื้นที่ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ องค์กรภาคประชาสังคม และสถาบันทางวิชาการต่าง โดยสรุปดังนี้

หน่วยงานภาครัฐ

1. **กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์**

- **กรมกิจการผู้สูงอายุ**
  1) ร่วมดำเนินการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่องสังคมสูงอายุ โดยเฉพาะในประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานธนาคารเวลา และประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
  2) พัฒนาและส่งต่อข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเด็นต่าง ๆ เช่น การคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ
  3) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ ถอดบทเรียนการดำเนินงาน และพัฒนาชุดความรู้ที่เหมาะสมเพื่อส่งต่อโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่ต่าง ๆ
- **กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ**
  1) ร่วมดำเนินการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ตั้งแต่ระดับนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่และชุมชน โดยเฉพาะประเด็นการส่งเสริมสุขภาวะคนพิการ การพัฒนานักสร้างเสริสุขภาวะคนพิการ การพัฒนาศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
  2) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพคนพิการ และถอดบทเรียนกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ท้องถิ่น ชุมชน และคนพิการ
  3) พัฒนาและส่งต่อข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในประเด็นต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาวะคนพิการในชุมชน การจ้างงานและสนับสนุนอาชีพคนพิการ
- **กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ**
  1) ร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไร้บ้านทั้งในพื้นที่สาธารณะ และศูนย์พักของรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน
  2) หนุนเสริมงานวิชาการและพัฒนาองค์ความผ่านการถอดบทเรียนการดำเนินงานในการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง

3) ร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
4) ร่วมผลักดันร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาองค์กรภาคประชาสังคม พ.ศ. .... และร่วมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ยุทธศาสตร์ส่งเสริมภาคประชาสังคม

- **สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน** ร่วมขับเคลื่อนนโยบาย "โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มคนไร้บ้าน 2 ปี (พ.ศ. 2559-2560)" ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2559 สู่การปฏิบัติในการพัฒนาศูนย์พักหรือที่พักอาศัยสำหรับคนไร้บ้านใน 3 พื้นที่ (กรุงเทพฯ เชียงใหม่ และขอนแก่น)
- **คณะกรรมการนโยบายการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว (คบต.)** เป็นกลไกที่กำหนดทิศทางและยุทธศาสตร์การดำเนินงานต่างๆในประเด็นแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย

2. กระทรวงสาธารณสุข

- **กรมควบคุมโรค**
  1) ร่วมกับสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมผลักดัน ดำเนินงานในระดับนโยบายเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงานในระดับปฏิบัติมีผลงาน ได้แก่ พัฒนาและเสนอชุดสิทธิประโยชน์สำหรับกลุ่มแรงงานนอกระบบ และการสร้างความรู้ความเข้าใจ พรบ.โรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2560 สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง
  2) ร่วมขับเคลื่อนการเขตนำร่องดำเนินการพัฒนากลไกการทำงานที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัด ไปจนถึงระดับตำบล/อำเภอ ผ่านกลไกคณะทำงานที่มีอยู่เดิม เช่น คณะอนุกรรมการบริหารจัดการแรงงานนอกระบบระดับจังหวัด คณะกรรมการเขตสุขภาพ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือบางจังหวัดจัดตั้งคณะทำงานใหม่
- **กรมการแพทย์** ร่วมสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ต้นแบบร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลระยะกลาง และการพัฒนาแอพลิเคชั่นเพื่อคัดกรองและส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
- **กรมอนามัย** ร่วมหนุนเสริมและพัฒนาชุดความรู้เพื่อการสร้างความตระหนักและส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ การส่งเสริมทันตกรรมผู้สูงอายุ รวมถึงการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของประชาชนเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ
- ***สำนักยุทธศาสต์และนโยบาย*** *สนับสนุนการกรอบการดำเนินงานสาธารณสุขประชากรต่างด้าวและพื้นที่สุขภาพพิเศษ พ.ศ. 2560 – 2564 และกรอบการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2560 – 2564*

3. กระทรวงแรงงาน

1) หนุนเสริมการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมป้องกันโรคสำหรับกลุ่มแรงงานนอกระบบร่วมกันตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงระดับปฏิบัติ ตลอดจนสร้างกลไกการดำเนินงานที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพในระดับพื้นที่ที่เชื่อมโยงและสอดคล้องกับนโยบายรัฐบาลและแผนยุทธศาสตร์การบริหารจัดการแรงงานนอกระบบ

2) สนับสนุนการขับเคลื่อนแผนส่งเสริมการทำงานผู้สูงอายุ และถอดบทเรียนการดำเนินการจ้างแรงงานสูงอายุในสถานประกอบการ เพื่อหนุนเสริมให้เกิดการจ้างงานแรงงานสูงอายุ

4. **กระทรวงยุติธรรม** โดยกรมราชทัณฑ์ ร่วมขับเคลื่อน และพัฒนารูปแบบการทำงานสนับสนุน ส่งเสริม สร้างและขยายแนวคิดเรือนจำสุขภาวะ

5. **กระทรวงมหาดไทย** ร่วมขับเคลื่อนเพื่อการพัฒนาสิทธิสถานะทางทะเบียนที่เป็นปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะ โดยเฉพาะการเข้าถึงสิทธิสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพของไทย โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะบุคคล คนไทยพลัดถิ่น ผู้เฒ่าไร้สัญชาติ กลุ่มชาติพันธุ์และชนเผ่าพื้นเมือง คนจีนโพ้นทะเล และเด็กนักเรียนรหัสจี (G)
6. **สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** ร่วมขับเคลื่อนการเข้าถึงบริการระบบหลักประกันสุขภาพของกลุ่มคนไทยที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียน คนไร้บ้าน และคนไทยไร้สิทธิ

องค์กรภาคประชาสังคม

ร่วมขับเคลื่อนนโยบาย และประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ ลดความเหลื่อมล้ำ รวมถึงการเข้าถึงสิทธิและบริการต่างๆ สำหรับประชากรเฉพาะกลุ่มต่าง ๆ ประกอบด้วย อาทิ มูลนิธินวัตกรรมทางสังคม มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ มูลนิธิพิทักษ์ดวงตาลำปาง มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม มูลนิธิอารยสถาปัตย์เพื่อคนทั้งมวล มูลนิธิสถาบันวิจัยระบบสุขภาพชุมชน สมาคมนักขับเคลื่อนสังคมเพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาวะ สมาคมส่งเสริมภาคประชาสังคม มูลนิธิโกมลคีมทอง มูลนิธิเพื่อนหญิง มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล สมาคมเพศวิถีศึกษา มูลนิธิเพื่อนเยาวชนเพื่อการพัฒนา เครือข่ายสตรีชนเผ่า มูลนิธิสร้างสุขมุสลิมไทย มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย สมาคมคนไร้บ้าน สมาคมวิถีทางเลือกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน มูลนิธิพัฒนาชนกลุ่มน้อยและชาติพันธุ์ มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย มูลนิธิพัฒนาชุมชนและเขตภูเขา มูลนิธิชุมชนไทย มูลนิธิเพื่อเยาวชนชนบท มูลนิธิช่วยไร้พรมแดน มูลนิธิสร้างสรรค์สังคมและสุขภาวะ มูลนิธิการเรียนรู้และพัฒนาประชาสังคม มูลนิธิวัฒนธรรมชุมชน มูลนิธิส่งเสริมความเสมอภาคทางสังคม เป็นต้น

สถาบันทางวิชาการ

ร่วมสนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ต่างๆ เพื่อใช้ประกอบในการพัฒนานโยบายและขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบาย ตลอดจนพัฒนานวัตกรรม ชุดความรู้ คู่มือทางวิชาการต่างๆ เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะและพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรกลุ่มเฉพาะ อาทิ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย เป็นต้น

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
กลุ่มแผนงานพัฒนาความรู้และนโยบาย	130.00
กลุ่มแผนงานเสริมความเข้มแข็งเครือข่าย	75.00
กลุ่มแผนงานพัฒนานวัตกรรมและพื้นที่ต้นแบบ	78.00
กลุ่มแผนงานสื่อสารสังคม	20.00
การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	7.00
รวม	**310.00**

6. แผนสุขภาวะชุมชน

สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

กว่าหนึ่งทศวรรษของแผนสุขภาวะชุมชนที่ได้สนับสนุนขบวนการสร้างสุขภาวะชุมชนในระดับตำบลและมีการเชื่อมโยงกันในหลากหลายลักษณะ เชิงพื้นที่เป็นเครือข่ายอำเภอ จังหวัด และภูมิภาค เชื่อมโยงกันด้วยองค์ความรู้จากปฏิบัติการของชุมชนท้องถิ่นโดยการถ่ายทอดเทคโนโลยี เชื่อมโยงด้วยการใช้กลไกของสถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือกับชุมชนท้องถิ่นให้มีการนำความรู้จากการปฏิบัติมาสอบทานกับความรู้จากการวิจัยเพื่อนำใช้ในการปรับวิธีการดำเนินงานของชุมชนท้องถิ่นให้มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น การจัดการเงื่อนไขและสภาพแวดล้อมให้มีความพร้อมที่จะเชื่อมโยงกับแนวนโยบายที่ชุมชนท้องถิ่นต้องนำสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ และที่สำคัญยิ่งคือ การเชื่อมโยงผู้นำชุมชนท้องถิ่นกับผู้เชี่ยวชาญทางวิชาการเฉพาะเรื่องเฉพาะประเด็น และเชื่อมโยงกับผู้กำหนดนโยบายในระดับต่างๆ เพื่อให้เกิดเครือข่ายบูรณาการการทำงานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

แผนสุขภาวะชุมชนได้สนับสนุนพื้นที่ให้มีความพร้อมทั้งคน กลไก และข้อมูล ในการที่จะขับเคลื่อนให้เกิดการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน ครอบคลุมพื้นที่ในระดับตำบล จำนวน 3,496 ตำบล หรือคิดเป็นร้อยละ 44.97 ของ อปท. ทั้งหมด[68] โดยแต่ละตำบลขับเคลื่อนเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงด้วยศักยภาพของ 4 องค์กรหลัก อันประกอบด้วย ท้องถิ่น ท้องที่ องค์กรชุมชน และหน่วยงานรัฐในพื้นที่ ให้สามารถใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพจัดการกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพได้ จนเกิดเป็นเครือข่ายขนาดใหญ่ โดยมีจุดเริ่มต้นจาก หนึ่งตำบล ขยายเป็นเครือข่ายตำบล เครือข่ายอำเภอ เครือข่ายภูมิภาคที่กระจายตัวอยู่ทุกภูมิภาคของประเทศ จนเป็น “เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่” โดยเครือข่ายฯ ได้มีการประกาศเป้าหมายการทำงานร่วมกันในทุกปีและทุกโอกาสที่จะเรียนรู้ร่วมกันและสานพลังของเครือข่ายฯ เพื่อแสดงความมุ่งมั่นการในสร้างชุมชนท้องถิ่นให้น่าอยู่ การแก้ปัญหาเร่งด่วน และการตอบสนองต่อนโยบายที่รัฐบาลได้ตกลงร่วมกับองค์กรโลกบาล เช่น การจัดการกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนทั้ง 17 เป้าหมาย เป็นต้น

แผนสุขภาวะชุมชนกำหนดให้ทุกตำบลที่เป็นสมาชิกเครือข่ายจัดเก็บข้อมูล TCNAP และ ข้อมูล RECAP แล้วนำเอาข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาแนวทางพัฒนา และยกระดับพื้นที่เป็นศูนย์เรียนรู้ (ศรร.) ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน (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 นักสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน จำนวนกว่า 450,000 คน ได้แก่ นักบริหาร นักวิชาการชุมชนท้องถิ่น นักจัดการข้อมูล นักสื่อสารชุมชน นักจัดการและนักจัดกระบวนการที่มีศักยภาพในการดำเนินงานด้านต่างๆ ในชุมชนท้องถิ่นและร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ

[68] จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด ไม่รวม อบจ., กทม. และ เมืองพัทยา จำนวน 7,774 แห่ง

1) แนวโน้มของสถานการณ์ที่ส่งผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

จากการทบทวนแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่ส่งผลกระทบไปทั่วโลก (Megatrends) ในช่วงปี 2563 – 2573 ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพในอนาคต พบว่าปัจจุบันมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่กำลังเข้ามามีบทบาทอย่างมากต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Social Determinant of Health) สรุปได้ดังนี้ (1) การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ จากการวิเคราะห์ของ TDRI คาดการณ์ว่าอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจของไทยจะมีอัตราลดลงเรื่อยๆ (2) การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและโครงสร้างประชากร จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าในอนาคตโครงสร้างประชากรของโลกจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยก็เช่นกัน (3) การเปลี่ยนแปลงของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ด้วยสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (4) การเปลี่ยนแปลงด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ปัจจุบันโลกอยู่ในยุคการเปลี่ยนผ่านทางเทคโนโลยี (Disruptive Technology) (5) การเปลี่ยนแปลงทางการเมือง สถานการณ์ภาพรวมการเมืองระหว่างประเทศมีการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนสถานการณ์การเมืองในประเทศจะถึงวาระการเลือกตั้งระดับประเทศซึ่งเป็นโอกาสสำคัญสำหรับการนำเสนอและผลักดันนโยบายสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อประชาชน (6) การเปลี่ยนแปลงสู่การเป็นมหานครและการขยายตัวของพื้นที่เขตเมือง ก่อให้เกิดประโยชน์ทางเศรษฐกิจและสังคมในหลายมิติ ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของประชากรในพื้นที่ และ (7) ผลกระทบและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสำคัญจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ยังไม่สิ้นสุดและมีการคาดการณ์ว่าจะกลายเป็นโรคประจำถิ่นในระยะใกล้นี้ ขณะที่สถานการณ์หลังการแพร่ระบาดได้ส่งผลกระทบสำคัญต่อมิติด้านเศรษฐกิจ สังคม และวิถีชีวิตของประชากร

2) 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 ประกอบด้วย (1) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ 2) พฤติกรรมการดื่มสุรา (3) การจัดการอาหารชุมชน (4) กิจกรรมทางกาย (5) อุบัติเหตุจราจร (6) สุขภาพจิต (7) การจัดการสิ่งแวดล้อม (8) การรับมือภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน (9) การดูแลผู้สูงอายุ (10) การเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน (11) การควบคุมโรคติดต่อ (12) เศรษฐกิจชุมชน และ (13) โครงข่ายความคุ้มครองทางสังคม ซึ่งทั้ง 13 ประเด็นดังกล่าวส่งผลต่อความจำเป็นและความท้าทายของแผนสุขภาวะชุมชนในสร้างระบบการดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมของ 4 องค์กรหลักในพื้นที่ ใช้ทุนทางสังคมที่เป็นคนเก่ง คนสำคัญ กลุ่มองค์กร หน่วยงาน เครือข่ายในพื้นที่ที่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหาทั้งในสถานการณ์ปกติ และเมื่อเกิดภาวะวิกฤต รวมไปถึงการสานพลังความร่วมมือให้เกิดการหนุนเสริมจากหน่วยงานภายนอกไปพร้อมๆ กับสนับสนุนให้ชุมชนท้องถิ่นมีขีดความสามารถในการ “ปรับตัวและตั้งรับ” (community resilience) เพื่อพร้อมต่อการรองรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงและเข้ามากระทบกับชุมชนท้องถิ่น สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย สสส. ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)

แผนสุขภาวะชุมชนใช้ 2 หลักการ ได้แก่ (1) ใช้ความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานในการจัดการกับสุขภาวะชุมชนและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน และ (2) คำนึงถึงการพัฒนาอย่างยั่งยืนและการตอบสนองต่อวิกฤตภายในประเทศและระดับโลก มาเป็นหลักการสำคัญในการออกแบบกระบวนการทำงานที่เชื่อมโยงกันและแปลงแผนสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ โดยได้วิเคราะห์ความสอดคล้องกับนโยบายหลักของประเทศไทย อันประกอบด้วย (1) แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) :ด้านการพัฒนาและ

เสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์และด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม) (2) แผนปฏิรูปประเทศด้านสังคม: ประเด็นปฏิรูปที่ 4 ระบบสร้างเสริมชุมชนเข้มแข็ง) (3) สนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) อาทิ ขจัดความยากจน ขจัดความหิวโหย การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี การศึกษาที่เท่าเทียม การจัดการน้ำและสุขาภิบาล พลังงานสะอาดที่ทุกคนเข้าถึงได้ แผนการบริโภคและการผลิตที่ยั่งยืน การรับมือการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การใช้ประโยชน์จากมหาสมุทรและทรัพยากรทางทะเล การใช้ประโยชน์จากระบบนิเวศทางบก สังคมสงบสุขยุติธรรมไม่แบ่งแยก และ (4) การพัฒนาบนหลักของศาสตร์พระราชา 3 ประการ ประกอบด้วย 1) เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา 2) ระเบิดจากข้างใน และ 3) ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง รวมถึงสอดคล้องกับจุดเน้นและหมุดหมายของ (ร่าง) กรอบแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (2566-2570) ที่ประกอบด้วย 13 หมุดหมาย และมีจุดเน้น 4 องค์ประกอบ (เศรษฐกิจ สังคม วิถีชีวิตที่ยั่งยืน ปัจจัยสนับสนุน)

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

1) ชุมชน หมายถึง หมู่คน กลุ่มคนหรือครอบครัวที่อยู่รวมกันเป็นสังคมขนาดเล็ก อาศัยอยู่ในอาณาบริเวณเดียวกันและมีผลประโยชน์ร่วมกัน

2) ชุมชนท้องถิ่น หมายถึง ชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งระดับหมู่บ้าน กลุ่มของหมู่บ้าน และตำบล

3) สุขภาวะชุมชน หมายถึง ความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งด้านการเมืองการปกครอง สังคม เศรษฐกิจ สภาวะแวดล้อม และสุขภาพโดยตรง

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

5) ชุมชนท้องถิ่นเข้มแข้ง หมายถึง คุณลักษณะของชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ 7 ประการ ดังนี้ (1) สร้างการเรียนรู้ มีกระบวนการเรียนรู้ และสร้างความเข้าใจร่วมกัน (2) มีองค์กรที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนให้เกิดการแก้ปัญหาและพัฒนาครอบคลุมทุกด้าน (3) สร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลง (4) สร้างโอกาสให้ทุกภาคส่วนร่วมแก้ปัญหาและพัฒนา (5) สามารถระดมเงินและทรัพยากรเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนา (6) มีข้อตกลงและกติกาของชุมชน และ (7) สร้างความร่วมมือกับองค์กร หน่วยงานภายใน และภายนอกพื้นที่ได้

6) 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

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

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

9) พื้นที่ตัวอย่าง/ศูนย์เรียนรู้ หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือโดยองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล มีทุนทางสังคมและศักยภาพในการออกแบบ สนับสนุนและสร้างการเรียนรู้ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ภาคียุทธศาสตร์ สถาบันวิชาการ องค์กร บุคคลและผู้ที่สนใจ

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

11) สุดยอดผู้นำชุมชนท้องถิ่น หมายถึง บุคคลที่มีความรู้ ความสามารถและมีความเชี่ยวชาญ โดยมีคุณสมบัติเป็นไปตามสัตยาบัน 10 ประการ ที่เป็นข้อตกลงในการปฏิบัติร่วมกันของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ได้ประกาศไว้เมื่อวันที่ 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

12) สถาบันวิชาการ หมายถึง หน่วยงาน องค์กร สถาบัน ที่ทำหน้าที่สนับสนุนให้เกิดการจัดการความรู้และสร้างความรู้ใหม่เพื่อหนุนเสริมการดำเนินงานของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ พร้อมทั้งผลักดันกระบวนการกำหนดยุทธศาสตร์ในการสร้างการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย

13) การวิจัยชุมชน หมายถึง การประเมินชุมชนด้วยการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาแบบเร่งด่วน (Rapid Ethnographic Community Assessment Process-RECAP) ในการพัฒนาทักษะด้านการถอดบทเรียนและการเขียนสรุปข้อมูลทุนทางสังคมและศักยภาพของกลุ่มหรือแหล่งปฏิบัติการในพื้นที่ ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้างชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง โดยการนำใช้ศักยภาพในการจัดการปัญหาสู่การจัดการตนเองในระดับพื้นที่ รวมถึงการสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงกับองค์กรและหน่วยงานหนุนเสริมเพื่อเข้ามาเกื้อกูลให้ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองได้ดีขึ้น

14) ระบบข้อมูลตำบล หมายถึง การจัดทำข้อมูลตำบลโดยใช้โปรแกรม TCNAP (Thailand Community Networking Appraisal Program-TCNAP) ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำท้องที่ ภาคประชาชน และหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบ นำใช้ข้อมูล และเป็นเจ้าของ โดยการสร้างทีมพัฒนาฐานข้อมูลตำบลในการเก็บรวบรวมข้อมูลและนำใช้ข้อมูลของชุมชนเพื่อจัดการกับปัญหาที่สอดรับกับความต้องการและวิถีชีวิตของแต่ละชุมชน จนเกิดการพึ่งตนเองและนำไปสู่การพัฒนาตำบลสู่การเป็นตำบลน่าอยู่ (สุขภาวะ)

จุดเน้นของแผน

1. สร้างความร่วมมือและเพิ่มขีดความสามารถกับภาคีที่เกี่ยวข้องเพื่อขยายแนวคิด ศูนย์เรียนรู้ พื้นที่ต้นแบบ และแนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งชุมชนท้องถิ่นที่สามารถ**รองรับวิถีชีวิตใหม่**[69] **มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลที่เหมาะสมกับบริบทของงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ก้าวกระโดด**ในการสร้างเสริมสุขภาวะในระบบการทำงานและการพัฒนาบุคลากร

2. พัฒนาพื้นที่ตัวอย่าง ศูนย์เรียนรู้ รูปแบบการทำงานและเสริมพลังบุคคล ชุมชน และองค์กรทุกภาคส่วนในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นรองรับชุมชนที่หลากหลาย ในเขตชนบท[70] เขตเมือง[71] กรุงเทพมหานคร และพื้นที่ที่มีลักษณะพิเศษอื่น[72]

3. ใช้ศักยภาพเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ทรัพยากรและทุนทางสังคมของชุมชน ในการรับมือกับวิกฤติจากปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่ ปัจจัยเสี่ยงอื่น และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

4. การทำงานในพื้นที่ของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ต้องคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล สังคม และบริบทของพื้นที่เพื่อ**ก่อให้เกิดความเสมอภาคหรือเพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพของคนในชุมชน**

5. สานพลังและบูรณาการงานของแผนต่างๆ ใน สสส. อย่างมีเอกภาพและมีประสิทธิภาพ เพื่อการประสานความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ ภาคีปฏิบัติการ และสถาบันวิชาการ

เป้าหมายในการดำเนินงาน

1. ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ 75)

1.1 เครือข่ายชุมชนท้องถิ่น ไม่น้อยกว่า 600 แห่ง สามารถนำใช้หรือประยุกต์ใช้การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ถ่ายทอดองค์ความรู้ และนวัตกรรม

1.2 พื้นที่ตัวอย่าง ศูนย์เรียนรู้ และรูปแบบการทำงานในการจัดการผลกระทบจากสถานการณ์ทั่วไปและสถานการณ์วิกฤต ในพื้นที่ชุมชนชนบท ชุมชนเมืองและกรุงเทพมหานคร **จำนวนไม่น้อยกว่า 20 แห่ง**

1.3 ระบบหรือกลไกเครือข่ายผู้นำชุมชนท้องถิ่น เพื่อการขยายผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี ของ สสส. ไม่น้อยกว่า 4 ประเด็น

1.4 สถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือในการสนับสนุนเครือข่าย เพื่อการพัฒนาระบบการจัดการพื้นที่และการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน **จำนวนไม่น้อยกว่า 4 แห่ง**

1.5 กลไกระดับชุมชนหรือระดับเขตในการขับเคลื่อนปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน**ในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร อย่างน้อย 2 เขต**

---

[69] ผลกระทบต่อเนื่องจาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

[70] พื้นที่ชุมชนเมือง เช่น ปริมณฑล จังหวัด อำเภอ และ/หรือ เขตเทศบาล (ระดับเทศบาลเมืองขึ้นไป) เป็นต้น

[71] ชุมชนชนบท เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล และ/หรือ เทศบาลตำบล และ/หรือ องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบลในพื้นที่ เป็นต้น

[72] พื้นที่ที่มีลักษณะพิเศษ เช่น พื้นที่อนุรักษ์ พื้นที่ชายแดน พื้นที่ที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ พื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ เป็นต้น

2. ตัวชี้วัดร่วม (น้ำหนักร้อยละ 25)

2.1 บูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างแผนสุขภาวะชุมชนและแผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคมในการยกระดับการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในเครือข่ายตำบลสุขภาวะอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 100 ตำบล

2.2 บูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างแผนสุขภาวะชุมชนและแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว ในการขยายผลการยกระดับคุณภาพศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเครือข่ายตำบลสุขภาวะด้วยการนำใช้ชุดความรู้/ชุดเครื่องมือพร้อมใช้ เพื่อยกระดับคุณภาพศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ไม่น้อยกว่า 30 ศูนย์

วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อ**เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น**ในการจัดการสุขภาวะชุมชน รับมือกับภาวะวิกฤตและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต

2. วัตถุประสงค์รอง

2.1 เพื่อ**ยกระดับชุมชนท้องถิ่น (พื้นที่) ที่มีความเข้มแข็ง**ในการทำหน้าที่ ขยายผลโดยการถ่ายทอดองค์ความรู้และนวัตกรรมการจัดการสุขภาวะชุมชนและรับมือภาวะวิกฤต ให้**เป็นพื้นที่ตัวอย่าง ศูนย์เรียนรู้และรูปแบบการจัดการสุขภาวะชุมชนในเขตชนบท เขตเมือง กรุงเทพมหานคร และพื้นที่ที่มีลักษณะพิเศษอื่น**

2.2 เพื่อ**เสริมศักยภาพผู้นำชุมชนท้องถิ่น**ให้มีทักษะและขีดความสามารถในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการสุขภาวะชุมชน การพัฒนาอย่างยั่งยืน การรับมือภาวะวิกฤตและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

2.3 เพื่อ**พัฒนาระบบหรือกลไกสนับสนุน**ในการขยายพื้นที่ตัวอย่าง ศูนย์เรียนรู้ รูปแบบการทำงานและแนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นที่สามารถ**รองรับวิถีชีวิตใหม่ การใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่**

2.4 เพื่อ**ใช้ศักยภาพของกลไกของแผนสุขภาวะชุมชน**ในการบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับแผนต่างๆ ใน สสส. เพื่อการประสานความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ ภาคีปฏิบัติการและสถาบันวิชาการ

แนวทางการดำเนินงาน

1. กลุ่มเป้าหมาย

(1) กลุ่มประชากร[73] **(setting)** องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล

[73] 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

(2) พื้นที่ (area) ชุมชนชนบท และชุมชนเมือง รวมถึงชุมชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และพื้นที่ที่มีลักษณะพิเศษ เช่น พื้นที่อนุรักษ์ พื้นที่ชายแดน พื้นที่ที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ พื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ เป็นต้น

(3) ระบบ (system) ประเด็นและวาระสำคัญของ สสส. และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น

2. ขอบเขตการดำเนินงาน

(1) เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นผ่านบริบทหรือสภาพแวดล้อมของชุมชนด้วยการทำงานร่วมมือกันของ 4 องค์กรหลัก (ท้องถิ่น ท้องที่ องค์กรชุมชน หน่วยงานรัฐในพื้นที่) โดยใช้ทุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย สังคม เศรษฐกิจ สภาวะแวดล้อม สุขภาพ และการเมืองการปกครอง

(2) เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นขับเคลื่อนขบวนการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพและความพร้อมในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในทุกมิติ

3. ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

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

ภาพที่ 1 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 องค์กรหลักพัฒนาแนวทางและวิธีการใหม่ๆ ในการจัดการสุขภาวะชุมชนที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการแก้ปัญหาเพื่อลดความเลื่อมล้ำและมีแนวโน้มที่จะนำไปสู่ความยั่งยืน

การบูรณาการภายในชุมชนท้องถิ่นและร่วมมือกับหน่วยงานสนับสนุนจากภายนอก - Integration and Collaboration ผ่านการเรียนรู้ร่วมกันในพื้นที่และข้ามพื้นที่ในหลากหลายรูปแบบ เพื่อผลักดันให้มีการปรับใช้เข้าสู่ระบบการทำงานของ 4 องค์กรหลัก พร้อมๆ กับการนำศักยภาพของชุมชนท้องถิ่นเชื่อมต่อกับหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงกับพื้นที่ตามโครงสร้างการบริหารราชการ และการเชื่อมโยงกับแผนของ สสส.

ภาคีหลัก

1) ภาคีปฏิบัติการ

(1) ระดับตำบล เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน องค์กรชุมชน สภาผู้นำชุมชน คณะกรรมการตำบล/หมู่บ้าน กลุ่มทางสังคม อาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาคเอกชน เป็นต้น

(2) ระดับอำเภอ เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาอำเภอ เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

(3) ระดับจังหวัด เช่น สำนักงานจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสภาเกษตรกรจังหวัด เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

เป็นต้น

2) ภาคีขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และนโยบายสู่การปฏิบัติ

(1) หน่วยงานในคณะกรรมการกำกับทิศทางของแผนสุขภาวะชุมชน ประกอบด้วย กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กรมการพัฒนาชุมชน และสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน)

(2) ระดับอำเภอ เช่น นายอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นต้น

(3) ระดับจังหวัด เช่น ผู้ว่าราชการจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสภาเกษตรกรจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด สถาบันวิชาการ เป็นต้น

เป็นต้น

3) ภาคียุทธศาสตร์

(1) กระทรวงมหาดไทย เช่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมการพัฒนาชุมชน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กรมการปกครอง เป็นต้น

(2) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เช่น สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) กรมกิจการผู้สูงอายุ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เป็นต้น

(3) กระทรวงสาธารณสุข
(4) กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
(5) กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม
(6) กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม
(7) กระทรวงศึกษาธิการ
(8) สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
(9) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(10) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
(11) กรุงเทพมหานคร
เป็นต้น

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
กลุ่มแผนงานเสริมความเข้มแข็งระบบการจัดการพื้นที่	100.00
กลุ่มแผนงานขับเคลื่อนความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์และสถาบันวิชาการ	90.00
กลุ่มแผนงานขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนและบูรณาการ	130.00
การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	20.00
รวม	**340.00**

7. แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว

แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว สนองตอบกรอบนโยบายการจัดทำแผนหลัก 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) แผนการดำเนินงานและข้อเสนอวาระกลางประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 อีกทั้งเป็นส่วนหนึ่งของห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome) ตามทิศทางและเป้าหมายกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) โดยจัดวางบทบาทหน้าที่ของแผนให้เป็นแพลตฟอร์มของความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มประชากรวัยเด็กและเยาวชน ซึ่งถือเป็นวัยแห่งการสร้างฐานทุนสุขภาพตลอดช่วงชีวิต (lifelong health) โดยห้วงเวลาห้าปีจากนี้ แผนต้องการให้เกิดการสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดดผ่านการขยายผลต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพเด็ก เยาวชนและครอบครัว ผ่านการผลักดันนโยบาย กระบวนการเรียนรู้และการสื่อสารแบบมุ่งเป้าที่มีประสิทธิผลและยั่งยืน การสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลให้เกิดประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัวโดยไม่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำ โดยให้ความสำคัญอย่างยิ่งยวดกับผลกระทบต่อเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรน่า 2019 และปัจจัยเสี่ยงอุบัติใหม่ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรม ชีวิตและสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก เยาวชนและครอบครัวที่มีภาวะเปราะบาง ให้มีความพร้อมสามารถรับมือกับวิกฤติการณ์ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ตลอดจนยกระดับการพัฒนาศักยภาพและเชื่อมโยงเครือข่ายการทำงาน เพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพเด็ก เยาวชนและครอบครัว ทั้งระดับเครือข่าย ระดับพื้นที่ จนถึงระดับประเทศ

สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

1. สุขภาวะของเด็กและเยาวชน ผลกระทบของโควิด-19 : ข้อมูลจากรายงานรวบรวมผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อเด็กและเยาวชนในประเทศไทย โดยองค์กรยูนิเซฟพบว่า **(1) มารดาและทารกแรกเกิดเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างจำกัด** ขณะที่อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ปรับลดลง โดยพบว่าจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์อย่างน้อย 5 ครั้ง ปรับลดลงในปี พ.ศ. 2564 หลังจากที่ปรับเพิ่มขึ้นมาอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2561-2562 และการปิดเมืองส่งผลให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดลงร้อยละ 4.32 โดยเฉพาะได้ส่งผลให้มารดาเปลี่ยนวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ลดความถี่ในการให้นมและหยุดให้นมลูกในที่สุด **(2) เด็กขาดสารอาหารและมีความเสี่ยงที่จะมีภาวะทุพโภชนาการ** เด็กอายุ 0-5 ปี เผชิญปัญหาทุพโภชนาการสองด้าน คือ มีเด็กที่ป่วยจากโรคอ้วนและโรคเตี้ยแคระแกรนตั้งแต่ก่อนการระบาดของโควิด-19 โดยรายงานผลการประเมินแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการระดับชาติ 5 ปี พ.ศ. 2562-2566 ระยะครึ่งแผน ชี้ว่าปัญหาด้านโภชนาการของเด็กอายุ 0-5 ปี ยังไม่ได้ปรับดีขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2562 ถึง 2564 โดยพบว่าเด็กเล็กมีปัญหาเตี้ยแคระแกร็น (ร้อยละ 11.7 ในปี พ.ศ. 2564) ซึ่งเป็นประเด็นเร่งด่วน นอกจากนี้ เด็กอายุ 6-14 ที่เติบโตสมวัยมีสัดส่วนลดลง (จากร้อยละ 63.5 ในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 58.7 ในปี พ.ศ. 2564) โดยมีเด็กเตี้ยแคระแกร็นร้อยละ 9.7 และเด็กที่มีภาวะอ้วนอยู่ที่ร้อยละ 11.2[74] **(3) การปิดสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย** ส่งผลเสียต่อสุขภาพและพัฒนาการของเด็ก เพราะเด็กขาดโอกาสที่จะได้รับบริการทางด้านโภชนาการและกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ โดยเฉพาะเด็กกลุ่มเปราะบางที่ต้องพึ่งอาหารกลางวันที่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยและโรงเรียน โดยสถิติจากการสำรวจ

[74] รายงานผลการประเมินแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการระดับชาติ 5 ปี พ.ศ. 2562-2566 ระยะครึ่งแผน. สำนักโภชนาการ.กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข. (2564)

สถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ .ศ. 2562 (MICS 6) บ่งชี้ว่าร้อยละ 86.3 ของเด็กไทยที่มีอายุ 36-59 เดือนเข้ารับการศึกษาในระดับปฐมวัย **(4) การปิดสถานศึกษาและการเรียนการสอนทางเลือกอาจส่งผลต่อสมาธิของเด็กและส่งผลให้ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาแย่ลง** เด็กจำนวนไม่น้อยต้องออกจากระบบการศึกษากลางคันและสูญเสียการเรียนรู้ การปิดสถานศึกษาอันเนื่องมาจากโควิด-19 ทำให้สถานศึกษาต้องปรับรูปแบบการเรียน การสอน เช่น การเรียนการสอนแบบ on-air on-hand และแบบ on-demand เป็นเวลาสามภาคเรียน วิกฤตโควิด-19 ยังส่งผลให้ระบบการศึกษาหยุดชะงักทั่วประเทศ โดยส่งผลกระทบต่อเด็กในช่วงอายุ 3-17 ปี จำนวนเกือบ 9 ล้านคน แม้ว่าจำนวนนักเรียนที่ลงทะเบียนในปี พ.ศ. 2564 จะไม่ลดลงจากปี พ.ศ. 2563 แต่ก็ไม่ได้เป็นหลักประกันว่านักเรียนจะได้เรียนรู้อย่างเต็มที่ อีกทั้งยังพบว่านักเรียนไม่มีสมาธิระหว่างเรียนทางไกล โดยเฉพาะนักเรียนที่ไม่มีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ใช้ในการเข้าถึงการเรียนรู้ เป็นกลุ่มเปราะบางที่ได้รับผลกระทบทางการศึกษาสูงที่สุด ในขณะที่ ผู้ปกครองแสดงความกังวลเกี่ยวกับคุณภาพของการเรียนการสอนทางไกล ผู้ปกครองยังมีภาระทางการเงินเพิ่มเติมจากการจัดหาอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์และการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตเพื่อสนับสนุนการเรียนการสอนทางไกลของบุตร หลาน โดยเฉพาะครอบครัวรายได้น้อยที่มีบุตรหลายคน **(5) เด็กจากครัวเรือนยากจนต้องเผชิญกับอุปสรรคในการใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีการเรียนการสอนทางไกล** กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา รายงานว่าการปิดสถานศึกษาส่งผลกระทบทำให้มีนักเรียนรวม 271,888 คนประสบปัญหา โดยชี้ว่ามีนักเรียน 264,519 คนที่ไม่มีโทรทัศน์ 271,792 ไม่มีคอมพิวเตอร์ และนักเรียน และ 2,733 คนไม่มีไฟฟ้า โดยเด็กในพื้นที่จังหวัดตาก นครราชสีมา นราธิวาส ปัตตานี และยะลา (สามจังหวัดชายแดนภาคใต้) ประสบปัญหาในการเข้าถึงไฟฟ้าและอุปกรณ์มากที่สุด[75] **(6) โควิด-19 ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางสังคมและอารมณ์ของเด็กและวัยรุ่น** โควิด-19 ส่งผลเสียต่อสุขภาวะทางอารมณ์ของเด็กและวัยรุ่น โดยเฉพาะวัยรุ่นเพศหญิงและวัยรุ่นที่ใกล้เข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ในช่วงการระบาดระลอกแรก องค์การยูนิเซฟได้จัดทำการสำรวจผลกระทบของโควิด-19 ที่มีต่อเด็กและเยาวชน ระหว่างวันที่ 28 มี.ค. และ 10 เม.ย. 2563 พบว่าวัยรุ่นกังวลเกี่ยวกับฐานะการเงินของครอบครัว (ร้อยละ 85) เกิดผลกระทบด้านการศึกษา (ร้อยละ 66) และด้านสุขภาพจิต (ร้อยละ 75)[76]

2. ผลกระทบของโควิด-19 ต่อครัวเรือนที่มีเด็กเล็ก : ผลการสำรวจออนไลน์ที่เป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย และสำนักงานสถิติแห่งชาติระหว่างวันที่ 27 เมษายนถึงวันที่ 18 พฤษภาคม 2563 (จำนวนตัวอย่าง 27,986 มีผู้ตอบแบบสอบถามจากทุกจังหวัดในประเทศไทย) พบว่า **ครอบครัวที่มีเด็กเล็กถูกกระทบจากโควิด-19 มากกว่าครอบครัวที่ไม่มีเด็กเล็กในเกือบทุกด้าน ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ** พบว่า **รายได้ลดมากกว่า** (ร้อยละ 81 ในกลุ่มครัวเรือนที่มีเด็กเล็ก เทียบกับร้อยละ 70 ในกลุ่มครัวเรือนที่ไม่มีเด็กเล็ก) เพราะมีสัดส่วนที่เป็นคนทำงานไม่ประจำ หรือธุรกิจนอกระบบมากกว่า **รายจ่ายเพิ่มกว่าร้อยละ 50** เมื่อเทียบกับช่วงก่อนโควิด และคิดเป็นสัดส่วนครัวเรือนมากกว่า (ร้อยละ 13% เทียบกับร้อยละ 10%) **หนี้ในระบบเพิ่มขึ้นในสัดส่วนที่มากกว่า** (18% เทียบกับ 13%) และ**หนี้นอกระบบก็เพิ่มในสัดส่วนมากกว่า** (13% เทียบกับ 9%) **ผลกระทบด้านสังคมและสุขภาพ** พบว่า **ด้านการเลี้ยงดู** เด็กขาดผู้ดูแลทำให้บางครอบครัวต้องพาเด็กออกไปทำงานด้วย ซึ่งบางครั้งสถานที่ทำงานไม่เหมาะสมสำหรับเด็กเล็ก เช่น งานเก็บขยะ งานตัดต้นไม้ งานก่อสร้าง เป็นต้น หรือบางครอบครัวต้องทิ้งเด็กเล็กไว้ตามลำพัง **ด้านโภชนาการ** เด็กที่อยู่ศูนย์เด็กเล็กจะได้รับอาหารและนมตามเวลา แต่เมื่อเด็กต้องอยู่บ้านบางครั้งต้องกิน

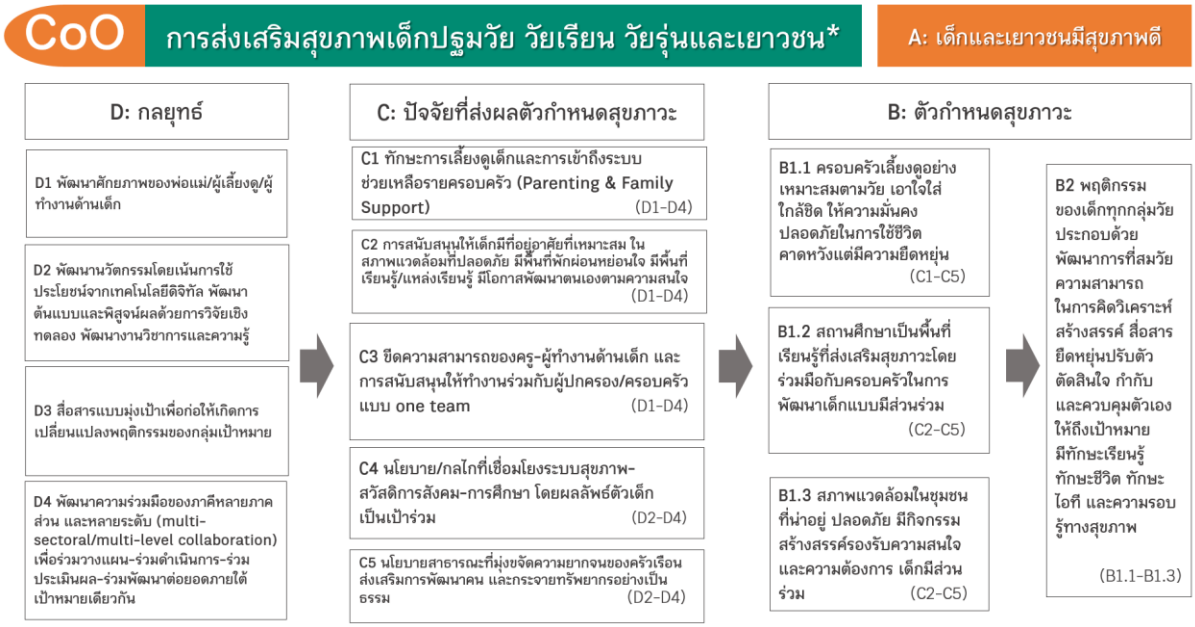
[75] สถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงจาก Covid-19 ที่ส่งผลต่อการหลุดออกจากระบบการศึกษากลางคันของเด็กและเยาวชน. กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา. (2564)

[76] รายงานรวบรวมผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อเด็กและเยาวชนในประเทศไทย โดยองค์กรยูนิเซฟ

อาหารเหมือนของผู้ใหญ่หรือต้องกินข้าวกับบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปหรือไข่ หลายครอบครัวต้องเปลี่ยนมาซื้อนมกล่องแทนนมผงซึ่งมีราคาแพง ทำให้เด็กได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน **ด้านพัฒนาการ** แม้ว่าการที่ศูนย์เด็กเล็กปิดจะทำให้พ่อแม่มีเวลาอยู่กับลูกมากขึ้น แต่เด็กก็ขาดกิจกรรมหรือของเล่นที่ช่วยเสริมสร้างพัฒนาการ และการที่ผู้ปกครองเกรงว่าเด็กจะติดโควิดจึงไม่ค่อยให้ออกไปข้างนอก เด็กถูกจำกัดพื้นที่เล่น ส่งผลให้ดูโทรทัศน์หรือเล่นมือถือมากขึ้นจนเกิดการยึดติด เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เอาแต่ใจตัวเอง ขาดระเบียบวินัย นอกจากนี้จากสถิติการให้บริการตรวจ**คัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการ**ของกรมอนามัย พบว่าเด็กได้รับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการตามช่วงวัยลดลงมากเมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปี 2562 (ร้อยละ 63.7 เทียบกับร้อยละ 91.2) หากเด็กมีพัฒนาการล่าช้าก็จะเสียโอกาสในการได้รับการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม[77]

จุดเน้นของแผน

แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว กำหนดจุดเน้นของการดำเนินงานภายใต้กรอบห่วงโซ่ผลลัพธ์ รวม 3 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมขีดความสามารถของครอบครัวและชุมชน การส่งเสริมพื้นที่เรียนรู้ของเด็กและครอบครัวในชุมชน และการขับเคลื่อนสู่ความยั่งยืนและเสมอภาคในระดับสังคมด้วยการสร้างและจัดการความรู้ การสื่อสารสังคม การขับเคลื่อนเชิงนโยบาย การส่งเสริมและนำใช้นวัตกรรม ตลอดจนการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพภาคีและเครือข่ายการทำงาน



โดยในปีงบประมาณ 2566 แผนมุ่งเน้นดำเนินงานใน 3 ประเด็นสำคัญ ได้แก่

1. ส่งเสริมให้ครอบครัวมีขีดความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กและเยาวชน ให้เติบโตมีพัฒนาการเหมาะสมตามวัย และมีสมรรถนะที่สอดคล้องกับโลกพลิกผัน (VUCA life skills) ด้วยการสนับสนุนการบูรณาการภารกิจแบบใช้พื้นที่เป็นฐาน และแบบใช้ประเด็นเป็นฐาน

[77] สมชัย จิตสุชน และจิราภรณ์ แผลงประพันธ์, ผลกระทบของโควิด-19 ต่อครัวเรือนที่มีเด็กเล็ก", สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยและสำนักงานสถิติแห่งชาติ, (2563)

2. ส่งเสริมให้เกิดพื้นที่การเรียนรู้ และสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่และปลอดภัยสำหรับเด็กและเยาวชน ทั้งในสถานศึกษาและในชุมชน มุ่งเป้าให้เกิดนิเวศการเรียนรู้ (learning ecosystem) และนิเวศสนับสนุนพื้นที่การเรียนรู้ (supportive ecosystem for learning space) เพื่อขยายโอกาสให้เด็ก/ผู้ปกครอง/ครู เข้าถึงความรู้และทักษะเพื่อการพัฒนาเด็กในโลกยุคใหม่

3. พัฒนาต่อยอดรูปแบบของระบบและกลไกเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะและพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กและเยาวชนในบริบทต่างๆ และแพลตฟอร์มเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนเชิงนโยบายที่มุ่งเพิ่มขีดความสามารถของเด็ก เยาวชน และครอบครัว และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชน

4. ร่วมกับสำนักเชิงรุกภายใน สสส. ขยายผลต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดดต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว

เป้าหมายในการดำเนินงานปี 2566

1. ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ 75)

1.1 ต้นแบบชุมชนพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก ที่สามารถสนับสนุนครอบครัวและสถานศึกษาให้มีขีดความสามารถและร่วมกันดูแลเด็กช่วงวัยต่างๆ ให้มีสุขภาวะ โดยมีการพัฒนาสภาพแวดล้อมในชุมชนให้มีความปลอดภัยและมีกลไกส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็ก อย่างน้อย 30 ตำบล

1.2 พื้นที่เรียนรู้ต้นแบบที่ส่งเสริมความสุข/ความรอบรู้ทางสุขภาพ/สมรรถนะของเด็กและเยาวชนอย่างน้อย 5 รูปแบบ

1.3 ระบบและกลไกเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กแบบไร้รอยต่อ อย่างน้อย 3 รูปแบบ

1.4 แพลตฟอร์มความรู้เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว ที่มีเนื้อหาพร้อมใช้อย่างน้อย 3 ประเด็น

2. ตัวชี้วัดร่วม (น้ำหนักร้อยละ 25)

2.1 บูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว และแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ ในการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการดำเนินงานเพื่อลดช่องว่างระหว่างวัยผ่านกระบวนการสร้างทัศนคติเชิงบวกและการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างเด็ก เยาวชน และผู้สูงอายุ

2.2 บูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว และแผนสุขภาวะชุมชน ในการขยายผลการยกระดับคุณภาพศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเครือข่ายตำบลสุขภาวะ ด้วยการนำใช้ชุดความรู้/ชุดเครื่องมือพร้อมใช้ เพื่อยกระดับคุณภาพศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ไม่น้อยกว่า 30 ศูนย์

2.3 บูรณาการร่วมกันระหว่างแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว และแผนสร้างเสริมสุขภาวะองค์กร ในการขยายผลและส่งต่อชุดความรู้/ชุดเครื่องมือส่งเสริมให้สถานประกอบการที่เป็นมิตรกับครอบครัว (Family Friendly Workplace) 2 ชุดเครื่องมือ ได้แก่ แนวปฏิบัติสำหรับสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัวที่มีเด็กเล็ก และครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ ไปยังเครือข่ายองค์กรสุขภาวะที่สนใจพัฒนาในมิติ Happy Family

วัตถุประสงค์

1. ส่งเสริมให้เกิดชุมชนพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก ที่สามารถสนับสนุนครอบครัวและสถานศึกษาให้มีขีดความสามารถและร่วมกันดูแลเด็กช่วงวัยต่างๆ ให้มีสุขภาวะ โดยมีการพัฒนาสภาพแวดล้อมในชุมชนให้มีความปลอดภัยและมีกลไกส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็ก

2. ส่งเสริมให้เกิดพื้นที่การเรียนรู้ต้นแบบที่ส่งเสริมสุขภาวะและสมรรถนะเด็กและเยาวชนในโลกพลิกผัน (VUCA Life skills)

3. ส่งเสริมให้เกิดรูปแบบเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กแบบไร้รอยต่อ

4. ส่งเสริมให้เกิดแพลตฟอร์มในการสร้างและจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว

แนวทางการดำเนินงาน

1. ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

แผนได้กำหนดเป้าหมายสูงสุด วิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับภาพรวมทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 – 2574) ของกองทุน โดยแผนทำหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพระยะเริ่มต้นของเส้นทางชีวิตอันนำไปสู่ “สุขภาพดีตลอดช่วงชีวิต” (Lifelong Health) โดยมุ่งเน้น**ดำเนินงานภายใต้ 4 ยุทธศาสตร์** คือ ได้แก่ 1) เพิ่มทรัพยากรให้ครอบครัว ให้มีขีดความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กทุกช่วงวัย 2) เพิ่มพื้นที่เรียนรู้ ที่มีคุณภาพใกล้บ้าน ในชุมชนส่งเสริมกิจกรรมสร้างสรรค์ยามว่าง 3) คุ้มครองเด็กในการเข้าถึงระบบคุ้มครองทางสังคมและบริการพื้นฐาน สนับสนุนพลเมืองให้เข้มแข็ง และ 4) สนับสนุนให้เด็กและเยาวชนมีส่วนร่วม เพื่อพร้อมรับโลกยุคใหม่และสังคมสูงวัย โดยจัดโครงสร้างแผนให้ประกอบด้วย**กลุ่มแผนงานย่อย 4 กลุ่ม** ได้แก่ กลุ่มแผนงานสนับสนุนพื้นที่การเรียนรู้ กลุ่มแผนงานสนับสนุนภาคีความร่วมมือ กลุ่มแผนงานสนับสนุนการขับเคลื่อนสังคม และกลุ่มแผนงานพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพทำหน้าที่เป็นกลไกการสนับสนุนการดำเนินงานตามกรอบแนวคิดภาพรวมของแผน

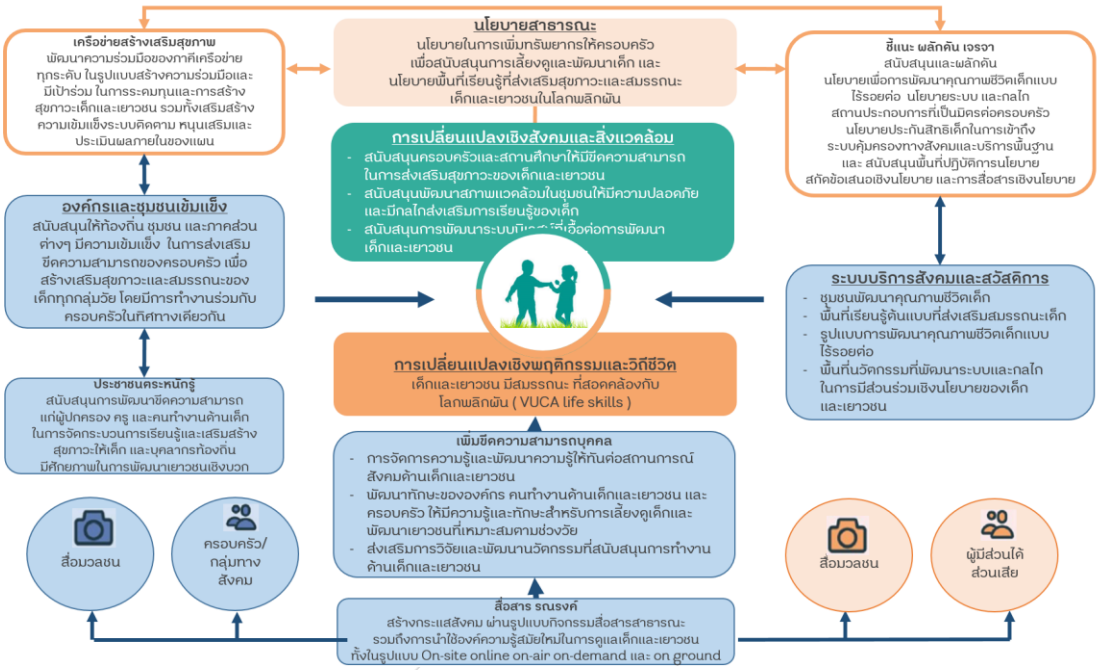
กรอบแนวคิดการดำเนินงาน

สุขภาพดี 4 มิติ
กาย จิต ปัญญา สังคม

วิสัยทัศน์และพันธกิจ	วิสัยทัศน์ : เด็ก เยาวชน และครอบครัวได้รับการคุ้มครองและส่งเสริมให้มีวิถีชีวิตและสังคมที่เอื้อต่อสุขภาวะ พันธกิจ : จุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลังบุคคล ชุมชน และองค์กรทุกภาคส่วน ให้มีขีดความสามารถและสร้างสรรค์ระบบสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี		
เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์	ลดผลกระทบ : ยาสูบ สุราและสิ่งเสพติด มลพิษจากสิ่งแวดล้อม ปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น	เพิ่ม : อาหารและโภชนาการ พัฒนาการ กิจกรรมทางกาย ความปลอดภัยทางถนน สุขภาพจิตที่ดี ทักษะในศตวรรษที่ 21	
	ส่งเสริมความเท่าเทียมและลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ มุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายที่เปราะบาง		
ยุทธศาสตร์	1. เพิ่มทรัพยากรให้ครอบครัวมีขีดความสามารถเพื่อเลี้ยงดูเด็กทุกช่วงวัย	2. พัฒนาต้นแบบและขยายโอกาสในการเข้าถึงพื้นที่เรียนรู้ที่มีคุณภาพใกล้บ้านเพื่อส่งเสริมกิจกรรมสร้างสรรค์ของเด็กและเยาวชนอย่างยั่งยืน	
	3. พัฒนาระบบและกลไกที่จำเป็นเพื่อประกันสิทธิเด็กในการเข้าถึงระบบคุ้มครองทางสังคมและบริการพื้นฐานเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี	4. ส่งเสริมเด็กและเยาวชนให้เป็นพลเมืองที่เข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมสูงวัยในโลกยุคใหม่	
การจัดโครงสร้างแผน	1) กลุ่มแผนงานสนับสนุนพื้นที่เรียนรู้	2) กลุ่มแผนงานสนับสนุนภาคีความร่วมมือ	3) กลุ่มแผนงานสนับสนุนการขับเคลื่อนสังคม
	4) กลุ่มแผนงานพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ (งานบูรณาการ-ติดตามและประเมินผล-การวัดผลและความคุ้มค่า		

2. รูปแบบการดำเนินงาน

แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว มีการดำเนินงานร่วมกับภาคีหลายภาคส่วน ได้แก่ (1) การทำงานกับภาคนโยบายเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดนโยบายที่ส่งผลให้เด็กและเยาวชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี (2) การทำงานกับเครือข่ายพ่อแม่ ครูและคนทำงานด้านเด็ก ในการจัดการเรียนรู้และเสริมสร้างสุขภาวะแก่เด็กและเยาวชน รวมทั้งการสร้างความเข้มแข็งแก่ท้องถิ่น ชุมชนและภาคต่างๆ ในการพัฒนาเด็กและเยาวชน (3) การทำงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับระบบบริการทั้งด้านสังคมและสุขภาพ ที่ส่งผลให้เด็กและเยาวชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี (4) การทำงานกับภาคีด้านวิชาการและการสื่อสารสาธารณะ เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่มุ่งให้ข้อมูลที่ถูกต้องและความรู้ที่ทันสมัยในการเลี้ยงดูเด็ก รวมถึงการนำใช้องค์ความรู้สมัยใหม่ในการเลี้ยงดูและพัฒนาเด็กและเยาวชน



กลุ่มแผนงาน

1. กลุ่มแผนงานสนับสนุนพื้นที่การเรียนรู้ มุ่งเป้าให้เกิดทั้งนิเวศการเรียนรู้ (learning ecosystem) และนิเวศสนับสนุนพื้นที่การเรียนรู้ (supportive ecosystem for learning space) เพื่อขยายโอกาสให้เด็ก/ผู้ปกครอง/ครู เข้าถึงความรู้และทักษะเพื่อการพัฒนาเด็กในโลกยุคใหม่ โดยเน้นต่อยอดและขยายผลรูปแบบพื้นที่การเรียนรู้ ครอบคลุมทั้งพื้นที่การเรียนรู้ในบ้านและในชุมชน ส่งเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่ ปลอดภัย เอื้อต่อการเรียนรู้ การมีกิจกรรมทางกาย ผ่านการเล่นอิสระและกิจกรรมสร้างสรรค์ (Learn through Play) รองรับความสนใจ ความต้องการของเด็กกลุ่มวัยต่างๆ และพัฒนาองค์ความรู้และเพิ่มขีดความสามารถให้แก่ครู ผู้ปกครอง ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็ก ในการจัดการกระบวนการเรียนรู้ สนับสนุนการทำงานร่วมกันกับผู้ปกครองแบบ one team มีชุดความรู้ ชุดเครื่องมือที่เหมาะสมกับผู้ใช้งานและเครือข่ายการทำงาน ยกระดับเป็นศูนย์การเรียนรู้ในชุมชนที่เข้มแข็ง สามารถถ่ายทอดความรู้เพื่อขยายผล รวมทั้งเกิดแพลตฟอร์มการระดมทุนและความร่วมมือหลากหลายรูปแบบ จนเกิดเป็นระบบนิเวศสนับสนุนพื้นที่การเรียนรู้ได้อย่างยั่งยืน โดยมีแนวทางสำคัญในการดำเนินงาน ดังนี้

1) สนับสนุนและพัฒนายกระดับประสิทธิภาพของพื้นที่การเรียนรู้เพื่อเป็นต้นแบบในการสร้างนิเวศการเรียนรู้ ที่เหมาะสมกับบริบทที่หลากหลาย ครอบคลุมทั้งเรื่องทักษะการเลี้ยงดู ทักษะการเรียนรู้ และการส่งเสริมสมรรถนะเด็กและเยาวชนที่สอดคล้องกับโลกพลิกผัน ความรอบรู้ทางสุขภาพ ครอบคลุมทั้งพื้นที่การเรียนรู้ที่เป็นสถานศึกษา และพื้นที่การเรียนรู้ในชุมชน สามารถพิสูจน์ผลลัพธ์ได้ด้วยการวิจัยเชิงทดลอง

2) พัฒนานิเวศสนับสนุนพื้นที่การเรียนรู้ โดยสร้างกลไกความร่วมมือระดับพื้นที่ และการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ-ภาคเอกชน-ภาคประชาสังคม-ภาควิชาการ ในการพัฒนา วางแผน เป็นคณะทำงานร่วม และภาคีหุ้นส่วนอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อส่งเสริมกลไกการดำเนินงานพื้นที่การเรียนรู้ในชุมชนให้ยั่งยืนและครอบคลุมทั่วประเทศ

3) สื่อสารสาธารณะแบบมุ่งเป้าเพื่อสร้างความเข้าใจ กระตุกกระตุ้นให้เกิดชุดความเชื่อ (Mindset) ใหม่ของสังคมที่มีต่อพื้นที่การเรียนรู้/การเรียนรู้ในโลกยุคใหม่ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย และสะสมพลังสังคมที่สนับสนุนพื้นที่การเรียนรู้ที่หลากหลาย สอดคล้องกับความต้องการของเด็กและเยาวชน

4) พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและผลักดันสู่การปฏิบัติในระดับต่างๆ ร่วมกับภาคีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและภาคียุทธศาสตร์ เพื่อส่งเสริมให้เด็กและครอบครัวมีโอกาสพัฒนาตัวเองตามความสนใจ มี“พื้นที่การเรียนรู้ในบ้านและใกล้บ้าน” อย่างทั่วถึงและยั่งยืน

2. กลุ่มแผนงานสนับสนุนภาคีความร่วมมือ มุ่งหนุนเสริมการบูรณาการภารกิจของภาคส่วนต่างๆ ที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาวะเด็กและเยาวชน โดยครอบคลุมทั้งการดำเนินงานแบบพื้นที่เป็นฐาน และแบบประเด็นเป็นฐาน (area-based and issue-based multi-sectoral collaboration) ได้แก่ สนับสนุนรูปแบบการบูรณาการภารกิจเพื่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว ในระดับชุมชน ท้องถิ่น อำเภอ จังหวัด (multilevel) และสนับสนุนความเข้มแข็งของเครือข่ายที่ทำงานที่เป็นมิตรต่อครอบครัว (family-friendly workplace) รวมถึงขับเคลื่อนนโยบายและระดมความร่วมมือจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สอดคล้องกับห่วงโซ่ผลลัพธ์ของแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว และห่วงโซ่ผลลัพธ์ของเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของ สสส. โดยเน้นพัฒนาศักยภาพของพ่อแม่/ผู้เลี้ยงดู/ผู้ทำงานด้านเด็กเพื่อให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพ ร่วมกับพัฒนานวัตกรรมโดยเน้นการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัล พัฒนาต้นแบบและพิสูจน์ผลด้วยการวิจัยเชิงทดลองพัฒนางานวิชาการและความรู้ ไปพร้อมกับการพัฒนาความร่วมมือหลายภาคส่วน และหลายระดับเพื่อร่วมพัฒนาต่อยอดภายใต้เป้าหมายเดียวกัน โดยมีแนวทางสำคัญในการดำเนินงาน ดังนี้

1) ส่งเสริมศักยภาพท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่ เพื่อให้สามารถส่งเสริมขีดความสามารถของครอบครัว และกลไกต่างๆ ในชุมชน (home-based & community-based intervention) เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ส่งเสริมสุขภาวะและสมรรถนะของเด็กทุกกลุ่มวัย

2) ส่งเสริมศักยภาพท้องถิ่นให้สามารถทำงานพัฒนาเยาวชนเชิงบวก (positive youth development) และสนับสนุนการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมาย (Meaningful Participation) ของเยาวชนโดยเปิดพื้นที่ในการแสดงออก และเสริมสร้างโอกาสในการทำงานร่วมกับกลุ่มคนที่หลากหลาย

3) สนับสนุนให้เกิดนโยบายและมาตรการในการบูรณาการภารกิจทุกภาคส่วนทั้งระดับประเทศ ระดับท้องถิ่น ระดับองค์กร ที่มุ่งเป้าผลลัพธ์ที่ตัวเด็กครบทุกกลุ่มวัยโดยเน้นการเพิ่มทรัพยากรให้ครอบครัว

สามารถดูแลเด็กได้อย่างมีคุณภาพและประกันสิทธิเด็กในการเข้าถึงระบบคุ้มครองสังคม บริการและสวัสดิการต่างๆ

4) ส่งเสริมและสนับสนุนความเข้มแข็งของเครือข่ายสถานประกอบการที่มีนโยบายเป็นมิตรต่อครอบครัว เพื่อเอื้อให้คนวัยแรงงานสามารถดูแลครอบครัวอย่างมีคุณภาพ และขับเคลื่อนนโยบายเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน

3. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการขับเคลื่อนสังคม มุ่งเป้าให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เกื้อกูลการพัฒนาของเด็กและเยาวชน (enabling environment) ประกอบด้วยการสร้างและจัดการความรู้ให้ทันต่อสถานการณ์สังคมอยู่เสมอ สื่อสารความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจและเกิดกระแสสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ การศึกษาวิจัยและการรังสรรค์นวัตกรรมที่สำคัญและจำเป็นต่อการดำเนินงาน การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายและส่งเสริมองค์กรคนรุ่นใหม่/เยาวชนที่ต้องการร่วมขับเคลื่อนสังคมสุขภาวะ โดยในการดำเนินงานจะมุ่งเน้นต่อยอดและขยายผลฐานทุนการทำงานของแผนสุขภาวะเด็กเยาวชนและครอบครัวโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ทางสุขภาพและเข้าถึงองค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการสร้างเสริมสุขภาวะของเด็ก เยาวชน และครอบครัว โดยมีแนวทางสำคัญในการดำเนินงาน ดังนี้

1) สนับสนุนการสร้าง การจัดการความรู้ และการสื่อสารความรู้ให้ทันต่อสถานการณ์สังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งบทเรียนที่ดีจากการทำงานของภาคีเครือข่าย ชุดความรู้ใหม่และเครื่องมือสนับสนุนการทำงานที่ผ่านการพิสูจน์ประสิทธิภาพ เพื่อเตรียมพร้อมสู่การนำใช้ในวงกว้าง

2) ส่งเสริมการศึกษาวิจัยและการรังสรรค์นวัตกรรมที่ช่วยสนับสนุนการทำงาน/การจัดบริการ และการพัฒนาสมรรถนะ ตลอดจนการสร้างเสริมสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว และพัฒนาแนวทางนำใช้และขยายผลนวัตกรรมสู่การใช้จริงในสังคมอย่างยั่งยืน

3) สนับสนุนพื้นที่ปฏิบัติการนโยบายและสกัดข้อเสนอเชิงนโยบายในมิติและระดับต่างๆ สื่อสารผลักดันให้เกิดความเปลี่ยนแปลงเชิงระบบและกลไกที่จำเป็น เพื่อประกันสิทธิเด็กในการเข้าถึงระบบคุ้มครองทางสังคม สวัสดิการและบริการพื้นฐานเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และเพิ่มทรัพยากรให้แก่เด็กและครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่มีภาวะเปราะบาง

4) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย ตลอดจนการส่งเสริมสนับสนุนองค์กรคนรุ่นใหม่/เยาวชนเพื่อให้เกิดเครือข่ายคนรุ่นใหม่ที่เข้มแข็งและมีส่วนร่วมขับเคลื่อนสังคมสุขภาวะ

4. กลุ่มแผนงานพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ มุ่งให้เกิดการยกระดับคุณภาพการดำเนินงานของแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว กลุ่มแผนงานทั้ง 4 กลุ่มแผนงาน และโครงการที่ได้รับการสนับสนุน ให้สามารถดำเนินงานเพื่อบรรลุตามทิศทางและเป้าหมายระยะสิบปี และห่วงโซ่ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง โดยมีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

1) เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบติดตาม หนุนเสริมและประเมินผลภายในของแผน ด้วยการสนับสนุนให้เกิดการติดตามและประเมินผลเพื่อการพัฒนา (Development Evaluation) ทั้ง การติดตามและประเมินผลภายใน การติดตามและประเมินผลภายนอก และจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างคณะติดตามและประเมินผลโครงการ

2) สนับสนุนให้เกิดการวิจัยและทดสอบโมเดล การคำนวณต้นทุนต่อหน่วย และวัดผลความคุ้มค่า โดยเฉพาะกลุ่มโครงการที่มีการดำเนินงานต่อเนื่อง ก่อนที่จะขยายผลวงกว้าง

3) สนับสนุนให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และใช้ประโยชน์จากผลการประเมิน เพื่อยกระดับคุณภาพการดำเนินงานของแผน กลุ่มแผนงานและโครงการ

ภาคีหลัก

1. ภาคียุทธศาสตร์ : กรมกิจการเด็กและเยาวชน กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล สำนักงานบริหารและพัฒนาองค์ความรู้ (องค์การมหาชน) องค์การยูนิเซฟประเทศไทย มูลนิธิตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย ภาคธุรกิจและบริษัทที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์

2. ภาคีปฏิบัติการ : มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก มูลนิธิเพื่อนเยาวชนเพื่อการพัฒนา มูลนิธิสร้างสรรค์ชาติพันธุ์อาเซียน มูลนิธิสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน กลุ่มไม้ขีดไฟ โรงเล่นเรียนรู้ We are happy มูลนิธิสื่อชาวบ้าน (มะขามป้อม) มูลนิธิแพธทูเฮลท์ มูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม สมาคมเครือข่ายพัฒนาชุมชนแห่งการเรียนรู้ มูลนิธิเพื่อสุขภาพและการแบ่งปัน มูลนิธิเครือข่ายสุขภาพ (สำนักงานภาคอีสาน) มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ศูนย์สร้างสรรค์เพื่อการพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อมจังหวัดแพร่ (พลังโจ๋) สมาคมเด็กและเยาวชนเพื่อสันติภาพชายแดนใต้ (ลูกเหรียง) เครือข่ายพื้นที่นี้ดีจัง เครือข่ายเล่นเปลี่ยนโลก มูลนิธินวัตกรรรมสร้างสรรค์สังคม สมาคมคนรุ่นใหม่กับนวัตกรรมทางสังคม บริษัทนักเปลี่ยนแปลง จำกัด บริษัท ไลฟ์ เอ็ดดูเคชั่น (ประเทศไทย) จำกัด บริษัท Bookscape จำกัด บริษัท ดิ วันโอวัน เปอร์เซ็นต์ จำกัด บริษัท เทกท์แอนด์ไทเทิล จำกัด บริษัท พันช์อัพ เวิลด์ จำกัด บริษัท กล้าก้าว อินสไปเรชั่น จำกัด บริษัท รักลูก ฮิวแมนแอนด์โซเชียล อินโนเวชั่น จำกัด คณะทำงานขับเคลื่อนนโยบายสวัสดิการเงินอุดหนุนเด็กเล็กอายุ 0-6 ปีแบบถ้วนหน้า เครือข่ายสถานประกอบการที่เป็นมิตรกับครอบครัว

3. ภาคีนวัตกรรม : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล บริษัท ทูลมอโร่ จำกัด บริษัท ฟล็อค เลิร์นนิ่ง จำกัด Inskru สถาบัน Change Fusion ภายใต้มูลนิธิบูรณะชนบทแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ เทใจดอทคอม มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
กลุ่มแผนงานสนับสนุนพื้นที่การเรียนรู้	70.00
กลุ่มแผนงานสนับสนุนภาคีความร่วมมือ	70.00
กลุ่มแผนงานสนับสนุนการขับเคลื่อนสังคม	70.00
การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	15.00
รวม	**225.00**

8. แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

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

1. ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ แผนเฉพาะในแต่ละด้าน และทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี

การดำเนินงานของแผนสร้างเสริมสุขภาวะองค์กร ได้ใช้แนวคิดองค์กรสุขภาวะ (Happy workplace) ที่มุ่งการดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายหลักคือ “คนทำงาน ในองค์กร” ที่ถือเป็นบุคคลสำคัญและเป็นกำลังหลักของทั้งครอบครัว องค์กร ชุมชน และสังคม การสร้างความสุขในที่ทำงาน นับว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการบริหารองค์กร มุ่งเน้นให้บุคลากรทุกคนในองค์กร มีความสุขในการทำงาน ความสุขที่เกิดขึ้นนั้นก่อให้เกิดกระบวนการทางความคิด ทำให้งานที่ได้รับมอบหมายมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดความตึงเครียดจากการทำงาน สภาพแวดล้อม รวมทั้งลดความขัดแย้งภายในองค์กร ความสุขที่เกิดขึ้นจากการทำงานเปรียบเสมือนน้ำหล่อเลี้ยงให้พฤติกรรมคนปรับเปลี่ยนและพัฒนาในแนวโน้มที่ดีขึ้น โดยใช้ความสุขพื้นฐานแปดประการ (Happy 8) เป็นแนวทางในการบริหารจัดการชีวิตให้มีความสุข อย่างยั่งยืน สร้างทัศนคติบวกต่อมุมมองในการดำเนินชีวิต การอยู่ร่วมกับผู้อื่น การรับผิดชอบต่อสังคม เป็นสมาชิกที่ดีต่อครอบครัว องค์กร และสังคม โดยมีความสุขที่แท้จริงบนพื้นฐาน ความสุขแปดประการที่สมดุลกับชีวิต ซึ่งมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (2561-2580) กล่าวคือ

1) ด้านความมั่นคง สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะในกำลังพลกองทัพ และตำรวจ อันจะเป็นการช่วยสนับสนุนเการบริหารจัดการสภาวะแวดล้อมของประเทศให้มีความมั่นคง ปลอดภัย และมีความสงบเรียบร้อยในทุกระดับ และทุกมิติ และสนับสนุนการทำงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะในกลุ่มองค์กรพระพุทธศาสนา โดยสถาบันศาสนา เป็น 1 ใน 3 สถาบันหลักของชาติที่เป็นแกนหลักแห่งความมั่นคงของชาติ และศาสนาพุทธเป็นศาสนาที่ประชาชนชาวไทยส่วนใหญ่นับถือ

2) ด้านการสร้างขีดความสามารถในการแข่งขัน เน้นการยกระดับศักยภาพของภาคีภาคสาธารณะและภาคเอกชน

3) ด้านพัฒนาและเสริมสร้างทรัพยากรมนุษย์ สนับสนุนสร้างเสริมสุขภาวะภาคีภาคสาธารณะและภาคเอกชนให้มีความพร้อมทั้งกาย ใจ สติปัญญา มีทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 มีทักษะสื่อสาร และมีคุณธรรม

4) ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม คำนึงถึงความยั่งยืนของฐานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของภาคีให้เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม เกิดผลลัพธ์ต่อความยั่งยืน

5) ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารภาครัฐ สนับสนุนการปรับเปลี่ยนภาครัฐ ยึดหลัก “ภาครัฐของประชาชนเพื่อประชาชนและประโยชน์ส่วนรวม”

และเมื่อพิจารณาประกอบกับ แผนปฏิรูปประเทศ พบว่าแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร มีความเชื่อมโยง ดังนี้

1) ด้านการบริหารราชการ เน้นการเชื่อมโยงข้อมูล จัดระบบบริหารและบริการให้เป็นดิจิทัล จัดระบบบุคลากรให้มีมาตรฐานกลาง มีคุณธรรมและจริยธรรม และสร้างวัฒนธรรมต่อต้านการทุจริต

2) ด้านเศรษฐกิจ สนับสนุนให้เกิดผลิตภาพและความสามารถในการแข่งขันของภาคีเครือข่าย ที่มุ่งเน้นการใช้ระบบมาตรฐานและนวัตกรรมในการพัฒนาเศรษฐกิจ อันเป็นการลดความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ

3) ด้านทรัพยากรธรรมชาติฯ สนับสนุนให้เกิดความตระหนัก การรักษา ฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นรากฐานในการพัฒนาประเทศ สร้างความสมดุลระหว่างการอนุรักษ์และการใช้ประโยชน์ ทั้งทรัพยากรทางบก (ป่าไม้และสัตว์ป่า ดิน แร่) ทางน้ำ ทางทะเลและชายฝั่ง ความหลากหลายทางชีวภาพ และสิ่งแวดล้อม

4) ด้านสื่อสาร มวลชน เทคโนโลยี สนับสนุนการใช้พื้นที่ดิจิทัลเพื่อการสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรอย่างมีจรรยาบรรณ การรับรู้ของประชาชน และ ในการให้ความรู้แก่ประชาชน ปลูกฝังวัฒนธรรมของชาติ และปลูกฝังทัศนคติที่ดี

5) ด้านสังคม สนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายมีความคระหนักรู้ในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี มีจิตสาธารณะเพิ่มขึ้น เป็นสังคมแห่งโอกาสและไม่แบ่งแยก และมีความเข้มแข็งสามารถบริหารจัดการองค์กรได้ด้วยตนเอง

สถานการณ์ทั้งภายนอกและภายในประเทศ มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง อีกทั้งวิกฤตโรคระบาด โควิด-19 ส่งผลกระทบอย่างมากต่อการดำเนินชีวิต และในการทำงาน ในส่วนของภาคเอกชน บางธุรกิจได้รับผลกระทบเกิดสภาวการณ์ว่างงาน ยอดการผลิต และส่งออกลดลง การลงทุนธุรกิจชะลอตัวหรือบางธุรกิจต้องปิดตัวลง เนื่องจากมีการชะลอการซื้อ ส่วนองค์กรภาครัฐในภาพรวมอาจเห็นว่าได้รับผลกระทบน้อย เนื่องจากมีรายได้ค่อนข้างมั่นคง มีอำนาจซื้อในระดับปานกลาง แต่หากพิจารณาภาพรวมพบว่าบุคลากรภาครัฐทุกประเภทยังคงต้องทำงานเพื่อช่วยเหลือประชาชนในการรับมือกับวิกฤตของประเทศ ในบางกลุ่มกลับต้องมีภาระที่หนักขึ้นกว่าเหตุการณ์ปกติเสียด้วยซ้ำ เนื่องจากภาครัฐต้องขับเคลื่อนงานตามนโยบายของรัฐบาลเพื่อการพัฒนาประเทศ ในส่วนภาคสังคมมีข้อจำกัดในเรื่องการปฏิสัมพันธ์ การห้ามชุมนุม การลดการมีกิจกรรมร่วมกัน การรับประทานอาหารร่วมกัน ทำให้มีการหันมาใช้สื่อโซเชียลมากขึ้น ทั้งการ

ทำงานที่บ้าน การใช้แอพพลิเคชั่นในการทำธุรกรรมทางการเงินมากขึ้น รวมทั้งการติดต่อสื่อสารกับเครือข่าย การจัดประชุมก็นิยมใช้สื่อมากขึ้น จึงทำให้หลายคนต้องมีการเรียนรู้การใช้สื่อโซเชียล รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตัวเองและบุคคลในครอบครัวให้มีการป้องกันโรคโควิด 19 ระมัดระวังให้มีความปลอดภัย สำหรับเรื่องสิ่งแวดล้อม ผลของการระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ช่วง 1 - 2 ปีที่ผ่านมา ทั้งภาครัฐและเอกชนให้ความสำคัญเรื่องสิ่งแวดล้อมมากขึ้น มีการจัดระเบียบ ทำความสะอาดสถานที่ที่เป็นสาธารณะมีการออกมาตรการป้องกันกันแพร่ระบาดของเชื้อโรค ทำให้เกิดผลดีแก่ส่วนรวม ทั้งที่ทำงานและที่บ้าน ให้ความสำคัญกับความตระหนักรู้เพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นในระยะยาว เพื่อปรับตัวให้เข้าสถานการณ์เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน

จากการดำเนินงานขับเคลื่อนสุขภาวะในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ ซึ่งเปรียบเสมือนทุนสำคัญทางสังคมในการดำเนินงานด้านการเสริมสร้างสุขภาวะองค์กรสงฆ์และชุมชน แผนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรจึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ให้เท่าทันพลวัตของปัจจัยต่าง ๆ ที่กระทบต่อสุขภาพ การสนับสนุนให้พระสงฆ์เป็นผู้นำในการทำงานเชิงรุกด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนองค์กรพระพุทธศาสนาในฐานะพื้นที่ในการพัฒนาสุขภาวะแก่สังคมไทย จากข้อมูลสถิติจำนวนพระภิกษุและสามเณร พบว่า ปัจจุบันวัดในประเทศไทยมีจำนวน 41,654 วัด มีพระสงฆ์ จำนวน 215,871 รูป และมีสามเณร จำนวน 36,980 รูป (ข้อมูลพื้นฐานทางพระพุทธศาสนาประจำปี 2563) จากจำนวนประชากรประเทศไทย 66,558,935 คนและเป็นพุทธศาสนิกชนจำนวน 65,855,352 คน ซึ่งร้อยละ 32.45 ของพระสงฆ์ เป็นพระสงฆ์ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (พระสงฆ์สูงอายุ) ดังนั้นพระสงฆ์ได้เข้าสู่สังคมพระสงฆ์สูงอายุระดับสุดยอด (Super aged society) และมีแนวโน้มเป็นพระสงฆ์สูงอายุมากขึ้น (รายงานประจำปี 2562 โรงพยาบาลสงฆ์) จากมติมหาเถรสมาคม ครั้งที่ 7/2560 เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2560 ได้มีการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560 เรื่องการดำเนินงานพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะที่กำหนดให้ดำเนินการวัดส่งเสริมสุขภาพและธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ เพื่อเป็นกรอบและแนวทางการส่งเสริมสุขภาวะพระสงฆ์ทั่วประเทศ เพื่อส่งเสริมให้พระสงฆ์ได้ดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัย โดยมีแนวปฏิบัติการอุปัฏฐากพระสงฆ์ตรงตามหลักพระธรรมวินัย และกำหนดให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

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

ข้อมูลจาก (ร่าง) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 วิเคราะห์สังคมไทยกำลังมุ่งหน้าสู่การเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” ภายในปี 2577 มีสัดส่วนของประชากรสูงวัยสูงถึงร้อยละ 28.1 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งการที่ประเทศไทยมีโครงสร้างประชากรเป็นสังคมสูงวัย และมีสัดส่วนวัยแรงงานลดลงนั้น จะทำให้อัตราส่วนพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อวัยแรงงานและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ภาครัฐจำเป็นต้องพิจารณาการพัฒนาคนทุกช่วงวัยให้เต็มตามศักยภาพ นอกจากนี้ กำลังแรงงานที่ลดลงอาจส่งผล ให้เกิดการพึ่งพาแรงงานข้ามชาติมากขึ้น จนนำไปสู่การขยายตัวของการเคลื่อนย้ายแรงงานทั้งภายในและระหว่างประเทศ ซึ่งจะทำให้รูปแบบของสังคมไทยปรับเปลี่ยนไปสู่การเป็นสังคมพหุวัฒนธรรมในที่สุด นอกจากนี้ยังรูปแบบของงานในอนาคตมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญ เน้นความยืดหยุ่นและความสมดุลระหว่างการทำงานและการใช้ชีวิต การจ้างงานในระยะต่อไปมีรูปแบบ

ที่หลากหลาย โดยมีแนวโน้มว่าจะมีการจ้างงานที่มิใช่รูปแบบมาตรฐานเพิ่มมากขึ้น อาทิ การจ้างงานชั่วคราว การจ้างงานบางช่วงเวลา การจ้างงานตามความต้องการ และงานอิสระ ควบคู่ไปกับรูปแบบใหม่ในการทำงาน อาทิ การทำงานทางไกล การทำงานจากบ้านหรือจากที่อื่น ๆ ผ่านระบบออนไลน์ โดยอยู่ภายใต้ชั่วโมงการทำงานที่ยืดหยุ่นพฤติกรรมการดำเนินชีวิตใหม่ๆนำไปสู่การขยายโอกาสการมีส่วนร่วม ในกำลังแรงงานและเป็นแหล่งรายได้เสริม อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อาจส่งผลให้เกิดการขยายตัว ของแรงงานนอกระบบ ซึ่งขาดความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์ที่เหมาะสม รวมถึงแรงงานอาจเผชิญความ เสี่ยงจากความมั่นคงในการจ้างงานที่ลดลง นอกจากนี้ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจะส่งผลให้งานบางประเภทเลือนหายไป และเกิดงานประเภทใหม่ขึ้นมาทดแทน โดยระบบอัตโนมัติและหุ่นยนต์มีแนวโน้มจะเข้ามาทดแทนงานที่ใช้เวลาดำเนินการหรือเป็นแบบแผน ส่งผลให้เกิดความต้องการแรงงานที่มีทักษะ ความสามารถเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีมากขึ้น อาทิ วิศวกรหุ่นยนต์ หรือผู้เชี่ยวชาญปัญญาประดิษฐ์ และการเข้าสู่สังคมสูงวัยยังมีแนวโน้มทำให้งานในอุตสาหกรรมการแพทย์และสุขภาพมีจำนวนเพิ่มขึ้น ตลอดจนกระแสความใส่ใจด้านสิ่งแวดล้อมจะส่งผลให้งานสีเขียวทวีความสำคัญในตลาดแรงงานมากยิ่งขึ้น นำไปสู่การเกิดขึ้นของงานในอาชีพใหม่ ๆ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงข้างต้น นำไปสู่ความต้องการทักษะของแรงงาน ในลักษณะใหม่ ๆ โดยนอกเหนือจากทักษะทางปัญญาหรือทักษะเชิงเทคนิค ยังเป็นที่คาดการณ์กันว่าทักษะทางพฤติกรรมหรือทักษะด้านมนุษย์อาทิความคิดสร้างสรรค์ การสื่อสาร หรือ การทำ งานเป็นทีม จะเป็นที่ต้องการและเป็นงานสำหรับอนาคต เนื่องจากเป็นทักษะเฉพาะที่เทคโนโลยี สมัยใหม่ยังไม่สามารถทดแทนแรงงานมนุษย์ได้

2. ทิศทางและเป้าหมายของแผนสร้างเสริมสุขภาวะองค์กร

แผนสร้างเสริมสุขภาวะองค์กร มีวิสัยทัศน์ “องค์กรมีวิถีชีวิต สังคมและสิ่งแวดล้อม ที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาวะที่ดี” โดยมีเป้าหมายยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานคือ การส่งเสริมและพัฒนาให้องค์กรเครือข่ายสุขภาวะมีความเข็มแข็งรองรับการส่งเสริมสุขภาวะเชิงประเด็นของ สสส. ได้แก่ การรณรงค์เรื่องยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สิ่งเสพติด ส่งเสริมเรื่องการมีโภชนาการที่ดี กิจกรรมทางกาย อุบัติเหตุบนท้องถนน ปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น โดยใช้แนวคิดองค์กรสุขภาวะ (Happy workplace) และความสุขพื้นฐานแปดประการ (Happy 8) เป็นแนวทางการการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร มุ่งเน้นการสานเสริมพลังภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม และชุมชนครอบคลุมบุคลากรในระบบนิเวศขององค์กร โดยสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรม งานวิชาการและความรู้ พัฒนาศักยภาพของบุคคล องค์กร และชุมชน พัฒนาและสนับสนุนให้มีนโยบายสาธารณะ หรือมาตรการด้านการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร พัฒนาระบบข้อมูลและการจัดการความรู้ การกำกับติดตามและประเมินผล การสื่อสารรณรงค์และชี้แนะสังคมเพื่อสร้างความเข้าใจและบรรลุเป้าหมายร่วมกัน โดยมีเป้าหมายใน ระยะ 10 ปี เพื่อให้คนวัยทำงานมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จุดเน้นของแผน

1. สนับสนุนการสร้างความเข้มแข็งภาคีเครือข่าย[78]ทั้งในระดับบุคคล และองค์กร (Impact) โดยดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร รวมทั้งการกำหนดบทบาท ทั้งการเป็นศูนย์สนับสนุนด้านวิชาการ ศูนย์เรียนรู้หรือแหล่งเรียนรู้องค์กรสุขภาวะ หน่วยประสานงาน รวมทั้งวางแนวทางการประสานการทำงานระหว่างเครือข่ายต่างๆ

2.สนับสนุนให้เกิดการขยายผล[79]การดำเนินงานองค์กรสุขภาวะไปสู่ผู้รับประโยชน์และเครือข่าย (Scale up) โดยเน้นการขยายฐานผู้รับประโยชน์ทั้งระดับบุคคลและองค์กรทั้งทางตรงและทางอ้อม อาทิ บุคลากร ชุมชนและองค์กรที่มีศักยภาพและความพร้อมในการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายองค์กรสุขภาวะที่ผ่านมา เพื่อให้การขับเคลื่อนองค์กรสุขภาวะเกิดประโยชน์สูงสุดและเกิดผลเป็นรูปธรรม

3. สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี ของ สสส. (พ.ศ. 2565 – 2574) (Alignment) โดยวางแผนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome) ของแผนหลักของ สสส.ร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานเชิงประเด็นของ สสส. ได้แก่ การรณรงค์เรื่องยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สิ่งเสพติด ส่งเสริมเรื่องการมีโภชนาการที่ดี กิจกรรมทางกาย อุบัติเหตุบนท้องถนน ปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่ รวมทั้งการสนับสนุนให้เกิดการปรับตัวกับวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) และปัจจัยเสี่ยงอื่นตามบริบทขององค์กรภาคีเครือข่าย

4. สนับสนุนให้เกิดกลไกในการขับเคลื่อนงานองค์กรสุขภาวะเพื่อให้เกิดความยั่งยืน (Sustainability) โดยเน้นการทำงานร่วมกับภาคียุทธศาสตร์[80]สำคัญ ในการผลักดันเกิดกลไกเพื่อสนับสนุนการทำงานองค์กรสุขภาวะในระยะยาว อาทิ นโยบายหรือมาตรการที่สนับสนุนการทำงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรทั้งระดับประเทศหรือระดับองค์กร กลไกสนับสนุนการสร้างและพัฒนาศักยภาพนักสร้างสุของค์กรหรือแกนนำนักสร้างสุขรุ่นใหม่ๆ การจัดทำฐานข้อมูลเพื่อสนับสนุนการทำงานในระดับองค์กร รวมทั้งสนับสนุนให้กลไกต่างๆที่เกิดขึ้นมีความเข้มแข็งและสามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่องได้ในระยะยาว

5. สนับสนุนการใช้นวัตกรรม เทคโนโลยี เพื่อสร้างคุณค่าและยกระดับงานสร้างเสริมองค์กรสุขภาวะ (Innovation) เพื่อให้เกิดความรวดเร็ว ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ และแนวทางการดำเนินงานองค์กรสุขภาวะในวงกว้าง

---

[78] ภาคีเครือข่าย (ฉ.) หมายถึง ภาคีที่เป็นหุ้นส่วนในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพร่วมกัน เพื่อบรรลุผลลัพธ์ด้านสุขภาพตามที่ได้ตกลงร่วมกัน (คู่มือนิยามศัพท์ของ สสส.)

[79] การขยายผล (ฉ.) หมายถึง การนำความรู้ ผลงาน ต้นแบบ หรือแนวปฏิบัติที่ดี ไปกำหนดเป็นนโยบาย หรือใช้ในพื้นที่อื่นๆ (คู่มือนิยามศัพท์ของ สสส.)

[80] ภาคียุทธศาสตร์ (ฉ.) หมายถึง บุคคล กลุ่มบุคคล องค์กร หน่วยงาน ที่ร่วมสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการชี้นำสังคม กำหนดทิศทาง หรือมีบทบาทขับเคลื่อนนโยบาย ทิศทางการพัฒนาประเทศ (คู่มือนิยามศัพท์ของ สสส.)

เป้าหมายในการดำเนินงานปี 2566

1. ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ 75)

1.1 ร่วมกับภาคีเครือข่ายองค์กรสุขภาวะผลักดันให้เกิด ร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย หรือมาตรการ หรือแผนปฏิบัติงาน หรือแนวทางการดำเนินงานที่สนับสนุนให้เกิดการขยายผลงานองค์กรสุขภาวะระดับประเทศ จำนวน 1 เรื่อง

1.2 การขยายผลองค์กรสุขภาวะ (Happy workplace) ตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี สสส. ในเครือข่าย จำนวน 800 องค์กร

1.3 การพัฒนาหลักสูตรที่สนับสนุนการทำงานสร้างเสริมสุขภาวะองค์กร สำหรับการเรียนรู้ออนไลน์ จำนวน 1 หลักสูตร

1.4 หน่วยงานวิชาการเพื่อสนับสนุนการทำงานสร้างเสริมสุขภาวะตามบริบทองค์กร จำนวนไม่น้อยกว่า 2 แห่ง

1.5 สำรวจและจัดทำข้อมูลสุขภาวะข้าราชการและบุคลากรกรุงเทพมหานคร จำนวน 1 ชุดข้อมูล

2. ตัวชี้วัดร่วม (น้ำหนักร้อยละ 25)

2.1 การนำชุดความรู้หรือกระบวนการด้านสุขภาวะทางปัญญาไปใช้ในบริบทการทำงานองค์กรสุขภาวะ อย่างน้อย 1 องค์กรเครือข่าย

2.2 การนำชุดความรู้ด้าน NCDs หรือกระบวนการด้านอาหารเพื่อสุขภาวะ ไปใช้ในบริบทการทำงานองค์กรสุขภาวะ อย่างน้อย 1 องค์กรเครือข่าย

2.3 การขยายผลและส่งต่อชุดความรู้/ชุดเครื่องมือส่งเสริมให้สถานประกอบการที่เป็นมิตรกับครอบครัว (Family Friendly Workplace) อย่างน้อย 2 ชุดเครื่องมือ ได้แก่ แนวปฏิบัติสำหรับสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัวที่มีเด็กเล็ก และครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ ไปยังเครือข่ายองค์กรสุขภาวะที่สนใจพัฒนาในมิติ Happy Family โดยบูรณาการร่วมกับแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว

วัตถุประสงค์

1. สนับสนุนให้องค์กรมีนโยบายสาธารณะ มาตรการ หรือแผนงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งในระดับภาคีที่กำกับดูแลยุทธศาสตร์และระดับองค์กร
2. ส่งเสริมให้เกิดองค์ความรู้ งานวิชาการ ที่สนับสนุนการทำงานสร้างเสริมสุขภาวะประเด็นต่างๆในองค์กร ตลอดจนฐานข้อมูลองค์กรสุขภาวะเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน
3. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่าย และการสร้างเครือข่ายภายในและระหว่างกลุ่มองค์กร
4. สนับสนุนการพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
5. สนับสนุนการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

แนวทางการดำเนินงาน

1. กลุ่มเป้าหมาย

1.1 กลุ่มองค์กรภาคสาธารณะ ครอบคลุมบุคลากร ครอบครัวและผู้รับบริการในองค์กรข้าราชการ บุคลากร ครอบครัวและกลุ่มนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัย และพระสงฆ์ พุทธบริษัทสี่ และชุมชนที่เกี่ยวข้องในองค์กรพระพุทธศาสนา

1.2 กลุ่มองค์กรภาคเอกชน ครอบคลุมบุคลากร ครอบครัว และชุมชนที่เกี่ยวข้องในกลุ่มภาคเอกชนที่แสวงหากำไร อันได้แก่ สถานประกอบการ ภาคอุตสาหกรรม การค้าและบริการ ทั้งขนาดใหญ่ วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม และกลุ่มภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร เช่น องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรการกุศล หรือองค์กรสาธารณประโยชน์

2. ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

2.1 สร้างเสริมศักยภาพเครือข่ายองค์กรสุขภาวะและสนับสนุนนโยบายด้านการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตขององค์กรที่เอื้อต่อการเป็นองค์กรสุขภาวะ

2.2 พัฒนาให้เกิดองค์กรสุขภาวะและสนับสนุนองค์กรให้เป็นฐานรองรับการสร้างเสริมสุขภาวะตามยุทธศาสตร์ของ สสส.

2.3 ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในองค์กรให้ตระหนักถึงความสำคัญด้านการสร้างคุณภาพชีวิตของบุคลากรในองค์กรและการมีสุขภาพที่ดี

2.4 สนับสนุนชุดความรู้ นวัตกรรม การจัดการความรู้ที่ใช้ขับเคลื่อนงานองค์กรสุขภาวะที่มีการนำไปใช้ขยายผลในองค์กร

2.5 ส่งเสริมการสื่อสารประชาสัมพันธ์งานองค์กรสุขภาวะในภาคีเครือข่ายองค์กรสุขภาวะและผู้ที่เกี่ยวข้อง

ภาคีหลัก

1. กลุ่มองค์กรภาคสาธารณะ เช่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มข้าราชการพลเรือน เครือข่ายกองทัพ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม ศูนย์คุณธรรม (องค์การมหาชน)

2. กลุ่มองค์กรภาคเอกชน เช่น สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย สมาคมการจัดการงานบุคคลแห่งประเทศไทย สมาคมบริษัทจดทะเบียนไทย ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย กลุ่มอุตสาหกรรมไฟฟ้าอิเล็กทรอนิกส์และโทรคมนาคมไทย กลุ่มอุตสาหกรรมแฟชั่น กลุ่มอุตสาหกรรมบรรจุภัณฑ์ กลุ่มอุตสาหกรรมเครื่องเรือนและเฟอร์นิเจอร์ สถานประกอบการภาคธุรกิจ และเครือข่ายแรงงานสัมพันธ์

3. กลุ่มวิชาการ เช่น สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร เป็นต้น

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภาคสาธารณะ	65.50
กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภาคเอกชน	62.00
การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	2.50
รวม	**130.00**

9. แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

1. สถานการณ์ และแนวโน้มที่เกี่ยวข้อง

การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (Physical Inactivity) เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ 1 ใน 5 ปัจจัยเสี่ยงหลักร่วมกับ พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และการสัมผัสกับมลภาวะทางอากาศ ซึ่งนำไปสู่การเจ็บป่วย และเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ(Non-communicable Diseases : NCDs) ของทั่วโลก และเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย องค์การอนามัยโลกระบุว่า โรคไม่ติดต่อเป็นอาการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ไม่มีสาเหตุมาจากเชื้อก่อโรค อันนำไปสู่การเกิด 5 โรคหลัก ได้แก่ โรคทางเดินหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคทางจิตเวช โรคดังกล่าวอาจมีส่วนหนึ่งมาจากพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และที่สำคัญเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้เสียงชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ร้อยละ 75 หรือ 320,000 คนต่อปี คิดเป็นอัตราตายด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ชั่วโมงละ 37 คน[1] กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ก่อผลกระทบทางเศรษฐกิจทั้งในเรื่องของภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และผลิตภาพของประชากรที่สูญเสียไป ประเทศไทยมีการประเมินความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจาก กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ใน 4 กลุ่มโรคหลัก(ไม่รวมภาวะทางสุขภาพจิต) พบว่า ในปีพ.ศ.2552 มีมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งสิ้น 198,512 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 2.2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ หรือคิดเป็นมูลค่า 3,128 บาทต่อหัวประชากร[2]

การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยองค์การอนามัยโลกแนะนำว่า *ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางอย่างน้อย 150-300 นาทีต่อสัปดาห์ หรือระดับหนักอย่างน้อย 75-150 นาทีต่อสัปดาห์ ขณะที่ประชากรวัยเด็ก (อายุ 5-17 ปี) ควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางถึงหนักอย่างน้อยเฉลี่ย 60 นาทีต่อวัน เด็กทารกและเด็กปฐมวัย (อายุ 0-4 ปี) ควรมีกิจกรรมทางกายหลากหลายประเภทในทุกระดับความเข้มข้น โดยที่เด็กทารก (อายุต่ำกว่า 1 ปี) ควรมีกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวันในท่าคว่ำ เด็กปฐมวัย (อายุ 1-2 ปี) ควรมีกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 180 นาทีต่อวัน และเด็กปฐมวัย (อายุ 3-4 ปี) ควรมีกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 180 นาทีต่อวัน โดยมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางถึงหนักอย่างน้อย 60 นาทีต่อวัน*[3]

สถานการณ์กิจกรรมทางกายระดับประเทศตลอด 9 ปีที่ผ่านมา ผลจากการติดตามและเฝ้าระวังโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สสส. และกระทรวงสาธารณสุขแสดงให้เห็นว่าภาพรวมระดับประเทศทิศทางการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อัตราการเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละประมาณร้อยละ 1.03 โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น คือ จากร้อยละ 66.3 ในปี 2555 (ปีฐานของการสำรวจ) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 74.6 ในปี 2562 (ก่อนสถานการณ์โควิด-19) อย่างไรก็ตาม ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในปี 2563 ด้วยข้อจำกัดในการใช้ชีวิตดังที่เคยเป็นตามปกติ ส่งผลให้ระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของคนไทยในภาพรวมลดลงเหลือเพียง ร้อยละ 54.3 โดยต่อมาในปี 2564 ระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของคนไทยในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากปีก่อนเล็กน้อย เป็นร้อยละ 63.0 ซึ่งเป็นผลจากการที่ สสส. และภาคีเครือข่ายร่วมรณรงค์ส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่บ้าน (Fit from Home)

เมื่อพิจารณาสถานการณ์พฤติกรรมเนือยนิ่งของประชากรไทย จะพบว่าในช่วงปี 2555-2564 พฤติกรรมเนือยนิ่งของประชากรไทยอยู่ที่ประมาณ 13 ชั่วโมงต่อวันมาโดยตลอด แต่ในปีพ.ศ. 2564 ที่มีการ

แพร่ระบาดของโควิด-19 อยู่ที่ 14 ชั่วโมง 27 นาทีต่อวัน หลักฐานยืนยันที่ชัดเจนคือ อัตราการใช้อินเทอร์เน็ตจากทุกเครือข่ายในประเทศไทยในช่วงเวลาดังกล่าวที่เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20 เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงปกติ มีความเป็นไปได้ว่า 10 ปีข้างหน้า ระยะเวลาเฉลี่ยพฤติกรรมเนือยนิ่งของคนไทยอาจเพิ่มสูงขึ้นถึง 15 ชั่วโมง ซึ่งอาจจะนำมาสู่อุบัติการณ์ของโรค NCDs ในประเทศไทยมากยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม แม้ผลจากการดำเนินงานในช่วงที่ผ่านมา (ระหว่างปี 2555-2562) เมื่อพิจารณาจากระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรทุกกลุ่มวัยอยู่ในระดับที่สูงเกินกว่าร้อยละ 70 นับเป็นหนึ่งในผลสำเร็จของการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องของแผนฯ และภาคีเชิงยุทธศาสตร์ ทว่าจากสถานการณ์ที่ไม่เอื้ออำนวยทั้งในแง่ของมลภาวะทางอากาศจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM 2.5 ในช่วงปลายปี 2562 รวมถึงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของประชากรตั้งแต่ช่วงต้นปี 2563 นับเป็นอุปสรรคที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมนันทนาการ การออกกำลังกายและการเล่นกีฬากลางแจ้งอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

2. ความสอดคล้องกับแผนระดับสากลและระดับชาติ

แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายมีความสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับโลก (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)

ทั้งนี้เมื่อเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้เผยแพร่ข้อมูลผ่านการประชุมและเอกสาร “Fair Play: Building a strong physical activity system for more active people” ได้ชี้ให้เห็นข้อมูลเชิงสถานการณ์ของความเหลื่อมล้ำในการมีกิจกรรมทางกายที่เกิดขึ้นกับกลุ่มประชากรต่าง ๆ ในระดับสากล เช่นเดียวกันกับข้อมูลของศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เกิดข้อค้นพบในทิศทางเดียวกัน พบว่า กลุ่มประชากรวัยเด็กและเยาวชน ผู้หญิง กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย NCDs กลุ่มผู้พิการ รวมถึงกลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจและการทำงานจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่มีความชัดเจนว่าปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มีส่วนสำคัญในการกำหนดความเหลื่อมล้ำทางด้านกิจกรรมทางกายที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไข เพื่อให้ประชากรทุกกลุ่มวัยมีโอกาสในการได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพออย่างเท่าเทียม

แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย สสส. ร่วมขับเคลื่อนแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับชาติ พ.ศ. 2561-2573 ซึ่งเป็นแผนระดับชาติ จึงสอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน ได้แก่ 1.ส่งเสริมกิจกรรมทางกายทุกกลุ่มวัย 2.ส่งเสริมกิจกรรมทางกายทุกพื้นที่ และ3.พัฒนาระบบสนับสนุน ซึ่งแผนระดับชาตินี้มีความสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการระดับโลก ขององค์กรอนามัยโลก ทั้งยังที่ความสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) ซึ่งเป็นแผนหลักของการพัฒนาประเทศและเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน รวมทั้งการปรับโครงสร้างประเทศไทย 4.0

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

1) กิจกรรมทางกาย (Physical Activity) หมายถึง การเคลื่อนไหวของร่างกายโดยกล้ามเนื้อโครงร่าง (Skeletal Muscles) ที่ทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานที่ส่งผลต่อสุขภาพ (ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก) แบ่งได้เป็น 3 ระดับตามการใช้แรงกาย 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

2) พฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary Behavior) หมายถึง กลุ่มของพฤติกรรมในขณะตื่น ที่มีการใช้พลังงานต่ำในระดับ ≤1.5 METs มักเกิดขึ้นระหว่างการนั่ง หรือเอนนอน เช่น การนั่งหน้าจอโทรทัศน์หรือคอมพิวเตอร์นานเกินไป การนั่งทำงานนานเกินไป ในระดับสากลใช้เกณฑ์การมีพฤติกรรมเนือยนิ่งติดต่อกันเกิน 2 ชั่วโมง ถือว่ามีความเสี่ยงต่อสุขภาพ และเมื่อสะสมทั้งวันแล้ว ไม่ควรเกินกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน

3) สิ่งแวดล้อมสรรค์สร้างหรือพื้นที่สุขภาวะ (Built Environment or Healthy Space) หมายถึง เงื่อนไขทางกายภาพที่เป็นสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้าง ทั้งในบริเวณเปิดโล่งและในอาคาร ซึ่งเกี่ยวข้องกับการผังเมือง ระบบขนส่งสาธารณะ การใช้ประโยชน์พื้นที่ทั้งในพื้นที่สาธารณะ พื้นที่เอกชน รวมไปถึงสถานที่ทางธรรมชาติ ที่ได้รับการออกแบบ หรือการจัดการเพื่อสนับสนุนการสร้างโอกาสการมีกิจกรรมทางกายอย่างเท่าเทียมภายใต้กฎระเบียบข้อตกลงร่วมกัน อาทิ สนามเด็กเล่น ทางเท้า พื้นที่ชุมชน หรือพื้นที่อุทยานทางธรรมชาติ เป็นต้น

4) เมืองที่เอื้อต่อการเดินและการใช้จักรยาน (Walkable & Cyclable City) - เมือง/ ชุมชนที่มีนโยบายส่งเสริมการเดิน และการใช้จักรยานในชีวิตประจำวันของประชาชน ด้วยการออกแบบและจัดการทั้งด้านกายภาพ เช่น ระบบการคมนาคม ความปลอดภัย ความสะดวก ความสวยงาม และการจัดการด้านสังคมวัฒนธรรม เช่น ความรู้สึกมีส่วนร่วม อัตลักษณ์ของพื้นที่

5) กิจกรรมกีฬาที่ปลอดเหล้าปลอดบุหรี่ หมายถึง กิจกรรมการแข่งขันกีฬาทั้งระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับท้องถิ่น ที่ประกาศใช้มาตรการปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ใน และรอบสนามกีฬา โดยมีการสื่อสารรณรงค์ไปถึงกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ชมกีฬา (ทั้งที่ชมในสนามและชมจากการถ่ายทอดทางสื่อ) ผู้เล่นกีฬา กรรมการตัดสิน ผู้สนับสนุน ผู้จัด และชุมชนรอบสนามกีฬา

จุดเน้นของแผน

แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย มีการกำหนดทิศทางการดำเนินงานให้เป็นไปตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ของ สสส. และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ระดับชาติ พร้อมทั้งจากสถานการณ์ปัจจุบัน ที่ประชากรไทยทุกกลุ่มวัยมีระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอลดลง ร่วมกับพฤติกรรมเนือยนิ่งสูงขึ้น แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายในช่วง 5 ปี (2566-2570) จึงมีเป้าหมายที่สำคัญเพื่อฟื้นฟูระดับการมีกิจกรรมทางกายของคนไทยทุกช่วงวัยและทุกระดับให้กลับคืนมาโดยกำหนดค่าเป้าหมายใน

การทำงานอ้างอิงตามค่าเป้าหมายทั้งในระดับชาติ และนานาชาติตามข้อตกลงที่ประเทศไทยตกลงไว้ในสนธิสัญญาและแผนเชิงยุทธศาสตร์ต่าง ๆ รวมไปถึงกระตุ้นการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของคนไทย โดยมุ่งเน้นการทำงานให้มีความสอดคล้องและสนับสนุนการปรับตัวต่อชีวิตวิถีใหม่ของประชาชนหลังสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 และเตรียมพร้อมสู่การใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดี โดยกำหนดจุดเน้นการดำเนินงานปี 2566 ที่สอดคล้องทิศทางระยะ 10 ปี และ 5 ปี ของแผนฯ รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ส่งเสริมการรณรงค์สร้างการรับรู้ ความตระหนัก และค่านิยมในระดับสาธารณะด้านการมีกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพในสังคมไทย โดยเน้นการสื่อสารรณรงค์เพื่อสร้างการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายผ่านทางการสื่อสารในระดับสาธารณะ การสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อและช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและได้ผลในระดับกว้าง เพื่อทำให้ประชาชนมองเห็นถึงคุณค่าและประโยชน์ทั้งทางตรงและทางอ้อมของการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ก่อให้เกิดบรรยากาศ ค่านิยมและวัฒนธรรมของสังคมที่ให้ความสำคัญกับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ

2. ส่งเสริมการเผยแพร่และขยายผลแนวทางการมีกิจกรรมทางกายหลังยุคโควิด-19 ของคนทุกกลุ่ม โดยเน้นให้เกิดการเผยแพร่และการถ่ายทอดองค์ความรู้ ชุดความรู้ ตลอดจนแนวทางการมีกิจกรรมทางกายที่สอดคล้องกับบริบทของวิถีชีวิตหลังยุคโควิด-19 ผ่านช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิผลทั้งในแง่การรณรงค์ การให้ความรู้ในทุกระดับ เพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายของคนทุกกลุ่มอย่างครอบคลุมและเท่าเทียม

3. หนุนเสริมการขยายผลแนวทางการจัดมหกรรมกีฬามวลชนสุขภาพที่มีมาตรฐาน ปลอดภัย ปลอดโรค เพื่อรองรับวิถีชีวิตใหม่ (Next Normal) โดยเน้นการสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคีผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดมหกรรมกีฬามวลชนเพื่อสุขภาพในการนำใช้และขยายผลแนวทางการจัดการที่เป็นมาตรฐาน ปลอดภัย ปลอดโรค อันจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ส่งเสริมกิจกรรมทางกายได้เพิ่มมากขึ้น

4. สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาและดำเนินการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชนไทย อย่างเป็นระบบและครอบคลุมบริบททั้งที่บ้าน โรงเรียน และชุมชน โดยจุดเน้นที่สำคัญคือพัฒนางานวิจัย องค์ความรู้นวัตกรรม การรณรงค์สื่อสาร และเครื่องมือวัดผล รวมทั้งการสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือของภาคีและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผลักดันให้เกิดยุทธศาสตร์ นโยบาย กลยุทธ์ ของครอบครัว สถานศึกษา ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และชุมชน เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนหรือแม้กระทั่งเด็กเล็กต่ำกว่า 5 ปี ได้มีโอกาสในการมีกิจกรรมทางกายทั้งแบบมีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้าง รวมถึงการลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง

5. จุดประกายให้ชุมชุนเป็นผู้ริเริ่มในการออกแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับประชากรกลุ่มที่มีการเคลื่อนไหวน้อยในชุมชนของตนอย่างเสมอภาค และให้ความสำคัญกับกระบวนการความร่วมมือของทุกภาคส่วนในชุมชน โดยเน้นให้หน่วยงาน องค์กร และทุกภาคส่วนในระดับชุมชนเป็นผู้ริเริ่มในการสร้างสรรค์ ออกแบบ ร่วมลงทุนและดำเนินการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่มีความเหมาะสมกับความต้องการและบริบทแวดล้อมของชุมชนตนเอง เริ่มตั้งแต่ในเรื่องของการให้ความรู้ความเข้าใจ การสร้างบรรยากาศในชุมชน การพัฒนาพื้นที่สุขภาวะ การส่งเสริมกิจกรรมและบริการทางสุขภาพที่สนับสนุนการมีกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ มีการวิเคราะห์และให้ความสำคัญกับกลุ่มประชากรที่เป็นกลุ่มเคลื่อนไหวน้อย อาทิ เด็กและเยาวชน ผู้หญิง กลุ่มผู้ป่วย NCDs กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ รวมถึงกลุ่มอื่นๆ ที่มีการเคลื่อนไหวน้อยในพื้นที่

6. ส่งเสริมการพัฒนา ขยายผลต้นแบบสถานประกอบการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง โดยในเน้นการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อสร้างต้นแบบ ตลอดจนกระบวนการ และกลไกการขยายผลต้นแบบสถานประกอบการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง ที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้พนักงาน หรือบุคลากร ในหน่วยงานได้มีโอกาสในการมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมด้านสุขภาพ เกิดการดำเนินการในการสร้างพื้นที่ที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย และมีกิจกรรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสมตามบริบทของการทำงาน โดยผู้บริหารและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายขององค์กร

7. พัฒนาพื้นที่สาธารณะที่ประชาชนเข้าถึงได้ สานพลังการพัฒนาต้นแบบพื้นที่ขนาดเล็กละแวกบ้านเพื่อรองรับการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตวิถีใหม่ (Next Normal) รวมถึงการยกระดับการออกแบบเมืองเพื่อสนับสนุนการเดินเท้าและปั่นจักรยาน โดยเน้นประสานความร่วมมือระหว่างภาคีนโยบาย วิชาการและประชาสังคม โดยให้การสนับสนุนข้อมูลประกอบการตัดสินใจ และนวัตกรรมต้นแบบที่มีประสิทธิผล เพื่อร่วมหารือและดำเนินการให้เกิดการออกแบบพัฒนาต้นแบบพื้นที่สาธารณะขนาดเล็กในละแวกบ้านในรูปแบบที่เหมาะสมกับพื้นที่ การปรับสภาพและลักษณะเชิงกายภาพของเมืองเพื่อสนับสนุนการเดินเท้าและปั่นจักรยาน ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงและเพิ่มโอกาสการมีกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพของประชากรอย่างครบมิติ

8. ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการออกแบบและผลักดันนโยบายสาธารณะในระดับประเทศด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพและลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ร่วมกับหน่วยงานหลักทั้งในและนอกภาคสุขภาพ โดยเน้นการร่วมกำหนดประเด็นทางนโยบายอย่างมีส่วนร่วม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อยืนยันประสิทธิผลของนโยบาย การพัฒนากระบวนการผลักดันเชิงนโยบายเพื่อให้สามารถนำสู่การดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม

9. พัฒนาระบบสนับสนุน และนวัตกรรมเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง โดยสนับสนุนให้เกิดระบบเฝ้าระวังสถานการณ์ ฐานข้อมูลสารสนเทศด้านกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมทางสุขภาพในมิติที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนนวัตกรรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่มีความคุ้มค่า รวมไปถึงการพัฒนากลไกผลักดันให้เกิดนโยบาย มาตรการ การขยายผลนโยบาย และการติดตามประเมินผลการทำงานตามตัวชี้วัด ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

เป้าหมายในการดำเนินงานปี 2566

1. ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ 75)

1.1 เกิดต้นแบบหรือรูปแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและวัยรุ่นอย่างเป็นระบบครอบคุลมบริบททั้งบ้าน โรงเรียน และชุมชน อย่างน้อย 2 รูปแบบ (ในบริบทเมืองและชนบท) และ 1 รูปแบบที่มีหน่วยงานหรือชุมชมร่วมขยายผล

1.2 เกิดการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ลดพฤติกรรมเนือยนิ่งเพื่อลดและป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อในกลุ่มวัยทำงาน อย่างน้อย 1 กรณี

1.3 เกิดการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านพื้นที่สุขภาวะ อย่างน้อย 1 กรณี

1.4 เกิดความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการวางแผนการจัดกิจกรรมรณรงค์รูปแบบชีวิตใหม่ที่มีมาตรฐานความปลอดภัยในการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างค่านิยมในระดับสาธารณะในการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ไม่น้อยกว่า 3 กิจกรรมต้นแบบ (ขนาดใหญ่ กลาง เล็ก)

2. ตัวชี้วัดร่วม (น้ำหนักร้อยละ 25)

นำใช้ข้อมูลนวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อดำเนินการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาวะทั้ง 4 มิติ และสนับสนุนการทำงานเชิงพื้นที่ องค์กร กลุ่มประชากร และระบบบริการสุขภาพ (อย่างน้อย 1 ครั้ง/ 1 พื้นที่)

วัตถุประสงค์

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

แนวทางการดำเนินงาน

1. กลุ่มเป้าหมาย

1.1 กลุ่มเป้าหมายตามช่วงวัย ได้แก่ เด็กปฐมวัย (ต่ำกว่า 5ปี) เด็กและวัยรุ่น (5-17 ปี) วัยผู้ใหญ่ (18-59) ปี และวัยผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ซึ่งหมายรวมไปถึงประชากรกลุ่มเฉพาะที่มีความเปราะบางตามช่วงวัย อาทิ กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง (NCDs) กลุ่มคนพิการ ผู้มีรายได้น้อย เป็นต้น

1.2 กลุ่มเป้าหมายเชิงพื้นที่การดำเนินงาน (setting) ได้แก่ บ้าน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สถานศึกษา สถานประกอบการ ศาสนสถาน พื้นที่ละแวกบ้าน พื้นที่ชุมชน พื้นที่ย่านเมือง และพื้นที่สาธารณะอื่นๆ รวมไปถึงพื้นที่ออนไลน์

2. ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

1. การสนับสนุนภาคีภาคนโยบาย ประชาสังคม และวิชาการในการเร่งรณรงค์ เพื่อสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก และการทราบถึงประโยชน์ของการมีกิจกรรมทางกายทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อให้เกิดบรรทัดฐานของสังคมที่กระฉับกระเฉงไม่เนือยนิ่ง
2. การส่งเสริมและทำงานร่วมกับภาคีเชิงยุทธศาสตร์ระดับกระทรวงเพื่อยกระดับแนวทางการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในวิถีชีวิตแบบ Next Normal ในประชากรทุกกลุ่ม
3. การพัฒนาและขยายผลต้นแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในพื้นที่ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชากรทุกกลุ่มวัย เพื่อให้เกิดโอกาสในการเข้าถึงและมีประสบการณ์ตรงในการมีกิจกรรมทางกายในระดับวิถีชีวิต

4. การสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบสนับสนุนการทำงานด้านส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในแง่มิติของฐานข้อมูล งานวิจัย นวัตกรรม กลไกการขับเคลื่อนนโยบาย รวมถึงการวิเคราะห์และจัดการความเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงและอุบัติการณ์ในสังคม

3. แนวทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ปี พ.ศ. 2565

แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ให้มีความเหมาะสมและรองรับกับชีวิตวิถีใหม่แบบ Next Normal โดยกำหนดให้มี **ยุทธศาสตร์ 3 Actives** ขึ้นเพื่อเป็นยุทธศาสตร์หลักในการทำงานด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยยุทธศาสตร์ดังกล่าวมุ่งเน้นให้เกิดผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินงานให้สนับสนุนและสอดคล้องกับห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcomes) ตามเป้าหมาย 10 ปีของ สสส. โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

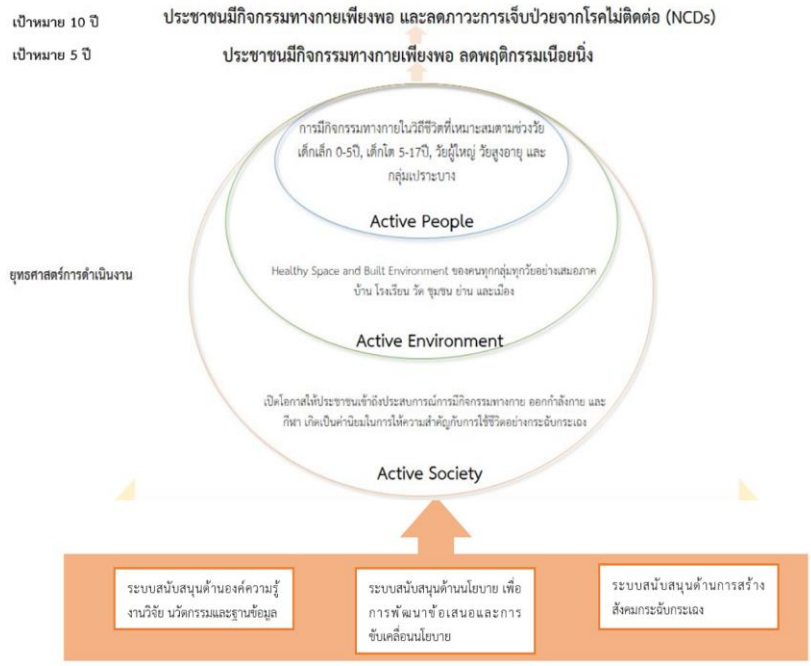
1) Active People: ส่งเสริมให้คนกระฉับเฉง ผ่านการส่งเสริมความรู้ ความตระหนัก และโอกาสเพื่อให้บุคคลทุกกลุ่มและทุกช่วงวัย มีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ โดยส่งเสริมและกระตุ้นปัจจัยภายในตัวบุคคลให้มีความรอบรู้ทางกาย (Physical Literacy) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการออกแบบและสร้างโอกาสในการมีกิจกรรมทางกายในวิถีชีวิตที่เหมาะสมตามช่วงวัย

2) Active Environment : สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย เป็นการจัดปัจจัยกระตุ้นจากภายนอก (extrinsic factor) มุ่งเน้นการจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย ไม่ว่าจะเป็นการจัดการสภาพแวดล้อมในโรงเรียนทั้งโปรแกรมการเรียนการสอน สภาพแวดล้อม ฯลฯ การส่งเสริมการสัญจรที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉงสำหรับประชากรทุกกลุ่ม การสร้างผังเมืองที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายและนันทนาการ การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในสถานที่ทำงาน และการจัดการสภาพแวดล้อมในชุมชนให้ประชาชนเข้าถึงการส่งเสริมกิจกรรมทางกายได้อย่างเท่าเทียมและทั่วถึง

3) Active Society: สังคมกระฉับกระเฉง เป็นการสร้างค่านิยมของสังคมที่เห็นและเข้าใจถึงประโยชน์ของการมีกิจกรรมทางกาย และการยกระดับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดบรรทัดฐานของสังคมที่กระฉับกระเฉงไม่เนือยนิ่ง โดยการสรรสร้างปัจจัยเอื้อและสนับสนุนให้เกิดการเชื่อมต่อระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยสภาพแวดล้อมภายนอกอย่างเหมาะสมตามบริบทสังคม กระทั่งกลายเป็นสังคมสุขภาวะ (Healthy Society) ที่มีการรับรู้ ทราบถึงประโยชน์ และค่านิยมในการให้ความสำคัญกับการใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉงไม่เนือยนิ่ง

ขณะเดียวกัน เพื่อเป็นการสนับสนุนให้กระบวนการทำงานตามประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ข้างต้นประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายจึงได้มีการออกแบบ**ระบบสนับสนุน (Active System)** ที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบสารสนเทศ 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

กลุ่มแผนงาน

ประกอบด้วย 4 กลุ่มแผนงาน ได้แก่

1. กลุ่มแผนงานส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันตามกลุ่มวัย
2. กลุ่มแผนงานส่งเสริมพื้นที่และปัจจัยแวดล้อมสุขภาวะที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย
3. กลุ่มแผนงานทุนอุปถัมภ์กีฬา
4. กลุ่มแผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs)

มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

1. กลุ่มแผนงานส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันตามกลุ่มวัย

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

1) พัฒนาชุดความรู้ งานวิชาการ และนวัตกรรม ที่พร้อมเผยแพร่ เพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ฟื้นฟูสภาพจิตใจ แบบชีวิตวิถีใหม่(Next Normal) โดยเน้นการส่งเสริมโปรแกรมเต็มรูปแบบในโรงเรียนเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายในกลุ่มวัยเด็ก, กลุ่มวัยผู้ใหญ่เน้นการป้องกันการเกิดโรคจากการทำงาน (office syndrome) และการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงานเพื่อรองรับการพัฒนาเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก

Eastern Economic Corridor (EEC) ในกลุ่มวัยสูงอายุเน้นการมีกิจกรรมทางกายเพื่อคงระดับความยืดหยุ่นทางกายลดการพลัดตกหกล้ม และในกลุ่มเปราะบางเพื่อการมีกิจกรรมทางกาย เพื่อสร้างเสริมสุขภาพทั้งยังช่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจ

2) พัฒนาชุดความรู้กิจกรรมทางกายที่เชื่อมโยงกับการลดรอยโรคที่เกี่ยวข้อง ป้องกันโรคและลดความรุนแรงของไม่ติดต่อ ให้คนมีวิถีชีวิตสุขภาวะ (Healthy Lifestyle)

3) พัฒนาเครื่องมือสำรวจ และวัดผล ระบบการติดตามประเมินผล ฐานข้อมูลทางวิชาการ ฐานข้อมูลสุขภาพระดับบุคคล ด้านกิจกรรมทางกายและสุขภาพของประชาชนไทย ที่นำมาใช้ประโยชน์ต่อการดำเนินยุทธศาสตร์ของแผนฯ เพื่อสร้างเป็นมาตรฐานร่วมในหน่วยงานยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง อาทิ การสำรวจการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทยทุกกลุ่มวัย และการวัดผลตอบแทนทางสังคมของการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

การขับเคลื่อนสังคม

1) รณรงค์สร้างความตระหนักในความสำคัญ และเผยแพร่ความเข้าใจประเด็นการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันรูปแบบชีวิตวิถีใหม่ เพื่อสร้างกระแสและค่านิยมการมีกิจกรรมทางกายในวิถีชีวิตให้เกิดขึ้นในสังคม ด้วยการสนับสนุน องค์ความรู้ กิจกรรม และการสื่อสารรณรงค์อย่างกว้างขวาง โดยกำหนดยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายที่จำแนกตามกลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มวัยเด็ก กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มวัยสูงอายุ รวมไปถึงประชากรกลุ่มเปราะบาง

2) สนับสนุนกลุ่ม หน่วยงาน องค์กร ชุมชนและท้องถิ่น ให้เป็นภาคีร่วมขับเคลื่อนการออกแบบและดำเนินงานกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสอดคล้องกับกลุ่มวัยต่าง ๆ ในพื้นที่ (Settings) ตามยุทธศาสตร์ของแผน การขับเคลื่อนนโยบาย เน้นการเชื่อมประสานหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องในการร่วมขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ร่วมกับหน่วยงานหลักสำคัญ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงมหาดไทย หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน เป็นต้น

โครงการหลัก

ประกอบด้วย อาทิ โครงการวิจัยเพื่อสร้างสรรค์ต้นแบบกิจกรรมทางกาย และลดพฤติกรรมเนือยนิ่งในยุคชีวิตวิถีใหม่ในทุกกลุ่มเป้าหมายหลัก โครงการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเพื่อส่งเสริมโอกาสการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โครงการศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย โครงการพัฒนาข้อเสนอหรือมาตรการนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกายกลุ่มวัยทำงาน โครงการรณรงค์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายส่งเสริมการเดิน โครงการพัฒนาข้อเสนอและการขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายของประเทศไทย การวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม (SROI) ในประเด็นการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ฯลฯ

2. กลุ่มแผนงานส่งเสริมพื้นที่สุขภาวะที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

1) พัฒนาเครือข่ายนักวิชาการพื้นที่สุขภาวะร่วมกับ สถาบันวิชาการ สมาคมวิชาชีพด้านผังเมือง สถาปัตยกรรม และสิ่งแวดล้อม โดยมุ่งการจัดการองค์ความรู้ และกลไกการจัดการองค์ความรู้ด้านพื้นที่สุขภาวะจากบทเรียนประเทศไทย เพื่อวางแผนไปสู่การยกระดับความร่วมมือกับหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง

2) ขับเคลื่อนกระแสสังคม และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานโดยหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการจัดการพื้นที่หรือโครงสร้างทางกายภาพที่เอื้อต่อการเดิน และใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน

3) ผลักดันหน่วยงานระดับท้องถิ่น ให้มีการจัดการพื้นที่สุขภาวะเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน สำหรับกลุ่มผู้ด้อยโอกาส หรือกลุ่มคนที่เข้าไม่ถึงการบริการ เพื่อลดช่องว่างของความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ

โครงการหลัก

ประกอบด้วยโครงการหลัก อาทิ โครงการฐานข้อมูลและกลไกการขับเคลื่อนพื้นที่สุขภาวะเพื่อส่งเสริมการเดิม การพัฒนาต้นแบบพื้นที่สุขภาวะระดับชุมชน ระดับย่านในเขตเมืองที่เข้าถึงได้ร่วมกับองค์การอนามัยโลก การบูรณาการงานพื้นที่สุขภาวะร่วมกับแผนฯ และหน่วยงานต่างๆ ในการร่วมพัฒนาพื้นที่สุขภาวะในเขตเมือง โดยใช้องค์ความรู้ เครื่องมือ และตัวอย่างของแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ฯลฯ

3. กลุ่มแผนงานทุนอุปถัมภ์กีฬา

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

1) สนับสนุนกิจกรรมกีฬาให้เป็นกีฬาปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ และสนับสนุนพื้นที่ในและรอบบริเวณสนามกีฬาให้ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ตามกฎหมาย โดยใช้กลไกทุนอุปถัมภ์กีฬาและการสื่อสารรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักในกลุ่มเป้าหมาย

2) สนับสนุนกิจกรรมกีฬา (Mass Sport Participation) ให้เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนเพื่อสร้างสังคมสุขภาวะและค่านิยมให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยออกกำลังกายและเล่นกีฬาเพื่อสุขภาพ

3) แสวงหาองค์กรพันธมิตรร่วมทุน (Co-sponsorship) ในการขับเคลื่อนกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และกีฬาที่ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่

โครงการหลัก

ประกอบด้วยโครงการหลัก อาทิ โครงการทุนอุปถัมภ์กีฬาระดับชาติ โครงการทุนอุปถัมภ์กีฬาระดับภูมิภาคและจังหวัด โครงการสนับสนุนความร่วมมือกับสมาคมกีฬาที่ร่วมรณรงค์ให้เป็นกีฬาปลอดเหล้าปลอดบุหรี่ ค่ายผู้นำเยาวชน โครงการสนับสนุนกิจกรรมกีฬาตามนโยบายของรัฐบาล โครงการสื่อสารรณรงค์ส่งเสริมค่านิยมกีฬาปลอดเหล้าปลอดบุหรี่ ฯลฯ

4. กลุ่มแผนงานควบคุมกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs)

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

1) เชื่อมประสาน บูรณาการการทำงานกับสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ซึ่งเป็นองค์กรหลักในระบบสุขภาพที่รับผิดชอบงานด้านการควบคุมโรคไม่ติดต่อ

2) พัฒนาชุดความรู้ที่เกี่ยวข้องกับอิทธิพลของ ๕ ปัจจัยเสี่ยง ที่ส่งผลก่อให้เกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อ

3) สื่อสารรณรงค์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชนทั่วไป ประชาชนในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อ

โครงการหลัก

ประกอบด้วยโครงการหลัก อาทิ โครงการความร่วมมือของประเทศไทยภายใต้กรอบองค์การอนามัยโลกประจำปี ค.ศ. 2017 – 2021 (WHO-RTG CCS on NCDs 2017-2021) โครงการยกระดับขยายวง การ

สร้างเสริมสุขภาพ ลดเสี่ยง และป้องกันโรคไม่ติดต่อด้วยทีมหมอครอบครัว และ โครงการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลนโยบายส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยโปรแกรม OneHealth Tool ฯลฯ

ภาคีหลัก

1. หน่วยงานภาครัฐระดับชาติ และท้องถิ่น ที่มีนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงคมนาคม การกีฬาแห่งประเทศไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร ฯลฯ

2. องค์กรกีฬาภาครัฐ และเอกชนที่ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ อาทิ สมาคมกีฬาระดับชาติและระดับจังหวัด หน่วยงานกีฬาภาครัฐ สมาพันธ์และชมรมกีฬาเพื่อสุขภาพ สมาคมสื่อมวลชนกีฬา ฯลฯ

3. สถาบันวิชาการ หน่วยงานวิจัย และภาคประชาสังคม ที่ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย อาทิ สถาบันการพลศึกษา สถาบันวิชาการด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา สถาบันวิชาการด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู เทคนิคการแพทย์ ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK) เครือข่ายการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ สื่อมวลชนด้านสุขภาพและกีฬา กลุ่มวิชาชีพทางการแพทย์ กลุ่มวิชาชีพด้านอาหารและโภชนาการ กลุ่มวิชาชีพด้านการออกแบบและการผังเมือง เครือข่ายสิ่งแวดล้อม เครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ ฯลฯ

4. เครือข่ายสากลด้านกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน อาทิ International Society for Physical Activity and Health (ISPAH), Global Advocacy for Physical Activity (GAPA), Prince Mahidol Award Foundation, Active Living Research, International Society for Behavioral Nutrition and Physical Activity (ISBNPA), Global Report Card on Physical Activity, World Cycling Alliance (WCA), Japan Sport Association (JSPO), ASEAN University Network – Health Promotion Network (AUN-HPN), Active Healthy Kids Global Alliance ฯลฯ

5. เครือข่ายที่ร่วมขับเคลื่อนการป้องกันโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม อาทิ หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต และสำนักปลัดกระทรวงฯ เป็นต้น) กระทรวงอื่นๆ เครือข่าย Asian University Network-Health Promotion Network (AUN-HPN) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานสถิติแห่งชาติ ศูนย์วิจัยและวิชาการ (ด้านกิจกรรมทางกาย อาหาร บุหรี่ เหล้า) สมาพันธ์เครือข่าย NCDs แห่งประเทศไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) ฯลฯ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
กลุ่มแผนงานส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน	95.00
กลุ่มแผนงานส่งเสริมพื้นที่และปัจจัยแวดล้อมสุขภาวะที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย	65.00
กลุ่มแผนงานทุนอุปถัมภ์กีฬา	30.00
กลุ่มแผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs)	20.00
งานบูรณาการและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	7.00
การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	3.00
รวม	**220.00**

10. แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา

สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

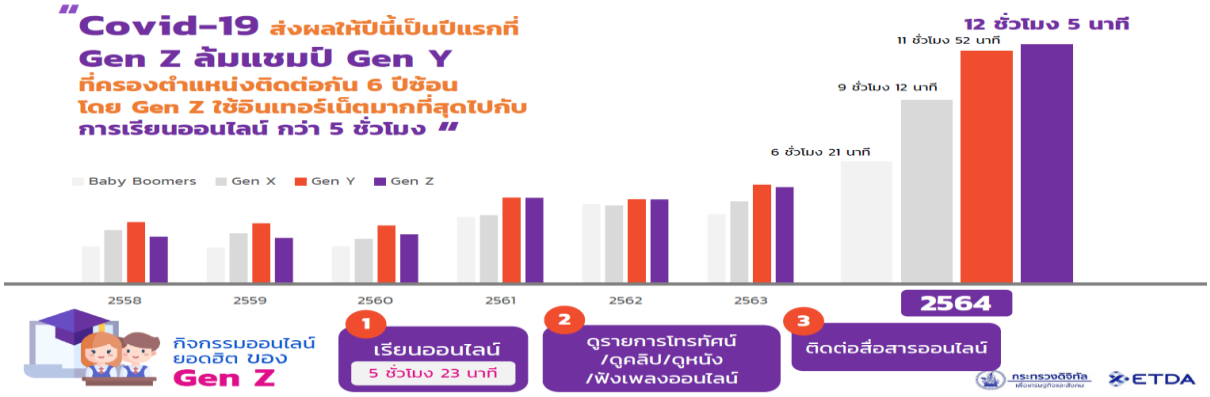
ท่ามกลางภูมิทัศน์สื่อที่เปลี่ยนแปลงอย่างพลิกผันอันเกิดจากการพัฒนานวัตกรรมทางด้านดิจิทัลเทคโนโลยีซึ่งเป็นประสบการณ์ใหม่ของคนในสังคม ขณะเดียวกันก็สร้างผลกระทบต่อวิถีชีวิตของผู้คน และแสดงผลให้เห็นชัดเจนมากยิ่งขึ้นอย่างเช่น สภาพเสมือน “ดาบสองคม” ของสื่อยุคใหม่ที่เพิ่มพลังอำนาจให้แก่ทุกคนในการเรียนรู้ พัฒนาตนเอง และเข้าร่วมมีบทบาทในการกำหนดความเป็นไปของสังคม นำไปสู่การเสริมสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือระหว่างคนจำนวนมากที่มีแนวคิดและความสนใจร่วมกันได้แบบไร้พรมแดน สะดวก รวดเร็ว โดยทำลายอุปสรรคด้านพื้นที่และเวลา (space & time) อันเป็นข้อจำกัดของโลกกายภาพได้อย่างสิ้นเชิง แต่ขณะเดียวกัน ปัญหาจากการขาดระบบกำกับควบคุมและกลไกเฝ้าระวังเนื้อหาด้านลบในสื่อดิจิทัลยังส่งผลกระทบที่รุนแรง ขณะที่ประชาชนยังขาดทักษะเท่าทันสื่อสมัยใหม่ (Media Information and Digital Literacy - MIDL) และความรอบรู้การใช้สื่อเพื่อสุขภาวะ (health literacy) ร่วมด้วยปัญหาความขัดแย้งแบ่งขั้วแบ่งฝ่าย ความขัดแย้งทางความคิดของผู้คนแต่ละช่วงวัย อันส่งผลต่อความสัมพันธ์ในสถาบันครอบครัว ความเหลื่อมล้ำทางสังคมและสุขภาพ ปัญหา "ช่องว่างทางดิจิทัล" (digital divide) ซึ่งเป็นความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงสารสนเทศและความรู้ ตลอดจน วิถีการเรียนรู้ของคนไทยที่ก้าวไม่ทันการเปลี่ยนแปลงของโลกในศตวรรษที่ 21

ในสภาพปัญหาและความไม่สมดุลในระบบสื่อที่นำไปสู่ความเสี่ยงต่อสุขภาวะดังกล่าว คนไทยยังถูกเร่งให้เข้าไปสู่ระบบนิเวศสื่อที่ตนเองไม่รู้เท่าทันและเสี่ยงต่อการถูกคุกคามโดยยากจะหลีกเลี่ยง เพราะความจำเป็นที่ต้องรักษาระยะห่างทางสังคมเพื่อป้องกันการติดโรคระบาด

ในปี 2565 ประเทศไทยได้ก้าวสู่ *“สังคมสูงวัยสมบูรณ์”* โดยมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ในอัตราร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมด นอกจากนี้ ยังปรับเปลี่ยนไปสู่การเป็น *“สังคมพหุวัฒนธรรม”* อย่างรวดเร็ว ทั้งในโลกกายภาพและโลกออนไลน์

“ชีวิตวิถีใหม่” (new normal) ที่ผลักดันให้คนไทยทุกวัยต้องดำเนินกิจวัตรแทบทุกด้านผ่านช่องทางสื่อออนไลน์ ทั้งด้านการเข้าถึงสวัสดิการต่าง ๆ ของรัฐ การเรียนหนังสือ การทำงาน การจับจ่ายใช้สอย และสันทนาการ ส่งผลให้จำนวนคนไทยที่ใช้อินเทอร์เน็ตในปี 2565 สูงยิ่งกว่าที่เคยเป็นมา คือสูงถึง 64 ล้านคน หรือ ร้อยละ 85 ของประชากรทั้งหมด คนทุกวัยใช้เวลาในสื่อนี้มากขึ้น เฉลี่ย 10 ชั่วโมง 36 นาทีต่อวัน โดยเด็กและเยาวชนใช้เวลาเฉลี่ย 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ขณะที่ปกติไม่ควรเกิน 16 ชั่วโมงต่อสัปดาห์[81] กลุ่ม “เจน Z” ซึ่งเกิดระหว่างปี 2540-2555 (อายุ 10-25 ปี) เป็นกลุ่มที่ใช้เวลากับสื่อออนไลน์มากที่สุด

[81] สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2565). *รายงานสุขภาพคนไทย 2565*.



สภาพที่เกิดขึ้นกับระบบสื่อในยุคที่เทคโนโลยีสื่อและการสื่อสารเดิมถูกแทนที่ด้วยนวัตกรรมใหม่ (media disruption) ไม่เพียงพลิกโฉมอุตสาหกรรมสื่อ แต่ยังพลิกวิธีการใช้สื่อและส่งผลต่อวิถีชีวิตของคนทุกวัยอย่างลึกซึ้ง จากการทำให้คนทุกวัยกลายเป็น **ผู้ผลิตสื่อ ผู้ใช้สื่อ และผู้เผยแพร่สื่อ (User Generated Content - UGC)** ที่สามารถพลิกบทบาทและสร้างผลกระทบต่อตนเองและคนอื่น ๆ ได้ภายในเวลาเพียงเสี้ยววินาที อย่างไรก็ตาม คนทุกวัยยังไม่ตระหนักรู้และเท่าทันถึงสถานภาพใหม่ พลังอำนาจ และความเสี่ยงดังกล่าว

ปัจจุบันคนไทยทุกวัยจึงดำเนินกิจวัตรอยู่ในระบบนิเวศสื่อที่ขาดสมดุลและเสี่ยงต่อสุขภาวะทุกมิติ ทั้งที่ผู้อื่นสร้างและที่ตนเองสร้างขึ้นโดยไม่ทันรู้ตัว ขณะที่กลไกกำกับดูแลความปลอดภัยในระบบสื่อที่เต็มไปด้วยความเสี่ยงดังกล่าวยังก้าวตามความเปลี่ยนแปลงไม่ทัน และทำงานแบบแยกส่วนขาดการเชื่อมต่อ จนไม่สามารถแจ้งเตือนภัย ปกป้องผู้ใช้สื่อ หรือจัดการกับผู้ที่ละเมิดจริยธรรมในระบบสื่อได้อย่างทั่วถึงและเท่าทันสถานการณ์ จนทำให้เกิดการแพร่ระบาดของข้อมูลเท็จ (infodemic), การใช้ถ้อยคำรุนแรงนำไปสู่ความเกลียดชัง (hate speech) การกลั่นแกล้ง (cyber bullying) การล่อลวง บ่อนพนันออนไลน์ สื่ออนาจาร สินค้าผิดกฎหมายและเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

ในระบบนิเวศสื่อที่เป็นอยู่ดังกล่าว กลุ่มเด็ก เยาวชน และผู้สูงวัยเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการถูกคุกคามมากที่สุด โดยเด็กอายุ 9-12 ปี เคยพบการกลั่นแกล้งในโลกออนไลน์ (cyber bullying) โดยเป็นทั้งผู้กระทำและเป็นเหยื่อจากการถูกกระทำโดยไม่รู้ตัว เคยถูกกลั่นแกล้งผ่านโลกออนไลน์ ร้อยละ 42 กลั่นแกล้งเพื่อนในโลกออนไลน์ ร้อยละ 26 เคยเห็นภาพโป๊เปลือย และเว็บไซต์การพนัน ร้อยละ 83[82] ผลการสำรวจเด็กวัย 6-18 ปี จำนวนกว่า 15,000 คน พบว่า ร้อยละ 61 มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเกมออนไลน์ เพราะเล่นเกมมากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน[83] ในปี 2564 คนไทยเกือบครึ่งมีประสบการณ์ถูกหลอกลวงในช่วง 1 ปีและประมาณ 2 ใน 5 ตกเป็นเหยื่อ การใช้โทรศัพท์เพื่อหลอกลวงมากกว่า 6.4 ล้านครั้ง และการหลอกลวงออนไลน์เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ โดยกลุ่มผู้สูงอายุเป็นเหยื่อที่มีมูลค่าความเสียหายสูงกว่าคนทุกช่วงวัย[84] และ ร้อยละ 16 ของผู้สูงอายุรู้ตัวว่าเคยถูกหลอกลวงจากการเปิดรับสื่อ[85]

---

[82] ศรีดา ตันทะอธิพานิช. (2563). *การสำรวจสถานการณ์เด็กไทยกับภัยออนไลน์ ประจำปี 2563*. กรุงเทพฯ.

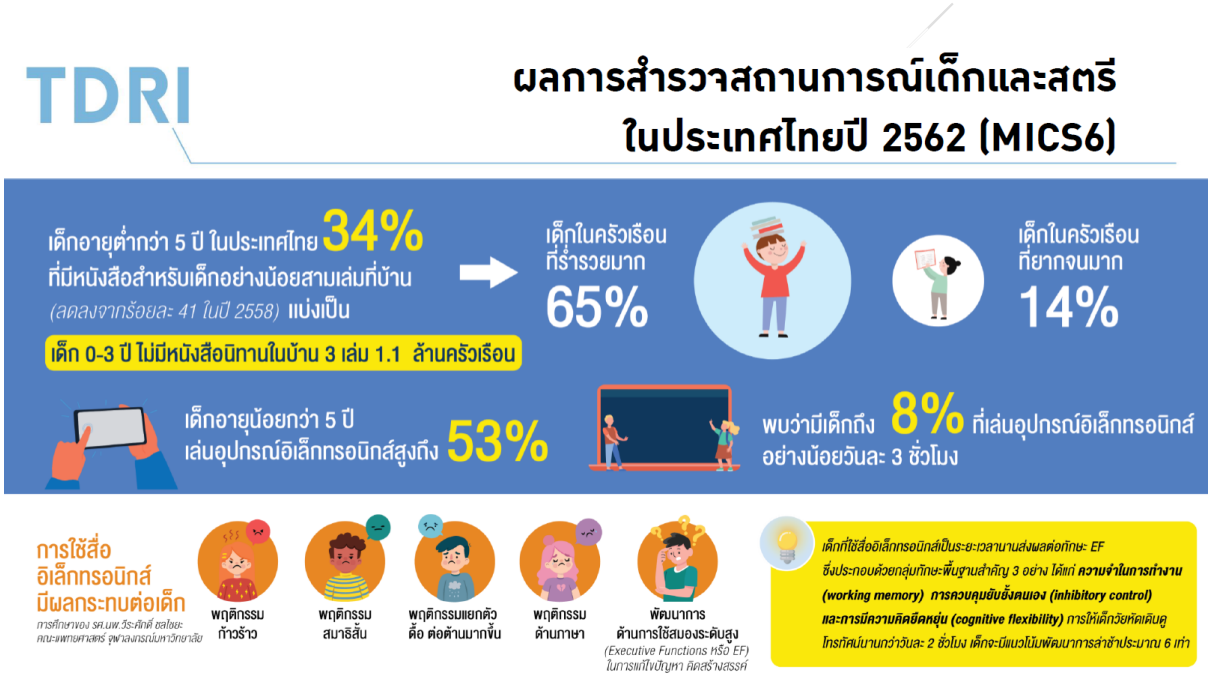
[83] อ้างแล้วใน 1

[84] สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2565). *รายงานภาวะสังคม ไตรมาสหนึ่ง ปี 2565.*

[85] ศูนย์วิชาการด้านการรู้เท่าทันสื่อผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหิดล (2565). ผลสำรวจสถานการณ์และผลกระทบการใช้สื่อของผู้สูงอายุไทย. เอกสารเผยแพร่ข้อมูลสำคัญ (fact sheet).

พฤติกรรมการใช้สื่อของคนไทยมุ่งเพื่อแสวงหาความบันเทิงมากกว่าเพื่อการเรียนรู้ โดยผู้ใช้อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 80.6 ระบุว่า ใช้ด้านความบันเทิง[86] เว็บไซต์ที่คนไทยเข้าชมมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ Google, YouTube, Facebook, Pantip และ Shopee คำสืบค้น (keyword) ที่คนไทยใช้ค้นหาใน 5 อันดับแรกคือ ***"หนัง หวย แปล ผลบอล และเพลง"*** คนไทยติดอันดับสองของโลก ในการเล่นวีดิโอเกมจากทุกอุปกรณ์ ติดอันดับหนึ่งของโลกในการซื้อสินค้าออนไลน์เป็นประจำทุกสัปดาห์ ขณะที่ใช้สื่อออนไลน์วิดีโอเพื่อการศึกษาต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของโลก[87] นอกจากนี้ ยังพบว่าบ่อนพนันออนไลน์เติบโตแบบก้าวกระโดด คนร่วมเล่นพนันออนไลน์เพิ่มขึ้น ร้อยละ 136 วงเงินพนันออนไลน์เพิ่มขึ้นมากกว่าสี่เท่าตัวใน 400 เว็บไซต์พนันออนไลน์

รายงานขององค์การยูเนสโก องค์การยูนิเซฟ และธนาคารโลก ที่เผยแพร่ในเดือนเมษายน 2565 ระบุว่าจากการปิดโรงเรียนอย่างต่อเนื่องในช่วงการแพร่ระบาดโควิด-19 ทำให้การเรียนรู้ถดถอย (learning loss) ทักษะขั้นพื้นฐานในทุกมิติที่เด็ก ๆ ได้สะสมไว้กำลังหายไป ลืมวิธีการอ่านและเขียน บางคนจำไม่ได้แม้แต่ตัวอักษร โดยเฉพาะในครอบครัวยากจนและอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ซ้ำเติมสภาพปัญหาการขาดโอกาสเรียนรู้ที่มีอยู่เดิม เช่น ผลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรี 2562 โดย สำนักงานสถิติแห่งชาติและองค์การยูนิเซฟ พบว่าเด็ก 0-3 ปี จำนวนสูงถึง 1.1 ล้านครัวเรือน ที่ยังไม่มีหนังสือสำหรับเด็กอย่างน้อย 3 เล่มในบ้าน

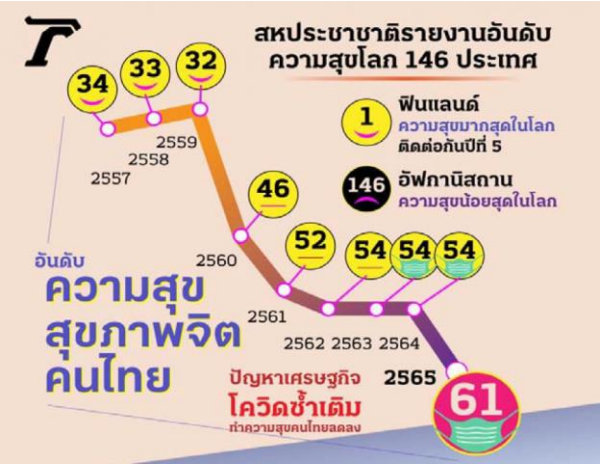


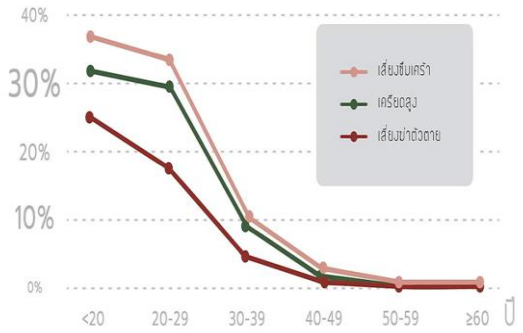
ด้านสุขภาวะทางปัญญา รายงาน World Happiness Report 2022 ระบุว่า ไทยเป็นประเทศที่มีความสุขลดลงมาเป็นอันดับที่ 61 จาก 146 ประเทศ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า ปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีพลังใจลดลง โดยคนไทยวัยแรงงานจำนวนมากอยู่ในสภาพหมดไฟ ไร้ความสุข โดยในปี 2565 มีผู้ที่ลาออกจากงานมากกว่า 7.7 หมื่นราย ข้อมูลสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ระบุว่า ผู้ใช้บริการ**วัยแรงงานจำนวนมากขอรับบริการเรื่องความเครียด วิตกกังวล ไม่มีความสุขในการ**

[86]อ้างแล้วใน 1

[87] GWI.com. ข้อมูลการสำรวจผู้ใช้อินเทอร์เน็ตช่วงอายุระหว่าง 16-64 ปี.

ทำงาน[88] **ขณะที่** ข้อมูลจากสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ยังชี้ให้เห็นว่า เยาวชนเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มเครียดสูงขึ้นมาก และสูงกว่าในกลุ่มวัยทำงานถึง 4 เท่า ขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุระบุว่า การเปิดรับสื่อในยุคปัจจุบันส่งผลกระทบเชิงลบในลักษณะของการเกิดความเครียดวิตกกังวลเพิ่มขึ้น เกิดความทุกข์ใจเพราะอยากได้อยากมีมากขึ้น เกิดอคติต่อกลุ่มที่เห็นแตกต่างจากตนมากขึ้น และมีความเบื่อหน่ายต่อสังคมเพิ่มขึ้น[89]





สถานการณ์จากการระบาดของโควิด-19 ที่ดำเนินมายาวนานกว่า 2 ปี ก่อผลกระทบต่อจิตใจของคนทุกวัย นับตั้งแต่การเสียชีวิตจากโควิด-19 ของสมาชิกในครอบครัว ส่งผลทั้งต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจสังคม รวมทั้ง สร้างบาดแผลและความเปราะบางให้แก่จิตใจของผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ จากการเผชิญกับความสูญเสียคนที่รัก ผูกพันอย่างฉับพลัน มาตรการเว้นระยะห่างเพื่อป้องกันโรคที่ทำให้ลดการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมายาวนาน และเศรษฐกิจที่ฝืดเคืองและจะดำเนินไปในทิศทางถดถอยลง เป็นเหตุให้คนจำนวนมากรู้สึกโดดเดี่ยวเครียด เศร้าหมอง สิ้นหวัง ซึ่งส่งผลต่อสภาพจิตใจในระยะยาวได้ และหากเป็นครอบครัวยากจนด้อยโอกาสจะยิ่งซ้ำเติมความทุกข์ให้ทวีขึ้น ขณะที่การเรียนออนไลน์ที่บ้านยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของเด็กและเยาวชน จนผู้เชี่ยวชาญต้องออกคำแนะนำให้ผู้ปกครองเรียนรู้และปรับตัวไปพร้อมกับเด็ก และมีวิธีสื่อสารเชิงบวกเพื่อไม่ให้บั่นทอนกำลังใจและสร้างความกดดันหรือเพิ่มความเครียดให้กับเด็ก เพราะอาจส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีปัญหาสุขภาพจิตได้ นอกจากนี้ การส่งเสริมการเรียนรู้ในช่องทางอื่น ๆ เช่น ชวนลูกอ่านหนังสือร่วมกัน พาลูกไปช่วยเหลือเพื่อนบ้านหรือชุมชนใกล้เคียง เช่น บริจาคสิ่งของที่จำเป็น หรือบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ตามกำลังที่ทำได้ เป็นต้น จะช่วยให้เด็กได้เรียนรู้และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น[90]

อย่างไรก็ตาม ในช่วงเวลาวิกฤติพบว่ามีความพยายามในการปรับตัวเพื่อฟื้นฟูสังคมให้คืนสู่ความเป็นปกติสุขผ่านวิถีสุขภาวะทางปัญญา เช่น การฟื้นฟูประเพณีทางศาสนาและวัฒนธรรมเพื่อเยียวยาและจรรโลงใจ

---

[88] **พงษ์ศักดิ์ ธงรัตนะ, ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2565).** *"แรงงานไทย ยื่น 'ลาออก' กว่า 7.7 หมื่นราย พบ 87% เครียด ทำงานไร้ความสุข"*. สืบค้น 15 มิถุนายน 2565. จาก กรุงเทพธุรกิจออนไลน์.

[89] อ้างแล้วใน 1

[90] อ้างแล้วใน 1

ในยามเผชิญความทุกข์และสิ้นหวัง รวมทั้ง การรวมตัวของคนในสังคมลุกขึ้นมาช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ได้รับผลกระทบจากวิกฤติในสถานการณ์ครั้งนี้ผ่านพ้นปัญหา โดยมีการริเริ่มช่องทางและวิธีการใหม่ ๆ ในการระดมทรัพยากรและความร่วมมือเพื่อช่วยเหลือบรรเทาความทุกข์ยากอย่างทันท่วงทีและทั่วถึง โดยนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ นับเป็นสถานการณ์เชิงบวกที่เกิดขึ้นในสังคมท่ามกลางวิกฤติและมีโอกาสสร้างคุณค่าและต่อยอดการขับเคลื่อนให้ปฏิบัติการเพื่อสร้างจิตสำนึกใหม่เพื่อการฟื้นฟูสังคมให้เติบโตงอกงามในสังคมไทยต่อไป

ผลการดำเนินงานที่สำคัญของแผน 10 ในช่วงที่ผ่านมา ระหว่างปี 2561 – 2565

ได้เกิดต้นทุนการทำงานทั้งระดับบุคคล ชุมชน พื้นที่ปฏิบัติการ เครื่องมือ องค์ความรู้ และการขับเคลื่อนกลไกเชิงนโยบายที่จะต่อยอดสู่การทำงานในปี 2566 ได้แก่

1) เกิดนักสื่อสารสุขภาวะที่มีสมรรถนะสูง สามารถสื่อสารหรือดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ ชุมชน กายภาพและออนไลน์เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง จำนวนมากกว่า 3,500 คน/ปี รวม 21,955 คน โดยประมาณ 8,700 คน ในจำนวนนี้ ประกอบด้วยเครือข่ายเยาวชน นักสื่อเสียงสุขภาวะ ครู บุคลากรทางสาธารณสุข พระสงฆ์ นักสื่อสารมวลชนท้องถิ่น ผู้สูงอายุ และผู้มีอิทธิพลหรือผู้นำทางความคิด (influencer) ร่วมสื่อสารสร้างการเปลี่ยนแปลงผ่านกิจกรรมหลากหลายรูปแบบตามสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ อาทิ โครงการเยาวชนพลเมืองเท่าทันสื่อร่วมสร้างเมืองของทุกคน พัฒนาศักยภาพและสนับสนุนเด็กเยาวชนได้ใช้ทักษะเท่าทันสื่อ/ทักษะออกแบบฯ ในการเข้าถึงและเข้าใจปัญหาต้นทุนของชุมชนผ่านการสื่อสารและปฏิบัติการด้วยตนเอง การสื่อสารสถานการณ์ปัญหาและประเด็นสุขภาวะเรื่องฝุ่นควัน สุขภาพจิต ปัญหาขยะ อาหารเพื่อสุขภาวะ กิจกรรมทางกาย การช่วยเหลือเยียวยาในภาวะวิกฤติ ฯลฯ และร่วมกับ Influencer พัฒนางานสื่อสารสร้างความตระหนักประเด็นสุขภาวะทางปัญญา การตระหนักรู้ในตนเอง ผู้อื่น และสังคม การดูแลตนเองในระยะท้าย

2) เกิดการพัฒนาเนื้อหา รูปแบบการสื่อสาร และปฏิบัติการทางสังคมที่มุ่งพัฒนาศักยภาพประชาชนทุกช่วงวัย ให้เป็นผู้ใช้และสร้างสรรค์สื่อที่มีทักษะเท่าทันสื่อสารสนเทศและดิจิทัล (MIDL) ความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาวะทางปัญญาที่เป็นต้นแบบในการขับเคลื่อนและสร้างการเปลี่ยนแปลง 39 กรณี และมีหน่วยงานนำต้นแบบกระบวนการไปประยุกต์ใช้ในการสร้างการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ / องค์กร 19 กรณี และในปี 2565 เกิดปฏิบัติการเพื่อตอบสนองการร่วมฟื้นคืนชีวิตและสังคมในภาวะวิกฤติ พร้อมยกระดับสู่การขยายผลเพื่อสร้างผลลัพธ์อย่างก้าวกระโดดผ่านกรณีต้นแบบจากบริบทที่หลากหลายผ่านช่องทางออนไลน์และทางกายภาพ อาทิ ธนาคารหนังสือออนไลน์เพื่อเด็กปฐมวัย, หนังสือนิทานเพื่อเด็กปฐมวัยสื่อสารเรื่องการพลัดพราก จากลา ความตาย ความสูญเสีย, พื้นที่สื่อสารงานด้านศิลปวัฒนธรรมผ่านเรื่องราวของศิลปินชุมชนที่ได้รวมเรื่องเล่าจิตอาสาเพื่อส่งต่อ แนวคิด แรงบันดาลใจ เติมพลังบวก เพื่อฝ่าวิกฤติในช่วงสถานการณ์โควิด ผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์, รายการเพื่อนกันวันติดโควิด พื้นที่ออนไลน์ในการให้ข้อมูลในด้านการป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพจาก โควิด-19 รวมทั้งการดูแลด้านจิตใจสำหรับผู้ป่วยและคนใกล้ชิดในครอบครัว, กิจกรรมสร้างความรู้เท่าทันการสูญเสียแก่สังคมไทยในวิกฤติโควิด 19 ด้วยการเยียวยาจิตใจผู้สูญเสีย (Grief and Bereavement Care)

3) เกิดวิถี ช่องทาง และพื้นที่ เพื่อพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา ที่ผ่านการประเมินผล พบว่า กลุ่มเป้าหมายเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติช่วยโน้มนำให้เกิดการรับฟัง การให้ และจิตอาสาเพื่อเกื้อกูลสังคม มีศักยภาพต่อการขยายผลในหลากหลายกรณี อาทิ กระบวนการเรียนรู้สุขภาวะทางปัญญาเชื่อมโยงการ

ทำงานมิติด้านในของครูในกลุ่มเครือข่ายก่อการครู Mindful Campus พื้นที่พัฒนาสุขภาวะทางปัญญาในมหาวิทยาลัย การเรียนรู้เรื่องการดูแลสุขภาวะระยะท้ายของชีวิต การดูแลใจผู้ป่วยและผู้ดูแล การดูแลใจผู้สูญเสียผ่านกิจกรรมเกมไพ่ไขชีวิต สมุดเบาใจเครื่องมือช่วยสำรวจความต้องการและวางแผนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสำหรับช่วงสุดท้ายของชีวิต สุนทรียสนทนาออนไลน์ การสร้างจิตสำนึกใหม่ผ่านกระบวนการจิตอาสาและการให้เพื่อสร้างวัฒนธรรมการช่วยเหลือเกื้อกูล ของคนในสังคมด้วยการจัดอบรมจิตอาสา และการพัฒนาระบบงานอาสาในสถานพยาบาล การสร้างช่องทางสื่อที่เข้าถึงกระบวนการเรียนรู้เรื่องดูแลแบบประคับประคองผ่านกิจกรรม Life Talk และผลิตภาพยนตร์สั้น “สุขสุดท้าย” Dying Well รวมทั้งการบูรณาการงานสุขภาวะทางปัญญาเข้าสู่ทุกแผน

4) เกิดพื้นที่ปฏิบัติการขับเคลื่อนการสื่อสารเพื่อสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญาอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ไม่ต่ำกว่า 40 จังหวัด รวมทั้งได้พัฒนาพื้นที่ต้นแบบระบบนิเวศการสื่อสารเพื่อสุขภาวะที่พัฒนาเป็นแหล่งเรียนรู้ 27 พื้นที่เกิดกระบวนการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ให้แก่พื้นที่อื่น และในปี 2565 ได้มุ่งพัฒนาพื้นที่ปฏิบัติการสื่อสารสุขภาวะและเฝ้าระวังตรวจสอบสื่ออย่างมีส่วนร่วมในชุมชนกายภาพและออนไลน์ที่มีผลการขับเคลื่อนเป็นรูปธรรมกระจายอยู่ในทุกภูมิภาคของประเทศ เพื่อเป็นพื้นที่สื่อสารประเด็นสุขภาวะชุมชน / จังหวัด พื้นที่ตรวจสอบเนื้อหาข่าวลวงที่เกิดขึ้นในชุมชนมีการพัฒนาทักษะการตรวจสอบข้อมูลให้กับเครือข่ายภาคพลเมืองระดับพื้นที่ อาทิ *จังหวัดอุบลราชธานี* สร้างพื้นที่ในการร่วมตรวจสอบค้นหาข่าวลวงผ่านทาง Open chat ของจังหวัด และเผยแพร่ในเพจ Ubonconnect *จังหวัดเชียงใหม่* โดยมหาวิทยาลัยแม่โจ้ และ*จังหวัดอุตรดิตถ์* โดยมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ ร่วมกันตรวจสอบข่าวในพื้นที่ภาคเหนือ พร้อมจัดทำเป็น infographic เผยแพร่ทางเพจ Cofact-Youth-Network *จังหวัดชลบุรี* โดยมหาวิทยาลัยบูรพา ร่วมค้นหาข่าวลวงในพื้นที่และร่วมหาคำตอบเผยแพร่ในเพจ CC BUU X Cofact และ Corporate Comm. BUU รวมถึงจัดนิทรรศการ CC BUU X Cofact แนะนำวิธีการตรวจสอบข่าวปลอมเพื่อหาข้อเท็จจริง

5) เกิดข้อมูล องค์ความรู้ และเครื่องมือจากการจัดการความรู้ที่นำมาใช้สนับสนุนปฏิบัติการและขับเคลื่อนนโยบาย เพื่อสร้างสรรค์และธำรงรักษาสมดุลของระบบนิเวศสื่อสุขภาวะและสุขภาวะทางปัญญา สามารถนำไปยกระดับและขยายผลได้ 33 กรณี มีองค์กรหรือหน่วยงานนำเครื่องมือไปใช้ขยายผลการทำงาน 24 กรณี ในปี 2565 เกิดองค์ความรู้และเครื่องมือที่นำมาใช้สนับสนุนปฏิบัติการ หรือขับเคลื่อนกลไกเชิงนโยบาย อาทิ การสำรวจสถานการณ์การใช้สื่อของผู้สูงอายุไทย การพัฒนานวัตกรรมเกมออนไลน์เครื่องมือให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ และฝึกทักษะการรู้เท่าทันสื่อด้วยตนเอง นำไปสู่การจัดตั้งศูนย์วิชาการด้านการรู้เท่าทันสื่อของผู้สูงอายุ การพัฒนาและปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการดูแลคุ้มครองเด็กจากภัยออนไลน์ นำไปสู่การสนับสนุนกลไกการทำงานผ่านหน่วยงานส่วนกลางที่มีอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับงานคุ้มครองเด็กจากภัยออนไลน์ทั่วประเทศ การศึกษาวิจัยพัฒนาเครื่องมือวัดสุขภาวะทางปัญญาในกลุ่มนิสิตนักศึกษาและกลุ่มคนวัยทำงาน เพื่อสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาวะทางปัญญาที่ตรงกัน และเป็นเครื่องมือประเมินตนเองเพื่อพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา

6) เกิดการพัฒนาขับเคลื่อนนโยบาย กฎหมาย มาตรการ หรือประกาศของหน่วยงานรัฐทั้งในระดับชาติ จังหวัด และท้องถิ่น ตลอดจนข้อตกลงของสังคมหรือพื้นที่ปฏิบัติการระดับต่าง ๆ อันเป็นปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญของการสนับสนุนกระบวนการสื่อสารเพื่อสุขภาวะ อาทิ *กระบวนการขับเคลื่อนเชิงนโยบายเพื่อพัฒนากลไกเฝ้าระวังข่าวลวง (Fake News)* อย่างมีส่วนร่วมจากองค์กรภาครัฐ องค์กรสื่อ ภาควิชาการและภาคประชาสังคม ภายใต้ชื่อ “Cofact”(Collaborative Fact Checking) อย่างต่อเนื่องโดยมีการประกาศ

เจตนารมณ์ร่วมของภาคีเครือข่าย 39 องค์กรแสดงจุดยืนในการสกัดข่าวลวง ร่วมส่งเสริมและสนับสนุนความร่วมมือซึ่งกันและกัน การทำงานร่วมกับเครือข่ายองค์กรตรวจสอบข่าวสากล (International Fact Checking Network - IFCN) *การขับเคลื่อนกลไกการทำงานคุ้มครองเด็กจากสื่อออนไลน์*เพื่อหนุนเสริมภาครัฐอย่างต่อเนื่องมีหน่วยงานขับเคลื่อนหลัก คือกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เกิดร่างบทบัญญัติว่าด้วยการกระทำผิดต่อเด็กผ่านสื่อออนไลน์ซึ่งผ่านเวทีรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและประชาชนมีการปรับแก้ไข ได้รับความเห็นชอบจากวุฒิสภาอยู่ระหว่างการส่งต่อไปยังคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นและดำเนินการในขั้นตอนต่อไป *การขยายผลและพัฒนาหลักสูตรการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศและดิจิทัลสู่โรงเรียน*ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) อย่างต่อเนื่องจากการส่งมอบคู่มือการจัดการเรียนรู้เพื่อสร้างพลเมืองรู้เท่าทันสื่อสำหรับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายให้กับสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน โดยสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 1 ได้บรรจุแนวทางการเรียนรู้นำไปขยายผลโรงเรียนในสังกัดจำนวน 68 โรงเรียนแล้วนั้นได้มีการต่อยอดขยายผลไปยัง สพม.เขตอื่น ๆ รวมถึงในต่างจังหวัด

จากสถานการณ์และผลการดำเนินงานดังกล่าว ทำให้มองเห็นโอกาสและทิศทางในการขับเคลื่อนงานระยะต่อไป ดังภาพต่อไปนี้

ภาพการวิเคราะห์สถานการณ์ระบบสื่อและสุขภาวะทางปัญญา และโอกาสขับเคลื่อนงานในปี 2566

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

1. ระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ (Healthy Media Ecosystem) หมายถึง ระบบความสัมพันธ์ของคนในฐานะผู้ใช้และผู้สร้างเนื้อหาผ่านองค์ประกอบหลักในระบบการสื่อสาร (ได้แก่ ผู้ส่งสาร ผู้รับสาร สาร และช่องทางการสื่อสาร) กับระบบต่างๆ อาทิ ระบบเศรษฐกิจ ระบบการเมือง ระบบกฎหมาย ระบบสังคมวัฒนธรรม รวมทั้ง ชุมชนทางกายภาพและชุมชนออนไลน์ ที่สร้างการเปลี่ยนแปลงในตัวบุคคลและสังคม ซึ่งเอื้อต่อวิถีชีวิตสุขภาวะ

2. การสร้างระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ หมายถึง การออกแบบ สร้าง หรือจัดการองค์ประกอบในนิเวศสื่อสุขภาวะให้ดำเนินไปอย่างความสมดุล เช่น การพัฒนาคนที่อยู่ร่วมกันในระบบสื่อให้รู้เท่าทันความเปลี่ยนแปลง การมีกลไกจัดการความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะ ผลิตเนื้อหาที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะ การขับเคลื่อนกลไกนโยบายระดับชุมชนและสังคม ซึ่งเอื้อต่อวิถีชีวิตสุขภาวะ เป็นต้น

3. สุขภาวะทางปัญญา (Spiritual Health) หมายถึง ศักยภาพในการเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น เข้าใจชีวิตตามความเป็นจริง มีจิตใจที่มั่นคง นำมาสู่ชีวิตที่สมดุลและมีความสุข เห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับผู้อื่นและธรรมชาติ สามารถดูแลตนเอง ร่วมขับเคลื่อนให้เกิดสังคมที่เกื้อกูล เคารพความแตกต่างหลากหลาย และมีศักยภาพในการฟื้นคืน (resilient society)

4. นักสื่อสารสุขภาวะ หมายถึง ผู้ที่มีสมรรถนะการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศและดิจิทัล มีความรอบรู้ด้านสุขภาวะ เท่าทันตนเอง สามารถสร้างสรรค์กระบวนการสื่อสาร และเป็นผู้สร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดชุมชนหรือสังคมสุขภาวะ ด้วยจิตสำนึกความเป็นพลเมือง (active citizen)

5. เครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะ หมายถึง นักสื่อสารสุขภาวะทั้งในระดับบุคคล กลุ่มคนที่มีการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูล การดำเนินกิจกรรม การสื่อสารโดยมีเป้าหมายร่วมกันในการขับเคลื่อนสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดชุมชนหรือสังคมสุขภาวะ

6. พลเมืองเท่าทันสื่อ หมายถึง ผู้ใช้สื่อทั่วไปในสังคม ที่เกิดความตื่นตัวต่อการใช้และสร้างสื่ออย่างรู้เท่าทัน และการมีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์ระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ

7. การรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล (Media Information and Digital Literacy - MIDL) คือ ความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ วิเคราะห์ ตีความ ตรวจสอบและคิดอย่างมีวิจารณญาณ สามารถประเมินประโยชน์และโทษในการเลือกรับ ใช้ประโยชน์ และสร้างสรรค์สื่อสารสนเทศและดิจิทัลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาวะของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

8.ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) คือ การรับรู้ เข้าถึง เข้าใจ เท่าทันข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และการดูแลสุขภาพด้วยตัวเองจนสามารถนำไปใช้ประโยชน์และเกิดเป็นขีดความสามารถที่จะจัดการสุขภาพของตัวเองและสังคม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา

จุดเน้นของแผน

1. พัฒนาเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะทั้งระดับบุคคล เครือข่าย และคนทุกช่วงวัย ให้มีทักษะเท่าทันสื่อ สารสนเทศและดิจิทัล (MIDL) ให้เป็นผู้ใช้ และสร้างสรรค์สื่อเพื่อร่วมขับเคลื่อนสังคมสุขภาวะ

2. พัฒนากระบวนการสื่อสารสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา บนฐานของการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัล เพื่อพัฒนาพลเมืองเท่าทันสื่อ อย่างมีส่วนร่วม และสร้างสุขภาวะของคนในสังคมหลังวิกฤติโควิด-19 และการก้าวสู่สังคมสูงวัยสมบูรณ์

3. พัฒนาระบบนิเวศสื่อสุขภาวะที่สมดุล ผลักดันให้เกิดกลไกสื่อสารและเฝ้าระวังตรวจสอบสื่อในระดับภูมิภาค บนฐานวัฒนธรรมการใช้สื่อดิจิทัลอันพึงประสงค์

4. บูรณาการงานสุขภาวะทางปัญญากับการสร้างเสริมสุขภาพในมิติอื่น มุ่งสร้างพื้นที่แห่งการรับฟัง ส่งเสริมสังคมที่เกื้อกูล และกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาวะทางปัญญาบนพื้นฐานชีวิตวิถีใหม่

5. สนับสนุนให้เกิดแนวปฏิบัติ มาตรการ หรือกลไกเชิงนโยบายด้านระบบนิเวศสื่อหรือสุขภาวะทางปัญญาทั้งระดับชาติ และท้องถิ่น ที่เอื้อต่อการสร้างสังคมสุขภาวะ โดยดำเนินการร่วมกับภาครัฐ เอกชน ขับเคลื่อนกลไกระดับนโยบายในมิติการทำงานแนวราบและแนวตั้งเพื่อเชื่อมโยงความรับผิดชอบร่วม

เป้าหมายในการดำเนินงานปี 2566

จากเป้าหมายของแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญาในระยะ 5 ปี ที่มุ่งให้ **"กลุ่มเป้าหมายมีการสื่อสารที่เอื้อต่อการสร้างวิถีสุขภาวะ 4 มิติ"** โดยอาศัยตัวกำหนดสุขภาพ 2 ด้าน คือ

(1) การเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมและวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีทักษะเท่าทันสื่อ เท่าทันตนเอง เข้าใจชีวิตและสังคม มีพฤติกรรมที่ส่งเสริมระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ และร่วมขับเคลื่อนให้เกิดสังคมแห่งการเกื้อกูล และเคารพความแตกต่างหลากหลาย บนพื้นฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่เชื่อมโยงกับเป้าหมาย 7+1 ประเด็นตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปีของ สสส.

(2) การเปลี่ยนแปลงเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลง 2 ด้าน ได้แก่

- เกิดระบบนิเวศสื่อที่สมดุล
- เกิดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา

1. ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ 75)

1.1 เกิดเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะที่สามารถร่วมสื่อสารหรือดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ ชุมชนทางกายภาพหรือออนไลน์ อย่างน้อย 5 กรณี

1.2 เกิดการพัฒนาเนื้อหา ช่องทาง กระบวนการสื่อสาร หรือปฏิบัติการทางสังคมเพื่อพัฒนาศักยภาพประชาชนทุกช่วงวัยให้เป็นผู้ใช้และสร้างสรรค์สื่อที่มีทักษะเท่าทันสื่อ สารสนเทศและดิจิทัล (MIDL) ความรอบรู้ทางสุขภาพ และสุขภาวะทางปัญญา อย่างน้อย 5 กรณี

1.3 พัฒนาหรือต่อยอดพื้นที่ปฏิบัติการสื่อสารสุขภาวะหรือพื้นที่เฝ้าระวังตรวจสอบสื่ออย่างมีส่วนร่วมในชุมชน บนพื้นที่ออนไลน์ หรือพื้นที่กายภาพ อย่างน้อย 7 พื้นที่

1.4 กระบวนการ ช่องทาง และพื้นที่ในการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา 5 กรณี ที่กลุ่มเป้าหมายไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 จากการประเมินผล เกิดการเรียนรู้และมีแนวโน้มที่จะเกิดความเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่นและสังคม

1.5 เกิดข้อมูล องค์ความรู้ หรือ เครื่องมือจากการจัดการความรู้ที่ใช้ในการสนับสนุนปฏิบัติการหรือการขับเคลื่อนกลไกเชิงนโยบายให้เกิดการพัฒนานิเวศสื่อสุขภาวะและสุขภาวะทางปัญญาในสังคมอย่างน้อย 5 กรณี

2. ตัวชี้วัดร่วม (น้ำหนักร้อยละ 25)

2.1 ร่วมกับแผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพนำเครื่องมือ/องค์ความรู้/นวัตกรรม เพื่อการเท่าทันสื่อ สารสนเทศและดิจิทัล (เช่นหลักสูตรเท่าทันสื่อ สื่อสร้างสรรค์ Cofact)

เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพ สหวิชาชีพ บุคลากรท้องถิ่น และแกนนำที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ อย่างน้อย 1,000 คน

2.2 การนำชุดความรู้หรือกระบวนการด้านสุขภาวะทางปัญญาไปใช้ในบริบทการทำงานองค์กรสุขภาวะ อย่างน้อย 1 องค์กรเครือข่าย

วัตถุประสงค์

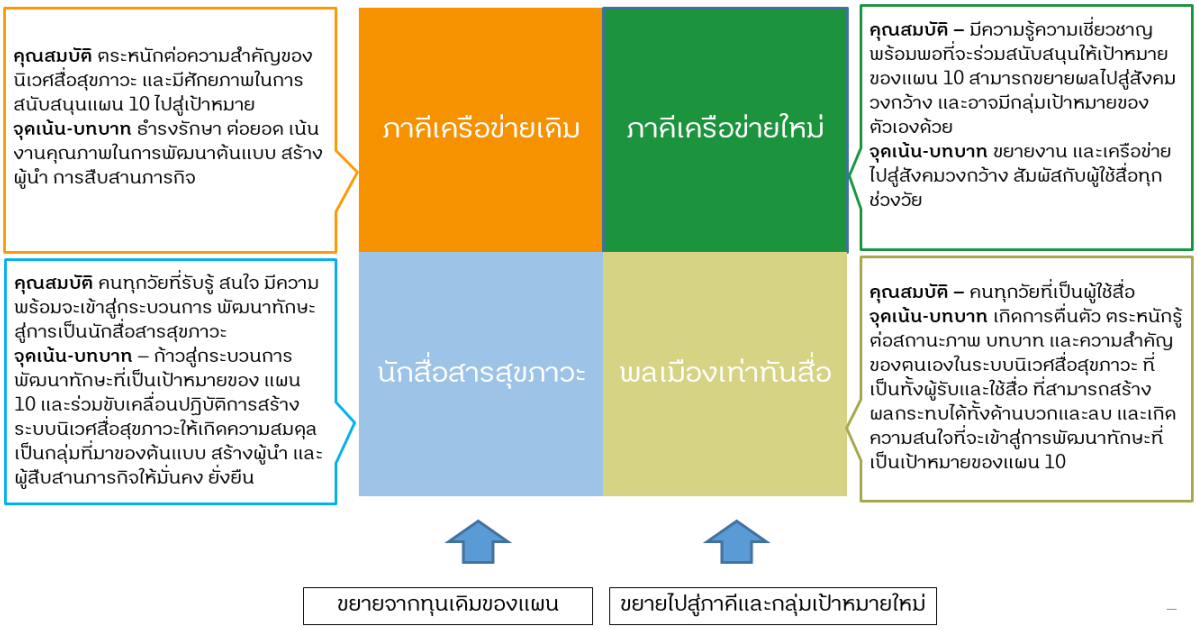
1. เพื่อพัฒนานักสื่อสารสุขภาวะที่นำไปสู่การสร้างเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะและพัฒนาทักษะแก่กลุ่มเป้าหมายทุกช่วงวัย ให้มีบทบาทเป็นทั้ง “ผู้ใช้และผู้สร้างสรรค์สื่อ” ที่ทำให้เกิดสุขภาวะทางปัญญา และสามารถสื่อสารเพื่อขับเคลื่อนสังคมสุขภาวะ สามารถตอบสนองต่อการดำรงชีวิตในยุคศตวรรษที่ 21 และสังคมสูงวัยสมบูรณ์ได้อย่างมีสุขภาวะ
2. เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบนิเวศสื่อสุขภาวะที่สมดุล โดยเกิดกลไกสื่อสารสุขภาวะและเฝ้าระวังตรวจสอบสื่อและข้อมูลสุขภาพในรูปแบบดิจิทัลแพลตฟอร์ม และกลไกเชิงนโยบายด้านระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ ที่สอดคล้องและเท่าทันความเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยี
3. เพื่อสร้างปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ในการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาของกลุ่มเป้าหมายทุกช่วงวัยและร่วมขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะด้วยวิถีและช่องทางพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา
4. เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนและบูรณาการสู่เป้าหมาย 10 ปี ของ สสส. ผ่านกระบวนการสื่อสารในระบบนิเวศสื่อสุขภาวะและกระบวนการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา

แนวทางการดำเนินงาน

1. กลุ่มเป้าหมาย

ในการขับเคลื่อนให้เกิดผลลัพธ์ 2 ด้านดังกล่าว แผนงานได้วิเคราะห์โอกาสในการพัฒนางานจากทุนเดิมและการขยายผลไปสู่ภาคีและกลุ่มเป้าหมายใหม่ระยะ 5 ปีจากนี้ไป ดังภาพต่อไปนี้

ภาพโอกาสในการพัฒนางานจากทุนเดิมและการขยายผลไปสู่ภาคีและกลุ่มเป้าหมายใหม่ระยะ 5 ปี



1) **ภาคีเครือข่าย** ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

   1.1 **ภาคีเครือข่ายเดิม *คุณสมบัติ*** - ตระหนักต่อความสำคัญของระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ และมีศักยภาพในการสนับสนุนแผน 10 ไปสู่เป้าหมาย ***จุดเน้น-บทบาท*** ธำรงรักษา ต่อยอด เน้นงานคุณภาพในการพัฒนาต้นแบบ สร้างผู้นำ การสืบสานภารกิจ

   1.2 **ภาคีเครือข่ายใหม่ *คุณสมบัติ*** – มีความรู้ความเชี่ยวชาญพร้อมพอที่จะร่วมสนับสนุนให้เป้าหมายของแผน 10 สามารถขยายผลไปสู่สังคมวงกว้าง และอาจมีกลุ่มเป้าหมายของตัวเองด้วย ***จุดเน้น-บทบาท*** ขยายงานและเครือข่ายไปสู่สังคมวงกว้าง สัมผัสกับผู้ใช้สื่อทุกช่วงวัย

2) **กลุ่มเป้าหมายในการสร้างความเปลี่ยนแปลง** ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้[91]

   2.1 **นักสื่อสารสุขภาวะ *คุณสมบัติ*** คือ คนทุกวัยที่รับรู้ สนใจ และมีความพร้อมที่จะเข้าสู่กระบวนการพัฒนาทักษะไปสู่การเป็นนักสื่อสารสุขภาวะ ***จุดเน้น-บทบาท*** – ก้าวเข้าสู่กระบวนการพัฒนาทักษะที่เป็นเป้าหมายของ แผน 10 และร่วมขับเคลื่อนปฏิบัติการสร้างระบบนิเวศสื่อสุขภาวะให้เกิดความสมดุล เป็นกลุ่มที่มาของต้นแบบ สร้างผู้นำ และผู้สืบสานภารกิจให้มั่นคง ยั่งยืน

   2.2 **พลเมืองเท่าทันสื่อ *คุณสมบัติ*** – ผู้ใช้สื่อทุกช่วงวัย ***จุดเน้น-บทบาท*** เกิดการตื่นตัว ตระหนักรู้ต่อสถานะภาพ บทบาท และความสำคัญของตนเองในระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ โดยเป็นทั้งผู้รับและใช้สื่อ ที่สามารถสร้างผลกระทบได้ทั้งด้านบวกและลบ และเกิดความสนใจที่จะเข้าสู่การพัฒนาทักษะที่เป็นเป้าหมายของแผน 10 (สามารถส่งต่อไปสู่กลุ่มเป้าหมาย 2.1 ได้)

กลุ่มเป้าหมายของแผน

- **ด้านคุณลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย** ประกอบด้วย 3 กลุ่มหลัก ดังนี้

[91] ดูความหมายของ นักสื่อสารสุขภาวะ และ พลเมืองเท่าทันสื่อ ในนิยามเชิงปฏิบัติการ

1. **กลุ่มผู้มีอิทธิพลทางความคิด** เช่น ผู้มีชื่อเสียง (celebrity) ผู้มีอิทธิพลบนสื่อดิจิทัลทุกระดับ (micro influencer & macro influencer) ผู้นำในสังคม ชุมชนท้องถิ่น ปราชญ์ชาวบ้าน เป็นต้น – มุ่งให้เป็นผู้ร่วมขับเคลื่อนและขยายแนวคิดการสร้างระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ
2. **นักสื่อสารสุขภาวะ** – มุ่งให้เกิดการสร้างระบบนิเวศสื่อสุขภาวะที่สมดุลในพื้นที่หรือเครือข่ายของตนเอง (info surveillance) และสร้างกลไก หรือเชื่อมโยงพื้นที่ (platform) เฉพาะท้องถิ่นและส่วนกลาง รวมทั้ง เผยแพร่สื่อด้านสุขภาวะ *ทั้งนี้ <u>แกนนำด้านการสื่อสารสุขภาพจากแผนอื่น ๆ ของ สสส.</u> สามารถเชื่อมโยงและส่งต่อเป็นกลุ่มเป้าหมายนี้ได้*
3. **ผู้ใช้สื่อทุกช่วงวัย -** มุ่งให้ได้รับการพัฒนาทักษะรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล (MIDL) การคิดวิเคราะห์ ภาวะผู้นำ ทุกช่วงกลุ่มวัย (life-course approach) ด้วยคลังข้อมูลความรู้ (archive) และพื้นที่ (platform) กลาง ในการเรียนรู้ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรมการสื่อสารและเรียนรู้ *ทั้งนี้ <u>แผน 10 ให้ความสำคัญกับประชากรกลุ่มเฉพาะและกลุ่มเปราะบาง</u> ที่ได้รับผลกระทบต่อสุขภาวะจากระบบสื่อ เช่น เด็กและเยาวชน ผู้สูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ เป็นต้น*

ทั้งนี้ การทำงานกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละช่วงวัยมุ่งการเติมช่องว่างที่พบว่าเป็นปัญหาสำคัญ (pain point) ของแต่ละช่วงวัย ดังนี้

- ***กลุ่มช่วงวัยเด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ*** *มุ่งการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล (MIDL)*
- ***กลุ่มช่วงวัยทำงาน*** *มุ่งการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา เพื่อลดปัญหาความเครียด ซึมเศร้า ภาวะหมดไฟในการทำงาน ฯลฯ และเสริมพลังให้เข้ามามีบทบาทร่วมฟื้นคืนสุขภาวะให้แก่สังคมจากวิกฤติโควิด-19*

- **ด้านพื้นที่**

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

2. ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

"นิเวศสื่อสุขภาวะ" เป็นองค์ประกอบสำคัญของการมีสุขภาพดี สมบูรณ์พร้อมทั้ง 4 มิติ เพราะสื่อคือสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นการรับรู้และทัศนะที่จะสร้าง ปรับเปลี่ยนวิธีคิด ความรู้สึก พฤติกรรม ตลอดจนวัฒนธรรมที่เป็นปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาวะของคนที่อาศัยอยู่ในสื่อที่แวดล้อมนั้น **"นิเวศสื่อสุขภาวะ" (healthy media ecosystem)** จึงเป็นระบบการสื่อสารต่าง ๆ ที่เชื่อมต่อกันเป็นปัจจัยแวดล้อมในการดำเนินชีวิตของผู้คนในสังคมไทย มีบทบาทในการสร้างการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อวิถีชีวิตสุขภาวะ

ความเปลี่ยนแปลงของระบบนิเวศสื่อส่งผลต่อสุขภาวะของคนที่อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมนั้น โดยปัจจัยที่มีผลต่อความเปลี่ยนแปลงของระบบนิเวศสื่อจำแนกได้ 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้ใช้สื่อ (2) แพลตฟอร์ม (platform)

หมายถึง สาร (content) ช่องทาง และ เทคโนโลยี (3) ปฏิสัมพันธ์ของสื่อกับองค์ประกอบอื่นในสิ่งแวดล้อม เช่น เศรษฐกิจ การเมือง กฎหมาย สังคม วัฒนธรรมในทุกระดับ และ (4) กลไกการกำกับดูแลนิเวศสื่อ[92]

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

   1.1 นักสื่อสารสุขภาวะ เป็นกลุ่มผู้ใช้สื่อที่ตื่นตัวและพร้อมเข้าสู่กระบวนการพัฒนาที่จัดขึ้นโดยภาคีเครือข่ายของแผน 10 เพื่อให้มีมีสมรรถนะการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศและดิจิทัล มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่าทันตนเอง สามารถสร้างสรรค์กระบวนการสื่อสาร และเป็นผู้สร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดชุมชนหรือสังคมสุขภาวะ ด้วยจิตสำนึกความเป็นพลเมือง (active citizen)

   1.2 พลเมืองเท่าทันสื่อ เป็นกลุ่มผู้ใช้สื่อในวงกว้าง ครอบคลุมทุกช่วงวัย โดยแผน 10 และภาคีเครือข่ายทำหน้าที่จุดประกาย กระตุ้น สนับสนุน เหนี่ยวนำ ให้เข้าร่วมในกิจกรรม ปฏิบัติการ หรือกระบวนการในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างการเรียนรู้ที่จะนำไปสู่การเป็นผู้ใช้และสร้างสื่อที่มีคุณภาพ มีความรอบรู้ทางสุขภาพ และมีส่วนร่วมสร้างสรรค์ระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ

เมื่อเชื่อมโยงนักสื่อสารสุขภาวะและพลเมืองเท่าทันให้เกิดการประสานพลังด้วยการรวมกลุ่ม การสร้างเครือข่ายระหว่างกลุ่ม และเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบทั้งในในพื้นที่กายภาพและพื้นที่สื่อออนไลน์ จะทำให้เกิดปัจจัยที่ส่งผลต่อการสร้างสมดุลในระบบนิเวศสื่อ ให้เอื้อต่อสุขภาวะ ทั้งจากสถานะของผู้ใช้และสร้างสื่อที่มีคุณภาพ และในสถานะของ "พลเมือง" ที่ร่วมผลักดันให้เกิดมาตรการระดับนโยบายที่ดี

2. **การมุ่งเป้าที่สภาพแวดล้อม** เพื่อทำให้เกิดปัจจัยเพียงพอต่อการธำรงรักษาระบบนิเวศสื่อที่สมดุลอย่างยั่งยืน ได้แก่

   1.1 การทำให้เกิดแพลตฟอร์ม (platform) โดยการพัฒนาสาร ช่องทางสื่อสารหลากหลายลักษณะ บนพื้นฐานของการใช้เทคโนโลยีเป็นปัจจัยเอื้ออำนวยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดด และมีจำนวนมากพอสมควร เพื่อเชื่อมโยงพลัง ต่อยอด และขยายผลจากการพัฒนาผู้ใช้สื่อทุกวัย สู่นักสื่อสารสุขภาวะและพลเมืองเท่าทันสื่อ โดยการทำให้เกิดส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสารและปฏิบัติการทางสังคมในการใช้สื่อเพื่อสุขภาวะ

   1.2 การสนับสนุนให้เกิดปฏิสัมพันธ์ของสื่อกับองค์ประกอบอื่น ๆ ในระบบนิเวศสื่อ เช่น แนวปฏิบัติ มาตรการ หรือนโยบายในระดับองค์กร ท้องถิ่น หรือระดับชาติ ที่สนับสนุนการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา ทักษะเท่าทันสื่อ หรือลดปัจจัยเสี่ยงด้านสื่อที่มีผลกระทบต่อสุขภาวะอย่างเท่าทันสถานการณ์

[92] รศ. ดร. มธุรส ทิพยมงคลกุล รศ. ดร. นันทิยา ดวงภุมเมศ และ รศ. ดร. นิธิดา แสงสิงแก้ว. โครงการพัฒนากรอบยุทธศาสตร์สร้างเสริมนิเวศสื่อสุขภาวะ ที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงสุขภาวะ (2565).

1.3 การทำให้เกิดกลไกการกำกับดูแลระบบนิเวศสื่อ โดยการขยายกลไกสื่อสารและเฝ้าระวังตรวจสอบสื่อและข้อมูลในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และเกิดการเชื่อมโยงเครือข่ายการทำงานในและข้ามพื้นที่อย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและผู้ใช้สื่อทุกช่วงวัย

ในการขับเคลื่อนงานเพื่อให้เกิดระบบนิเวศสื่อสุขภาวะจากทั้ง 2 ด้านดังกล่าว จะมีการสร้างเครื่องมือเพื่อใช้สนับสนุนให้ภารกิจเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล เช่น ฐานข้อมูล องค์ความรู้ แหล่งเรียนรู้ ต้นแบบสำหรับการขยายผล ฯลฯ และให้ความสำคัญต่อการแสวงหาเครือข่าย พันธมิตรจากทุกภาคส่วน โดยให้น้ำหนักกับภาคส่วนที่มีอิทธิพลสูงต่อการสร้างสมดุลของระบบนิเวศสื่อสุขภาวะในแต่ละบริบท โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมในการลดความเหลื่อมล้ำในการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการเท่าทันสื่อ สารสนเทศและดิจิทัลของคนทุกช่วงวัย รวมทั้งความเหลื่อมล้ำด้านการศึกษาและปัญหาการเรียนรู้ถดถอย (learning loss) ของเด็กและเยาวชนจากวิกฤติโควิด-19 ทั้งนี้ ภายใต้กรอบแนวคิดการดำเนินงานของแผนนี้ ออกแบบขึ้นด้วยความตระหนักถึงสภาพความเป็นจริงที่ว่า ในระบบนิเวศสื่อสุขภาวะประกอบด้วยระบบนิเวศย่อยจำนวนมาก และกลุ่มผู้ใช้สื่อในสังคมมีความแตกต่างหลากหลายอย่างสูง

ขณะเดียวกัน แผนยังให้ความสำคัญต่อมิติของการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาแก่กลุ่มเป้าหมายไปพร้อมกันแบบบูรณาการกับมิติของการสื่อสารสุขภาวะ โดยมุ่งสร้างจิตสำนึกใหม่เพื่อการฟื้นฟูสังคม ส่งเสริมศักยภาพในการรับฟังเพื่อสร้างความเข้าอกเข้าใจซึ่งกันและกัน สนับสนุนการให้และจิตอาสาเพื่อสังคมที่เกื้อกูล ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างจิตสำนึกใหม่อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบและโครงสร้างชุมชนและสังคมให้เอื้อต่อสุขภาวะ โดยวางน้ำหนักให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่แตกต่างไปตามช่วงวัย

ยุทธศาสตร์สำหรับการขับเคลื่อนแผน 10 ในระยะ 5 ปี ใช้ **กลยุทธ์ 4E** ประกอบด้วย **Empower, Enable Engage และ Enhance** มาใช้ในการวิเคราะห์และจัดกลุ่มภาคีเครือข่ายและกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งการจัดการองค์ความรู้ เพื่อสร้างระบบนิเวศสื่อสุขภาวะที่สมดุลและยั่งยืน โดยใช้ทุนมนุษย์ องค์ความรู้ และภาคีเครือข่าย โดยแสดงภาพรวมได้ดังนี้

ภาพยุทธศาสตร์สำหรับการขับเคลื่อนแผน 10 ในระยะ 5 ปี ใช้ กลยุทธ์ 4E

ยุทธศาสตร์ 4 E (3 เดิม + 1 ใหม่)

- พัฒนาแกนนำนักสื่อสารสุขภาวะเพื่อเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง
- พัฒนาพลเมืองเท่าทันสื่อเพื่อเป็นผู้ใช้และสร้างสรรค์สื่อฯ

- สานพลังขับเคลื่อนกลไกการทำงานและนโยบายอย่างมีส่วนร่วม

- หนุนเสริมให้เครือข่ายแลกเปลี่ยนข้อมูลและขับเคลื่อนงานอย่างเป็นระบบ
- สนับสนุนทรัพยากร และการจัดการความรู้

ต่อยอดขยายผลความรู้ นวัตกรรม กระบวนการสื่อสารและการเฝ้าระวังข้อมูลสุขภาพ (Info Surveillance) โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยเน้นการใช้ประโยชน์จากดิจิทัลเทคโนโลยี

Empower เป็นการหนุนเสริมทั้งคนและทั้งระบบที่มีอยู่ให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น ผ่านการพัฒนาแกนนำนักสื่อสารสุขภาวะ เพื่อเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาพลเมืองเท่าทันสื่อ เพื่อเป็นผู้ใช้และสร้างสรรค์สื่อที่มีคุณภาพ ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

และเสริมพลังการทำงานด้วยการสร้างระบบการสื่อสารให้ภาคีในทุกระดับ โดยเฉพาะการดำเนินการในรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมแบบทางราบ (horizontal society)

Enable เป็นการหนุนเสริมให้ภาคีเครือข่ายแลกเปลี่ยนข้อมูลและขับเคลื่อนงานอย่างเป็นระบบ เพื่อเชื่อมต่องานภายในแผนฯ สู่สาธารณะ ผ่านการสนับสนุนทรัพยากร การจัดการความรู้ การสร้างความร่วมมือ การบูรณาการ และการวิจัย

Engage สานพลังขับเคลื่อนกลไกการทำงานและนโยบายอย่างมีส่วนร่วม โดยให้ความสำคัญกับแนวทาง Public Private Partnership (PPP) เพื่อแสวงหาเครือข่ายรูปแบบใหม่ ๆ ที่จะสามารถเชื่อมต่องานกับแผนฯ และ สสส. ได้ โดยเฉพาะในส่วนที่อาจมีเป้าหมายปลายทางร่วมกันเพื่อสร้างระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ

Enhance ต่อยอดขยายผลความรู้ นวัตกรรม กระบวนการสื่อสารโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยเน้นการใช้ประโยชน์จากดิจิทัลเทคโนโลยี รวมทั้งสร้างการตระหนักรู้รับรู้ในประเด็นการเฝ้าระวังข้อมูลสุขภาพ (info surveillance) และหนุนเสริมการสื่อสารสุขภาวะผ่านการสื่อสารระดับกว้าง

ภาคีหลัก

1. ภาคีด้านสื่อภาคประชาชน อาทิ สถาบันสื่อเด็กและเยาวชน มูลนิธิสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน มูลนิธิสื่อศิลปวัฒนธรรมภาคประชาชน มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก มูลนิธิเพื่อนเยาวชนเพื่อการพัฒนา มูลนิธิอินเทอร์เน็ตร่วมพัฒนาไทย เครือข่ายวิทยุชุมชน สมาคมวิทยุและสื่อเพื่อเด็กและเยาวชน มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว เครือข่าย Cofact มูลนิธิฟรีดริช เนามัน มูลนิธิสื่อสร้างสุข กลุ่ม Wearehappy มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค เครือข่ายสื่อภาคประชาชนในระดับภูมิภาค

2. ภาคีด้านวิถีสุขภาวะทางปัญญา อาทิ ศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล ธนาคารจิตอาสา คณะวิทยาการเรียนรู้และศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หอจดหมายเหตุพุทธทาสอินทปัญโญ มูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม มูลนิธิเครือข่ายพุทธิกา กลุ่ม Peaceful Death มูลนิธิบูรณชนบทแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ มูลนิธิเสถียรโกเศศ-นาคะประทีป วิสาหกิจเพื่อสังคมชีวามิตร มูลนิธิสหธรรมิกชน ศูนย์ความรู้และประสานงานวิชาการ มูลนิธิปลูกต้นไม้ปลูกธรรมะ และภาคีด้านศาสนธรรมและจิตตปัญญา

3. ภาคีด้านนโยบายที่เกี่ยวข้องกับระบบสื่อเพื่อสุขภาวะ อาทิ สำนักงานกองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ ศูนย์ประสานงานขับเคลื่อนการส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการใช้สื่อออนไลน์ สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์แห่งชาติ หน่วยงานภาครัฐที่มีนโยบายส่งเสริมสื่อสร้างสรรค์ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย และเชื่อมโยงกับเครือข่ายสาธารณสุข อาทิ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กรมอนามัย กองทุนสุขภาพตำบล และเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

4. ภาคีพันธมิตรด้านสื่อ อาทิ องค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะ สมาคมนักข่าว นักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย สมาคมนักข่าววิทยุและโทรทัศน์ไทย สภาการสื่อมวลชนแห่งชาติ สภาวิชาชีพข่าววิทยุและโทรทัศน์ไทย สมาคมผู้ดูแลเว็บไทย สมาคมโฆษณาแห่งประเทศไทย สมาคมผู้จัดพิมพ์และผู้จำหน่ายหนังสือแห่งประเทศไทย สมาคมผู้ผลิตข่าวออนไลน์ สมาคมนักเขียนบทละครโทรทัศน์ เครือข่ายสมาคมและชมรมด้านวิชาชีพสื่อ

5. ภาคีด้านวิชาการ อาทิ สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิชาการด้านนิเทศศาสตร์และสื่อสารมวลชนทั่วประเทศ สถาบันวิชาการด้านการศึกษาและเรียนรู้ ด้านสังคม ด้านวัฒนธรรม ด้านเด็กเยาวชนและครอบครัว และด้านสุขภาวะทางปัญญา

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
กลุ่มแผนงานสร้างเสริมระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ	136.00
กลุ่มแผนงานพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา	63.00
การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	1.00
รวม	**200.00**

11. แผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะ

สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

แผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะ มีพันธกิจหลักอยู่ที่การกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนการริเริ่มและพัฒนานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ช่วยให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงได้ง่ายและช่วยให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาวะดีขึ้นกว่าเดิม รวมถึงเสริมหนุนการดำเนินงานของแผนอื่นๆ ด้วยการนำความรู้และบทเรียนความสำเร็จของแผนเชิงประเด็นและแผนเชิงองค์กรกระจายโอกาสลงไปในเชิงพื้นที่และเชิงกลุ่มประชากร โดยแผนฯ ได้วางกลไกการกระจายโอกาสลงสู่ระดับพื้นที่ไปยังกลุ่มบุคคล ชุมชน หน่วยงานและองค์กรต่างๆ ผ่าน “หน่วยจัดการเชิงพื้นที่ (จังหวัด)” และ “หน่วยจัดการเชิงประเด็น” ที่เป็นภาคีดำเนินงานอยู่ในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ ซึ่งมีส่วนทำให้บุคคล กลุ่มบุคคล ชุมชนและหน่วยงานต่างๆ มีผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นรูปธรรมทั้งเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะจนประสบผลสำเร็จในการจัดการกับสถานการณ์ปัญหาของพื้นที่ เช่น การลดละเลิกสูบบุหรี่ การลดละเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การลดอุบัติเหตุทางถนน การลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก การเพิ่มกิจกรรมทางกาย การเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ และการสร้างชุมชนเข้มแข็ง เป็นต้น อีกทั้งยังช่วยลดความเหลื่อมล้ำในประชากรกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ เด็กและเยาวชน ผู้สูงอายุ กลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19 ฯลฯ ให้สามารถเข้าถึงการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ อันจะทำให้เกิดสุขภาวะที่ดีทั้งในระดับตนเองและชุมชน

การจัดทำแผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะประจำปี 2566 มุ่งสนับสนุนการกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ของกองทุนฯ และมีความสอดรับกับแผนหลัก 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) โดยมุ่งหวังให้การดำเนินงานของแผนฯ สนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงโอกาสการทำงานสร้างเสริมสุขภาวะ ซึ่งจะมีส่วนลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพและสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพได้ในที่สุด แผนฯ ยังมีความสอดรับกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ในประเด็นที่ 2 การพัฒนาศักยภาพศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต ประเด็นที่ 5 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดีครอบคลุมทั้งกาย ใจ สติปัญญาและสังคม และประเด็นที่ 6 การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพมนุษย์ รวมถึงยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ในประเด็นที่ 1 การลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมในทุกมิติ ประเด็นที่ 3 การเสริมสร้างพลังทางสังคม และประเด็นที่ 4 การเพิ่มขีดความสามารถของชุมชนท้องถิ่นในการพึ่งตนเองและจัดการตนเอง อีกยังตอบสนองเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs : The Sustainable Development Goals) ในเป้าประสงค์ที่ 3 ที่กล่าวถึงการสร้างหลักประกันการมีสุขภาวะที่ดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกช่วงอายุ

1. สถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่มีผลต่อการทำงานของแผนฯ ในปี 2566

แผนฯ ได้ประมวลและวิเคราะห์**สถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสำคัญ**ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการดำเนินงานของกองทุนฯ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะของคนไทยยังเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการมีพฤติกรรมเสี่ยง โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการขับขี่ยานพาหนะขณะมึนเมา ซึ่งพบว่า ประชากรในพื้นที่ภาคใต้มีพฤติกรรมสูบบุหรี่สูงสุด ประชากรในพื้นที่ภาคเหนือมีสัดส่วนนักดื่มและพฤติกรรมดื่มแล้วขับขี่สูงสุด ส่วนประชากรในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีแนวโน้มเสียชีวิตจากสาเหตุการตายหลัก 3 อันดับแรกของคนไทย ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคระบบไหลเวียนโลหิต และโรคระบบทางเดินหายใจสูงกว่าประชากรในภาคอื่น ในด้านสุขภาพจิต ประชากรภาคเหนือมีอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าภาพรวมของประเทศเกือบ 2 เท่า ในด้านภาวะโภชนาการ ประชากรในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีสัดส่วนภาวะน้ำหนักเกินสูงกว่าภูมิภาคอื่นๆ ขณะเดียวกัน การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีผลต่อสุขภาวะเช่นกัน โดยภาคเหนือต้องประสบปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กสูงสุด ส่วนจังหวัดในพื้นที่อุตสาหกรรม เช่น ระยอง ชลบุรี สมุทรปราการ ฯลฯ ต้องเผชิญกับปัญหาขยะกากของเสียอันตราย ขณะที่ภาคใต้ ภาคตะวันออกและภาคกลางประสบปัญหาขยะทะเล ทั้งนี้ พบว่าความยากจนยังคงเป็นสาเหตุความเปราะบางที่สำคัญของประเทศ โดยภาคใต้มีสัดส่วนประชากรยากจนสูงที่สุด ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีประชากรเปราะบางจากสัดส่วนแรงงานนอกระบบมากที่สุด นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน (อายุ 10-24 ปี) เป็นกลุ่มประชากรที่ต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นความเสี่ยงจากการประสบอุบัติเหตุทางท้องถนนจนบาดเจ็บและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การมีปัญหาสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้าจากภาวะความเครียดและปัญหาส่วนตัว การบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพและมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ความสัมพันธ์ที่ห่างเหินและไม่ดีกับครอบครัว รวมถึงความขัดแย้งทางความคิด ความเชื่อและค่านิยมในการดำเนินชีวิตกับคนในช่วงวัยอื่นๆ อันเนื่องมาจากสถานการณ์ทางการเมืองในประเทศที่เป็นอยู่ ดังนั้น ในการป้องกัน ควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยงที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสุขภาวะคนไทยจึงจำเป็นต้องผลักดันให้หน่วยงานทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างจริงจัง

2) การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ยังไม่สิ้นสุด แม้การเข้าถึงวัคซีนของประชาชนจะมีมากขึ้น มีอัตราการเสียชีวิตลดลง และมีการคาดการณ์ว่าจะกลายเป็นโรคประจำถิ่นในระยะอันใกล้นี้ **แต่สถานการณ์หลังการแพร่ระบาดส่งผลกระทบต่อสังคมไทยรอบด้านและรุนแรง** กล่าวคือ **ด้านเศรษฐกิจ** ส่งผลอย่างรุนแรงต่ออุตสาหกรรมการท่องเที่ยวและการจ้างงาน คนจำนวนมากกลายเป็นคนตกงานทันที โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานนอกระบบ และกลุ่มแรงงานรุ่นใหม่ที่เพิ่งเรียนจบและเริ่มเข้าสู่ตลาดแรงงาน ขณะเดียวกัน กลุ่มคนยากจน ผู้ด้อยโอกาสและกลุ่มเปราะบางประสบความยากลำบากในการดำรงชีวิตมากขึ้น ทำให้ปัญหาความเหลื่อมล้ำเพิ่มสูงขึ้น **ด้านสุขภาพ** พบว่า มีประชาชนหลายกลุ่มที่มีความเสี่ยงและมีความยากลำบากในการรับมือกับสถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 เช่น ผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง และผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ รวมไปถึงผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดที่มักมีปัญหาเรื่องสุขาภิบาล นอกจากนี้ การระบาดของไวรัสยังนำไปสู่ความเครียด วิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของคนในสังคมมากขึ้น และยังมีผลกระทบหลังการแพร่ระบาดที่เกิดขึ้น เช่น ภาวะอาการที่หลงเหลือจากการติดเชื้อโควิด-19 (Long COVID) ที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ที่เคยติดเชื้อ เป็นต้น **ด้านการศึกษา** การปรับมาใช้กระบวนการเรียนการสอนออนไลน์ได้ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการสมวัยของเด็ก โดยเฉพาะเด็กปฐมวัย และสะท้อนให้เห็นปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการศึกษาที่ชัดเจนมากขึ้น โดยเฉพาะในครอบครัวยากจนและครอบครัวเปราะบาง ขณะเดียวกันประสิทธิภาพและคุณภาพการเรียนรู้ลดลง สูญเสียโอกาสในการเรียนรู้ทางสังคมจากประสบการณ์การใช้ชีวิตร่วมกันและการสร้างสัมพันธภาพระหว่างครูกับศิษย์และเพื่อนร่วมชั้นเรียน **ด้านสิ่งแวดล้อม** แม้ว่าจะเป็นโอกาสให้แหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติหลายแห่งฟื้นตัวและทำให้ระบบนิเวศดีขึ้น รวมถึงปริมาณขยะรวมในเมืองท่องเที่ยวและ

กรุงเทพมหานครลดลงก็ตาม แต่ขยะพลาสติกในครัวเรือนเพิ่มมากขึ้นจากการสั่งซื้ออาหารออนไลน์ เช่นเดียวกับขยะของเสียทางการแพทย์ที่มีปริมาณมากขึ้นจากการควบคุมการแพร่ระบาดของไวรัส ซึ่งผลกระทบในด้านต่างๆ เหล่านี้ส่งผลกับคุณภาพชีวิตของประชาชนทั้งสิ้น

3) บริบทความหลากหลายและความซับซ้อนของพื้นที่เป็นความท้าทายในการจัดการสุขภาวะให้เหมาะสม เนื่องจากแต่ละพื้นที่ของประเทศไทยมีความแตกต่างกันทั้งวิถีชีวิต เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ซึ่งนำไปสู่ความหลากหลายของปัญหาสุขภาพในมิติต่างๆ ตามมา กล่าวคือ ใน**พื้นที่ชุมชน** ความท้าทายอยู่ที่การพัฒนาให้ชุมชนมีขีดความสามารถในการจัดการสุขภาวะในพื้นที่ได้ด้วยตนเอง โดยมีหน่วยงานภายนอกเป็นผู้อำนวยความสะดวกและเสริมหนุนชุมชน ขณะที่**ในพื้นที่เขตเมือง**ที่มีการเคลื่อนย้ายแรงงานเพื่อเข้าถึงโอกาสทางเศรษฐกิจและเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาด้านสภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพคนในพื้นที่ เช่น การจัดการขยะ น้ำเสีย ความแออัดและเสื่อมโทรมของที่อยู่อาศัย รวมถึง**เขตสุขภาพพิเศษ** ได้แก่ พื้นที่เศรษฐกิจแหล่งท่องเที่ยวทางทะเล พื้นที่ที่มีการเคลื่อนย้ายประชากรข้ามชาติและการค้าขนส่งชายแดนที่มีพลวัตรสูง เขตพื้นที่เฉพาะ (ประชากรข้ามชาติ) ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีบริบทเฉพาะแตกต่างจากพื้นที่ปกติ มีประเด็นสุขภาพเฉพาะของแต่ละพื้นที่ เช่น อุบัติเหตุทางน้ำในพื้นที่ท่องเที่ยวทางทะเล ค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพของประชากรข้ามชาติในพื้นที่ชายแดน ขนาดประชากรที่เติบโตจากการย้ายถิ่น เป็นต้น จึงไม่สามารถใช้แนวทางการบริหารจัดการแบบทั่วไปเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุม

4) คนไทยยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัวไม่เพียงพอเท่าที่ควร จำเป็นต้องสร้างและพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการเข้าถึง เข้าใจ ซักถามและตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและบริการสุขภาพที่น่าเชื่อถือและเพียงพอด้วยตนเอง รวมถึงการพัฒนาองค์ความรู้และวิธีการสื่อสารด้านสุขภาวะที่ถูกต้อง พร้อมทั้งเฝ้าระวังและจัดการกับข้อมูลความรู้ด้านสุขภาวะที่ไม่ถูกต้อง เพื่อให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาวะตนเองได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ พบว่าคนที่อ่านไม่ได้และเขียนไม่คล่องมีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับคนที่อ่านหรือเขียนได้คล่อง การไม่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากอินเทอร์เน็ต ไลน์และเฟซบุ๊กมีอิทธิพลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุดรองจากการไม่ได้เรียนหนังสือ กลุ่มผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปและผู้ที่มีการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาลงมาจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากที่สุด นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ที่มีบทบาทในชุมชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าคนที่ไม่มีบทบาท ดังนั้น จึงควรกระตุ้น ส่งเสริมและสนับสนุนให้คนในชุมชนเข้ามามีบทบาทหรือเป็นสมาชิกของกลุ่ม/ชมรมในชุมชนมากขึ้น

5) การเปลี่ยนผ่านทางเทคโนโลยี (Disruption Technology) ส่งผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพของประชาชน ในยุคสังคมดิจิทัลทำให้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ส่งผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบต่อการสร้างเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวางและรวดเร็ว โดยเฉพาะข่าวลวงด้านสุขภาพและโรคระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ซึ่งส่งผลเสียกับสังคมเป็นอย่างมาก จึงต้องมีการเฝ้าระวังและคัดกรองข้อมูลความรู้ด้านสุขภาวะที่ไม่ถูกต้อง ขณะเดียวกัน ต้องมีการป้องกันและแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลทั้งในแง่ของการเข้าถึงอุปกรณ์/เครื่องมือใช้งานและความรอบรู้ด้านดิจิทัล โดยเฉพาะการใช้ประโยชน์จากระบบเทคโนโลยีดิจิทัลในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การติดตามตรวจประเมินพฤติกรรมและสถานะสุขภาพ การประมวลผลข้อมูลเพื่อออกแบบและพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะราย เฉพาะกลุ่ม เป็นต้น

6) การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพต้องพิจารณารอบด้านและปรับให้เหมาะกับพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย ครอบคลุมทั้งการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ช่วยสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในแต่ละกลุ่มแต่ละช่วงวัย การส่งเสริมการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เป็นมิตรต่อสุขภาพและเอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี ยกตัวอย่างการปรับพัฒนาเมืองให้เป็นพื้นที่ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ทั้งในแง่พื้นที่ทางกายภาพ การสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีปราศจากมลพิษ มีระบบการคมนาคมขนส่งที่ปลอดภัยและทุกคนเข้าถึงได้สะดวก มีพื้นที่สาธารณะสำหรับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเพื่อการดูแลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน รวมถึงการพัฒนาภูมิทัศน์การเรียนรู้ที่หลากหลายและเฉพาะเจาะจงตรงกับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เพื่อสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพและประสานความเข้าใจระหว่างกลุ่มคนที่มีความแตกต่างทางช่วงวัยและวิถีชีวิตวัฒนธรรม

7) นโยบายภาครัฐและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาวะที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานของแผน โดยเฉพาะระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการตั้งงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสมทบกองทุน พ.ศ. 2565 (ฉบับที่ 3) ที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถสมทบงบประมาณร่วมกับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในลักษณะการร่วมทุนเพื่อนำไปกระจายโอกาสสนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

8) **การเพิ่มบทบาทใหม่ของ สสส. ในการสนับสนุนทุนร่วมกับภาคีเพื่อการสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ** โดยเมื่อปี 2562 คณะกรรมการกองทุนฯ ได้ปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินงานของ สสส. จากเดิมที่มีเพียง “การสนับสนุนทุนให้แก่ภาคี” เป็นวิธีการตามบทบาทใหม่ ดังต่อไปนี้ (1) การสนับสนุนทุนให้แก่ภาคี (2) การสนับสนุนทุนร่วมกับภาคีเพื่อการสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และ (3) การให้บริการหรือปฏิบัติภารกิจโดยส่วนงานภายในสำนักงานกองทุน ซึ่งการเพิ่มบทบาทการสนับสนุนทุนร่วมกับภาคีเป็นโอกาสการดำเนินงานของแผนฯ ที่มีพันธกิจการกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยการแสวงหาความร่วมมือกับภาคีนิติบุคคลที่มีศักยภาพที่จะเข้าร่วมดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานของ สสส. และมีความพร้อมในการจัดสรรเงินเข้าร่วมดำเนินงานตามจำนวนที่ สสส. กำหนด เพื่อนำมาจัดสรรโอกาสให้กระจายอย่างกว้างขวางและครอบคลุมโจทย์/ปัญหาของพื้นที่ โดยมีกลไกการสนับสนุนและบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และตรวจสอบได้

9) การบูรณาการทำงานสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มแผนเชิงพื้นที่ เชิงองค์กรและกลุ่มประชากร โดย สสส. มีการจัดโครงสร้างแผน เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการและเน้นให้เกิดการทำงานแนวราบที่เป็นวิธีการทำงานที่สำคัญของ สสส. โดยสามารถจำแนกวิธีการทำงานออกเป็น 3 กลุ่ม (Cluster) เพื่อให้เหมาะสมต่อบริบทของงานและเสริมการบูรณาการระหว่างแผน ได้แก่ (1) แผนเชิงประเด็น (2) แผนเชิงพื้นที่ องค์กรและกลุ่มประชากร โดยแผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะจัดอยู่ในแผนกลุ่มนี้ (3) แผนเชิงระบบและกลไก ดังนั้น การทำงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจึงต้องอาศัยการทำงานร่วมกันทั้งในเชิงประเด็นทางสุขภาพร่วมกับการทำงานในเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากรเป้าหมาย โดยมีการนำระบบงานต่างๆ เช่น การสื่อสาร นวัตกรรมทางสุขภาพ เป็นต้น มาใช้เป็นเครื่องมือสนับสนุนการทำงานให้เกิดการขยายผล และสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ในวงกว้าง และได้กำหนดทิศทางการทำงานร่วมกันไว้ใน 2 ประเด็น ดังนี้ (1) สร้างกระบวนการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาวะทั้ง 4 มิติ เพื่อสนับสนุนกลไกการทำงานเชิงพื้นที่ องค์กร กลุ่มประชากร และระบบบริการสุขภาพให้เป็นฐานการขยายผลและขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการที่ตอบสนองต่อเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของ สสส. ที่ได้กำหนดไว้ในทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) (2) สร้างกลไกกลางในการทำงานและบริหารจัดการภาคีเครือข่ายทั้งเชิงพื้นที่ องค์กร กลุ่มประชากร

และระบบบริการสุขภาพร่วมกัน เพื่อใช้เป็นฐานในการขยายผลและขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการในพื้นที่ โดยในปี 2566 กลุ่มแผนเชิงพื้นที่ องค์กรและกลุ่มประชากร ได้กำหนดทิศทางการดำเนินงานเรื่องการจัดการสุขภาวะในพื้นที่ชุมชนเมืองเป็นเป้าหมายการทำงานบูรณาการของทั้ง 6 แผนที่อยู่ในกลุ่ม (Cluster) เดียวกัน โดยจะริเริ่มนำร่องดำเนินงานในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

2. ช่องว่างและโอกาสการพัฒนาที่เป็นประเด็นท้าทายสำหรับการดำเนินงานของแผนฯ ในปี 2566

แผนฯ ได้ประมวลผลการดำเนินงานสำคัญในช่วงปี 2561 – 2564 พร้อมทั้งวิเคราะห์ถึงช่องว่างและโอกาสการพัฒนาที่เป็นประเด็นท้าทายสำหรับการดำเนินงานของแผนฯ ในปี 2566 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ขยายภาคีรายใหม่ดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ/หรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายได้ถึง**ร้อยละ 81** ของจำนวนโครงการที่สนับสนุน 8,060 โครงการ โดยมีโครงการเชิงพื้นที่ครอบคลุมทุกจังหวัด ซึ่งมีการกระจายในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 28 รองลงมาคือพื้นที่ภาคกลาง-ตะวันออก-ตะวันตก ร้อยละ 27 ภาคเหนือ ร้อยละ 23 และภาคใต้ร้อยละ 22

ประเด็นท้าทายของการขยายภาคีรายใหม่ในการ**มุ่งเน้นและขยายการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่เขตเมือง** เพื่อแก้ปัญหาที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เช่น การจัดการขยะ น้ำเสีย ความแออัดและเสื่อมโทรมของที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ฯลฯ โดยเฉพาะพื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่มีการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการของกลุ่มแผนเชิงพื้นที่ องค์กรและกลุ่มประชากร ที่ได้กำหนดเป้าหมายหลักสำคัญ คือ ประชาชนในกรุงเทพมหานครมีวิถีชีวิต สังคมและสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาวะที่ดี

2) การสนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในประชากรกลุ่มต่างๆ ได้แก่ กลุ่มเด็กและเยาวชน กลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากไวรัสโควิด-19 กลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้เกิดความรู้และทักษะในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมถึงช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการสร้างเสริมสุขภาพและบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน

ประเด็นท้าทายของการกระจายโอกาสเพื่อการสร้างสุขภาวะในประชากรกลุ่มต่างๆ จึงอยู่ที่**การเพิ่มโอกาสให้กับพื้นที่ใหม่ๆ และประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ยังเข้าไม่ถึงทุนสนับสนุนของแผนฯ** เช่น คนเปราะบาง แรงงานนอกระบบ แรงงานตกงาน คนที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด กลุ่มชาติพันธุ์ ผู้พิการ กลุ่มคนยากจน ฯลฯ โดยให้ครอบคลุมความเหลื่อมล้ำในทุกมิติทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ ความรู้และสิ่งแวดล้อม ซึ่งต้องสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับความเหลื่อมล้ำในมิตินั้นๆ โดยคิดค้นกลไกการกระจายโอกาสที่จะสามารถเข้าถึงกลุ่มคนเหล่านี้โดยง่าย มีการออกแบบการสนับสนุนทุนที่ช่วยลดทอนข้อจำกัดในการจัดทำเอกสารเพื่อเสนอโครงการและการรายงานผลการดำเนินงาน รวมถึงเครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติงานต่างๆ ตลอดจนกำหนดผลลัพธ์สุขภาวะที่สามารถปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสถานการณ์และเหมาะสมกับแต่ละกลุ่มประชากร นอกจากนี้ ต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนากลุ่มเด็กและเยาวชนให้สามารถขับเคลื่อนประเด็นสุขภาวะที่ส่งผลกระทบต่อเด็กและเยาวชนในสถานการณ์ปัจจุบัน เช่น การลดความขัดแย้งระหว่างวัย การป้องกัน ช่วยเหลือและเยียวยาภาวะซึมเศร้าและความเครียด การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสร้าง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การลดปัจจัยเสี่ยงคุกคามทางสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนที่เป็นจุดคานงัดสำคัญ เช่น อุบัติเหตุทางถนน การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย ความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นต้น

3) การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ ในช่วงที่ผ่านมา แผนฯ ได้ดำเนินงานกระจายโอกาสไปยังกลุ่มบุคคล ชุมชน หน่วยงานและองค์กรต่างๆ เพื่อป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาวะที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาของพื้นที่และเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 10 ปีของกองทุนฯ **จำนวน 5,543 โครงการ** (คิดเป็นร้อยละ 68.8 ของจำนวนโครงการที่สนับสนุน 8,060 โครงการ) ได้แก่ การลดละเลิกการสูบบุหรี่ การลดละเลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การลดอุบัติเหตุทางถนน การลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก การเพิ่มกิจกรรมทางกาย การเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ และการสร้างชุมชนเข้มแข็ง ผ่าน “หน่วยจัดการเชิงพื้นที่ (จังหวัด)” และ “หน่วยจัดการเชิงประเด็น” **จำนวน 130 หน่วยจัดการ** ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ ซึ่งทำหน้าที่เป็นกลไกกระจายโอกาสและติดตามเสริมพลังให้บุคคล ชุมชน หน่วยงาน องค์กรต่างๆ ดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรายบุคคลตามปัญหาสุขภาวะ รวมทั้งสิ้น **1,234,786 คน** และเกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพทั้งทางกายภาพ (เช่น พื้นที่ปลอดบุหรี่ งานบุญประเพณีปลอดเหล้า) และทางสังคม (เช่น มาตรการ กติกาหรือข้อตกลงที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน)

ประเด็นท้าทายของการกระจายโอกาสเพื่อป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาวะในระยะต่อไปจึงอยู่ที่การ**เปิดประเด็นงานใหม่ๆ หรือเพิ่มการสนับสนุนมากขึ้นในประเด็นงานที่ยังดำเนินงานไม่ได้มากนัก** โดยเฉพาะประเด็นปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาวะที่สอดคล้องกับเป้าหมายและยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 - 2574) ได้แก่ การใช้สิ่งเสพติด สุขภาพจิต มลพิษทางอากาศ โรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ โดยเฉพาะการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 โดยยังคงอาศัยกลไกหน่วยจัดการในการขับเคลื่อนงานทั้งในเชิงพื้นที่และเชิงกลุ่มประชากร ขณะเดียวกัน มีความท้าทายในการดำเนินงานบางประเด็นที่เป็นสถานการณ์ความรุนแรงของปัญหาในบางพื้นที่และบางกลุ่มประชากร เช่น การลดการบริโภคยาสูบในพื้นที่ภาคใต้ การลดการดื่มสุราในพื้นที่ภาคเหนือ การป้องกันและแก้ไขปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กในพื้นที่ภาคเหนือ การช่วยเหลือและเยียวยาปัญหาสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและเยาวชน (อายุ 10-24 ปี) การแก้ไขปัญหาขยะพลาสติกในครัวเรือนในเมืองท่องเที่ยวและกรุงเทพมหานคร เป็นต้น

4) การส่งเสริมให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาวะที่ดีในพื้นที่ แผนฯ สนับสนุนให้เกิดต้นแบบหมู่บ้านที่มีการจัดการสุขภาวะในทุกมิติโดยอาศัยกลไกสภาผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง **จำนวน 274 หมู่บ้าน** ที่สามารถดำเนินงานตามแผนชุมชนพึ่งตนเองอย่างมีส่วนร่วม จนแก้ไขปัญหาต่างๆ ของชุมชนในทุกมิติได้ผลสำเร็จเป็นรูปธรรม คนในชุมชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น ครัวเรือนสามารถลดปริมาณขยะ มีการบริโภคผักและปลูกพืชผักปลอดสารพิษเพิ่มขึ้น รวมถึงมีตัวอย่างคนต้นแบบในการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น และในปี 2565 ได้ขยายผลการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ด้วยกลไกสภาผู้นำชุมชนสู่ภาคีร่วมรับผิดชอบ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อสร้างความยั่งยืนในการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ครอบคลุม 260 หมู่บ้าน

สำหรับการดำเนินงานในปี 2566 นอกจากจะต้อง**พัฒนาหมู่บ้านต้นแบบดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง** พร้อมทั้งยกระดับพื้นที่ในการสร้างระบบรับมือและปรับตัวต่อโรคอุบัติใหม่โดยเฉพาะการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 และโรคอุบัติซ้ำที่เกิดขึ้นด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมหรือการใช้ชุมชนเป็นฐานแล้ว **ยังมี**

ความท้าทายในการเพิ่มบทบาทและการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดการสุขภาวะในทุกมิติร่วมกันมากขึ้น **และผลักดันให้ความรู้และแนวทางการดำเนินงานของต้นแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาวะด้วยกลไกสภาผู้นำชุมชนถูกส่งต่อเพื่อขยายผลสู่ภาคีร่วมรับผิดชอบ**ในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาวะในทุกมิติให้มากขึ้น โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และนำบทเรียนที่ได้จากการดำเนินงานไปขยายผลร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับภารกิจและสามารถสร้างการขยายผลได้ เช่น สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนให้เกิดการขยายผลและการขับเคลื่อนงานต่อในระยะยาว

5) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาวะ แผนฯ สามารถทำให้**แกนนำชุมชนในพื้นที่ จำนวน 35,394 คน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ** สามารถดำเนินกิจกรรมและทำให้ประชาชนในพื้นที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ได้ถึง 290,085 คน รวมทั้งมีการใช้เทคโนโลยีในการจัดทำสื่อดิจิทัลที่สร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเด็นยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสุขภาวะทางเพศ โดยมีผู้ได้รับข้อมูลและเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เผยแพร่ผ่านสื่อดิจิทัลในสื่อสังคมออนไลน์ต่างๆ รวมทั้งสิ้น **468,851 คน** เป็นการสร้างผลกระทบเชิงบวกในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวาง

อย่างไรก็ดี ความท้าทายของการดำเนินงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในระยะต่อไปอยู่ที่การ**สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ** ที่สอดคล้องตามประเด็นเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 - 2574) ของ สสส. เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และเน้นการใช้ประโยชน์จากสารสนเทศสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Informatics) ในการดูแลสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการหรือแกนนำสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ ให้สามารถสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาวะที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ เฝ้าระวัง และแนะนำช่องทางการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชนแต่ละกลุ่มให้ตรงกับความต้องการ โดยเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาสุขภาวะของแต่ละพื้นที่

6) การสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่ จำนวน 303 นวัตกรรม ที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการจัดการปัญหาสุขภาพและสร้างเสริมสุขภาพของคนในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี เช่น นวัตกรรมการจัดการขยะ/สิ่งแวดล้อม การป้องกันและแก้ไขจุดเสี่ยงระดับชุมชน การออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ “ตามสั่ง-ตามส่ง” แพลตฟอร์มรับ-ส่งอาหารออนไลน์สู่ชุมชนสุขภาวะและเศรษฐกิจสมานฉันท์ เป็นต้น รวมถึง**การพัฒนาศักยภาพนวัตกร 253 คน** ให้สามารถสร้างสรรค์ผลงานนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และนวัตกรรมดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบต่างๆ กว่า 102 ชิ้น เช่น เครื่องมือส่งเสริมสุขภาพจิตวัยรุ่น นวัตกรรมอาหารเพื่อสุขภาพที่มีโภชนาการสูง โมเดลการพยากรณ์พัฒนา Executive Function (EF) เด็กปฐมวัย แชทบอทตอบคำถามเรื่องเพศศึกษาวัยรุ่น แอพพลิเคชั่นคัดกรองผู้ป่วยเครียดและซึมเศร้า เครื่องพ่นหมอกลดฝุ่นละอองขนาดเล็กในโรงเรียน เป็นต้น แต่ยัง**มีความท้าทายในการพัฒนาเชิงคุณภาพเพิ่มขึ้น ตั้งแต่การพัฒนาเกณฑ์เพื่อคัดกรองนวัตกรรมที่มีศักยภาพในการพัฒนาต่อยอดหรือทำซ้ำเพื่อการขยายผลในวงกว้าง และการส่งต่อนวัตกรรม** โดยวางแผนการทำงานร่วมกับสำนักวิชาการและนวัตกรรม สสส. สำหรับนวัตกรรมที่มีอยู่แล้ว เร่งดำเนินการจัดหมวดหมู่นวัตกรรมตามประเด็นสุขภาวะ และทำการเผยแพร่ให้ภาคีร่วมปฏิบัติงานและประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการสนับสนุนทุนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดการปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้ รวมถึงให้ความสำคัญกับพัฒนาศักยภาพกลุ่ม บุคคล องค์กรให้มีทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อพัฒนานวัตกรรมที่มุ่งเน้นให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาวะสำหรับประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ อย่างหลากหลาย โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเปราะบาง หรือได้รับผลกระทบจากปัญหาต่างๆ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ เด็กและเยาวชน เป็นต้น

7) กลไกหน่วยจัดการช่วยกระจายโอกาสและเสริมหนุนการดำเนินงานในพื้นที่ โดยมี "หน่วยจัดการเชิงพื้นที่ (จังหวัด)" และ "หน่วยจัดการเชิงประเด็น" **รวมทั้งสิ้น 130 หน่วยจัดการ** ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ ทำหน้าที่เป็นกลไกกระจายโอกาสและติดตามเสริมพลังให้บุคคล ชุมชน หน่วยงานและองค์กรต่างๆ ดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีหน่วยจัดการ 5 แห่ง ได้แก่ ชุมพร ลำปาง ลพบุรี นครพนม และนครปฐม ได้มีการยกระดับและขยายบทบาทในฐานะผู้เชื่อมทุน เชื่อมทรัพยากร สร้างความร่วมมือและเชื่อมประสานงบประมาณกับหน่วยงานในพื้นที่ ทำให้เกิดการกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวาง โดยมีโครงการที่สนับสนุนโดยงบประมาณจากแหล่งทุนในพื้นที่ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล กองทุนสุขภาพตำบล หน่วยงานภาครัฐและเอกชน เป็นต้น จำนวน 90 โครงการ

แม้ว่า หน่วยจัดการจะมีศักยภาพในการเป็นกลไกกระจายโอกาสลงสู่พื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพก็ตาม แต่ยังมีข้อท้าทายในการ**ค้นหาหน่วยจัดการที่สามารถกระจายโอกาสไปยังพื้นที่ใหม่ๆ หรือกลุ่มประชากรใหม่ที่ยังเข้าไม่ถึงทุน**ต่างๆ โดยง่าย นอกจากนี้เนื่องจากมีหลายหน่วยงานที่ทำงานด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งต่างมีเป้าหมายการทำงานร่วมกันในการลดภัยคุกคามและพัฒนาสุขภาวะของประชาชนในพื้นที่ ดังนั้น **หน่วยจัดการควรเพิ่มบทบาทและศักยภาพในการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานหรือองค์กรในพื้นที่ รวมถึงการเชื่อมประสานทรัพยากรและเชื่อมทุน** เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาวะในพื้นที่ และขยายผลการดำเนินงานสู่วงกว้าง ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนได้มากและทั่วถึงยั่งยืนยิ่งขึ้น

8) การสนับสนุนทุนร่วมกับภาคีเพื่อสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยแผนฯ ได้ริเริ่มการดำเนินงานในลักษณะร่วมทุน (Co-investment) กับหน่วยงานที่มีบทบาทภารกิจร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เพื่อนำไปกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามและส่งผลกระทบต่อสุขภาวะประชาชนในพื้นที่ จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ มูลนิธิเพื่อลมหายใจเชียงใหม่ และมหาวิทยาลัยรังสิต และในปี 2565 นำร่องพัฒนาความร่วมมือลักษณะร่วมทุน (Co–investment) กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยแผนฯ ได้ผลักดันให้เกิดการปรับปรุงระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการตั้งงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสมทบกองทุน (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565 ซึ่งการปรับแก้ระเบียบดังกล่าว ทำให้ อปท. สามารถสมทบงบประมาณร่วมกับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อดำเนินงานในลักษณะร่วมทุนได้

ประเด็นท้าทายของแผนฯ โดยการ**ขยายฐานการทำงานในลักษณะร่วมทุน (Co-Investment)** ที่มีการสมทบงบประมาณดำเนินงานร่วมกันกับองค์กรอื่นๆ ที่มีบทบาทภารกิจร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มหาวิทยาลัยในพื้นที่ เป็นต้น เพื่อสร้างมิติใหม่ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ที่เป็นการผนึกกำลังและรวมทรัพยากรร่วมกัน เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนงานในทิศทางและเป้าหมายที่มุ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพร่วมกันตามบทบาทภารกิจของแต่ละฝ่าย โดยเน้นการกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพตามโจทย์หรือปัญหาสุขภาวะของแต่ละพื้นที่ให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น

ขณะเดียวกัน สำนัก 6 ได้พัฒนาระบบสนับสนุนต่างๆ ครอบคลุมทั้งระบบข้อมูล ระบบการติดตามประเมินผลตั้งแต่ระดับโครงการและระดับแผน การพัฒนาศักยภาพภาคีและเสริมพลังหน่วยจัดการ การจัดการความรู้และสื่อสารสาธารณะ ซึ่งต้อง**ดำเนินการเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง** กล่าวคือ การพัฒนาทีมประเมินผลให้มีคุณภาพและได้ผลประเมินที่เป็นไปตามมาตรฐาน การพัฒนาการสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้าง

เสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้สังคมจดจำ รวมถึงการสื่อสาร เพื่อเสริมพลังการทำงานของภาคีและสร้างแรงบันดาลใจในการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาวะให้เข้าถึงประชาชนกลุ่มต่าง ๆ การพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการให้มีสมรรถนะที่จำเป็นเพื่อให้หน่วยจัดการสามารถปฏิบัติงานตามภารกิจได้อย่างสมบูรณ์

3. คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

1) การกระจายโอกาส หมายถึง การกระจายทุนในการสนับสนุน การกระจายความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ และการกระจายโอกาสในการพัฒนาหนุนเสริมความเข้มแข็งให้แก่หมู่บ้าน/ชุมชนและกลุ่มเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาสุขภาวะในพื้นที่

2) หน่วยจัดการ หมายถึง หน่วยงาน องค์กร หรือกลุ่มบุคคลที่ทำงานร่วมกับแผนฯ ในเป้าหมายและภารกิจที่แผนฯ ออกแบบไว้ ได้แก่ การค้นหาภาคีรายย่อยเพื่อกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพและติดตามโครงการย่อยให้สามารถดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์และเกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนด

3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการกระทำโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม

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

5) การเชื่อมทุน หมายถึง การเชื่อมประสานเพื่อให้แหล่งทุนต่างๆ ในจังหวัด เช่น กองทุนสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถสนับสนุนทุนให้แก่ภาคีเพื่อดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาของพื้นที่หรือประเด็นยุทธศาสตร์ของจังหวัด เป็นการขยายให้เกิดการสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้มากขึ้นจากที่ สสส. สนับสนุน

6) การร่วมทุน หมายถึง การสร้างความร่วมมือในการดำเนินงานกับหน่วยงานที่มีบทบาทต่อสุขภาพของประชาชนและมีความพร้อมในการจัดสรรทรัพยากรเข้าร่วมดำเนินงานกับ กองทุนฯ เพื่อสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามประเด็นปัญหาของพื้นที่หรือประเด็นยุทธศาสตร์ของจังหวัด

7) พื้นที่เสมือน หมายถึง ชุมชนออนไลน์ซึ่งเป็นพื้นที่ที่นำพาผู้คนที่มีความคิดเหมือนกัน หรือมีลักษณะและความสนใจร่วมกันมาอยู่รวมตัวกันเป็นชุมชน มีปฏิสัมพันธซึ่งกันและกัน มีการรวมกันแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยน ข้อมูล โดยมีการสื่อสารผานเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ อาทิ ชุมชนที่มีไลฟ์สไตล์ อาหาร หรือการออกกำลังกาย ที่เหมือนหรือคล้ายกัน เป็นต้น

จุดเน้นของแผน

1. ขยายและกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะ ลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพและสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ รวมถึงลดผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอุบัติใหม่ โดยเน้นการกระจายโอกาสใน 3 ลักษณะ ได้แก่

1) เชิงกลุ่มประชากร โดยเฉพาะกลุ่มประชากรที่มีความเหลื่อมล้ำในมิติต่างๆ เช่น คนเปราะบาง แรงงานนอกระบบ แรงงานตกงาน ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด กลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มคนยากจน กลุ่มนักศึกษาจบใหม่ที่อยู่ในภาวะว่างงาน เป็นต้น และกลุ่มประชากรสำคัญที่กำลังเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาจากปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาวะ ยกตัวอย่างวัยรุ่นและเยาวชน (อายุ 10-24 ปี) เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญในการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านอุบัติเหตุทางถนน ด้านสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้าและความเครียด เป็นต้น

2) เชิงพื้นที่ ครอบคลุมทั้งพื้นที่เสมือน (ชุมชนออนไลน์) หรือพื้นที่ที่มีการรวมตัวของกลุ่มคนที่สนใจประเด็นปัญหาร่วมกัน และพื้นที่เชิงภูมิศาสตร์ โดยเน้นการเพิ่มขีดความสามารถของพื้นที่ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะด้วยตนเองให้สอดคล้องกับบริบทความต้องการและสถานการณ์ปัญหาเฉพาะที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นการสร้างความรอบรู้เท่าทันต่อปัจจัยเสี่ยงที่มีความซับซ้อนและส่งผลกระทบต่อสุขภาพในเขตพื้นที่เมือง หรือการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในเขตสุขภาพพิเศษ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีบริบทและประเด็นสุขภาพเฉพาะในรูปแบบที่แตกต่างจากพื้นที่ทั่วไป เช่น พื้นที่ที่มีการเคลื่อนย้ายประชากรข้ามชาติและการค้าขนส่งชายแดนที่มีพลวัตรสูง เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ เป็นต้น โดยในปี 2566 จะเน้นดำเนินงานในพื้นที่ชุมชนเมืองและชุมชนแออัดในเขตกรุงเทพมหานคร

3) เชิงประเด็น โดยเฉพาะประเด็นปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาวะที่สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี กองทุนฯ (พ.ศ. 2565 - 2574) ซึ่งกำหนดเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 8 เรื่อง ได้แก่ ลดอัตราการบริโภคยาสูบ ลดอัตราการบริโภคสุราและและสิ่งเสพติด เพิ่มสัดส่วนการบริโภคอาหารอย่างสมดุล เพิ่มสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกาย ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน เพิ่มสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตสมบูรณ์ ลดผลกระทบสุขภาพจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อม และเตรียมพร้อมรับปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่โดยเฉพาะการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ

2. สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นเครื่องมือสร้างการเรียนรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ให้แก่หน่วยจัดการและประชากรกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะประเด็นลดปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาวะตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 - 2574) ของกองทุนฯ รวมถึงสนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงข้อมูลดิจิทัลที่สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพได้มากขึ้น

3. พัฒนาและยกระดับขีดความสามารถของหน่วยจัดการ เพื่อเป็นหุ้นส่วนร่วมดำเนินงานกับแผนฯ ในการกระจายโอกาสไปยังพื้นที่ใหม่ๆ หรือกลุ่มเป้าหมายใหม่ที่ยังเข้าไม่ถึงทุนต่างๆ ให้ครอบคลุมความเหลื่อมล้ำในทุกมิติ และสามารถหนุนเสริมการดำเนินงานและสนับสนุนข้อมูลด้านสุขภาวะที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือให้กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่มีขีดความสามารถในการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะด้วยตนเอง

รวมทั้งสนับสนุนการเสริมศักยภาพเพื่อขยายบทบาทหน่วยจัดการในการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานหรือองค์กรในพื้นที่ การเชื่อมประสานทรัพยากรและเชื่อมทุน เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาวะในพื้นที่

4. สร้างความร่วมมืออย่างมีเป้าหมายร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ที่มีบทบาทภารกิจด้านสุขภาพ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ในลักษณะของการร่วมทุน (Co-Investment) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพและลดภัยคุกคามต่อการพัฒนาสุขภาวะของประชาชนในพื้นที่ รวมถึงเป็นการขยายพื้นที่หรือผู้รับประโยชน์ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น ตลอดจนการเชื่อมโยงและพัฒนาเครือข่ายหน่วยจัดการและหน่วยงานในพื้นที่ให้เกิดการสานพลังและหนุนเสริมซึ่งกันและกันในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่

5. เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบสนับสนุนการบริหารจัดการ โดยเฉพาะการพัฒนาทีมประเมินผลให้มีคุณภาพและได้ผลการประเมินที่เป็นไปตามมาตรฐาน การนำข้อมูลจากผลการประเมินมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการและเสริมพลังภาคีในพื้นที่ และการสื่อสารสาธารณะ รวมทั้งการยกระดับศักยภาพของบุคลากรภายในแผนฯ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานให้บรรลุผล

เป้าหมายในการดำเนินงานปี 2566

1. ตัวชี้วัดหลัก

1.1 จำนวนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและ/หรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย (ไม่น้อยกว่า 2,000 โครงการ โดยเป็นโครงการของภาคีรายใหม่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60)

1.2 ร้อยละการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนสอดคล้องกับประเด็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาวะที่เป็นปัญหาของพื้นที่ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 45 ของจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ)

1.3 ร้อยละการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางกายภาพหรือทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชนที่สอดคล้องกับประเด็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาวะที่เป็นปัญหาของพื้นที่ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของโครงการที่ได้รับการสนับสนุน)

1.4 จำนวนหน่วยจัดการที่มีบทบาทในการกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพสามารถขยายบทบาทให้เกิดการเชื่อมประสานความร่วมมือกับหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาสุขภาวะของพื้นที่ (อย่างน้อย 3 แห่ง)

1.5 จำนวนหน่วยงานหรือองค์กรที่มีการดำเนินงานลักษณะร่วมทุน (Co-Investment) กับแผนฯ ในปี 2565 มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการแผนงานร่วมทุน (จำนวน 6 แห่ง)

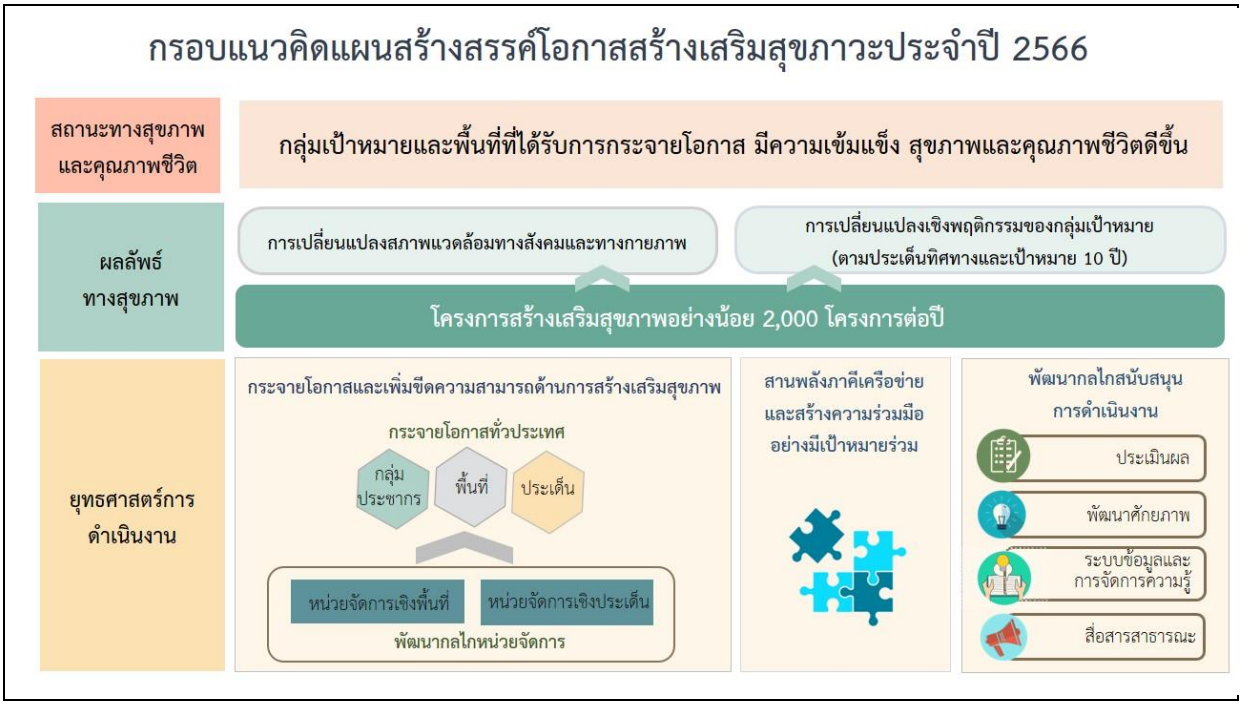
1.6 จำนวนหน่วยงานหรือองค์กรรายใหม่ที่ร่วมดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาวะในพื้นที่กับแผนฯ ในลักษณะร่วมทุน (Co-Investment) (อย่างน้อย 5 แห่ง)

2. ตัวชี้วัดร่วม

2.1 จำนวนกลไกระดับเขตในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่มีขีดความสามารถในการพัฒนาศักยภาพภาคประชาชน ภาคประชาสังคม ให้เข้าถึงกลไกการเงินการคลังด้านสุขภาพระดับพื้นที่เพื่อดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาสุขภาวะของชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร โดยการบูรณาการความร่วมมือระหว่างแผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะและแผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ (อย่างน้อย 5 แห่ง)

กรอบแนวคิดการดำเนินงานของแผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะ ประจำปี 2566

แผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะกำหนดกรอบแนวคิดการดำเนินงาน ประจำปี 2566 ดังภาพ โดยกำหนดเป้าหมายการกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพไปยังพื้นที่หรือกลุ่มประชากรที่มีความเหลื่อมล้ำในมิติต่างๆ จำนวนไม่น้อยกว่า 2,000 โครงการ มุ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ตามประเด็นเป้าหมายยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 - 2574) ของ สสส. หรือประเด็นสุขภาวะอื่นๆ ที่เป็นปัญหาของพื้นที่ โดยกำหนดยุทธศาสตร์ดำเนินงานกระจายโอกาสผ่านกลไกหน่วยจัดการ ทั้ง “หน่วยจัดการเชิงพื้นที่ (จังหวัด)” และ “หน่วยจัดการเชิงประเด็น” ซึ่งเป็นภาคีดำเนินงานอยู่ในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ โดยจะมีการพัฒนาขีดความสามารถหน่วยจัดการและประชาชนกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงยุทธศาสตร์การสานพลังเครือข่ายและสร้างความร่วมมืออย่างมีเป้าหมายกับหน่วยงานต่างๆ ที่มีบทบาทการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันการศึกษาในพื้นที่ ฯลฯ ตลอดจนการพัฒนากลไกสนับสนุนการดำเนินงานทั้งในส่วนการติดตามประเมินผล การพัฒนาศักยภาพภาคี การพัฒนาระบบข้อมูล และการสื่อสาธารณะ ซึ่งจะมีส่วนช่วยสนับสนุนให้การดำเนินงานของหน่วยจัดการและประชาชนกลุ่มเป้าหมายสามารถดำเนินงานจนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพในพื้นที่ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้



วัตถุประสงค์

1. เพื่อขยายและกระจายโอกาสการสนับสนุนให้หมู่บ้าน/ชุมชนและประชากรกลุ่มเป้าหมายมีขีดความสามารถในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ สามารถจัดการ/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและ/หรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพได้ตามเป้าหมายโครงการ

2. เพื่อเพิ่มขีดความสามารถและยกระดับสมรรถนะหน่วยจัดการให้สามารถทำงานร่วมกับแผนฯ ได้บรรลุตามเป้าหมายและจุดเน้นของแผนภายใต้ความปกติใหม่ (New Normal)

3. เพื่อให้เกิดการสนับสนุนทุนร่วมกับหน่วยงานที่มีบทบาทภารกิจด้านสุขภาพ โดยสามารถกระจายโอกาสให้ภาคีในพื้นที่เข้าถึงการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาสุขภาวะของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละพื้นที่

4. เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการบริหารจัดการแผนฯ ครอบคลุมเรื่องระบบข้อมูลผลลัพธ์และข้อมูลการติดตามประเมินผลทั้งในระดับโครงการ ระดับหน่วยจัดการและระดับแผน รวมถึงการนำไปใช้ประโยชน์ในการเสริมพลังและพัฒนาสมรรถนะภาคี พัฒนาต่อยอดขยายผลการดำเนินงานและการสื่อสารสาธารณะ

แนวทางการดำเนินงาน

1. พัฒนาแนวทางการสนับสนุนทุนเพื่อดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่มีรูปแบบหลากหลาย เช่น การสนับสนุนทุนขนาดเล็กสำหรับกลุ่มประชากรเฉพาะหรือพื้นที่เฉพาะที่มุ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สอดคล้องและเป็นไปได้ การสนับสนุนทุนร่วมกับภาคีที่มีการบริหารจัดการงบประมาณร่วมกัน เป็นต้น

2. สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและ/หรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ในประเด็นที่เป็นปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาวะที่สอดคล้องตามบริบทและปัญหาของพื้นที่ ประเด็นผลกระทบจากการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 และสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 - 2574)

3. สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่ดำเนินงานกับกลุ่มประชากรที่เผชิญสถานการณ์ปัญหาจากปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาวะและได้รับผลกระทบจากความเหลื่อมล้ำในมิติต่างๆ เช่น คนเปราะบาง แรงงานนอกระบบ แรงงานตกงาน ผู้ที่อยู่อาศัยในชุมชนแออัด กลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มคนยากจน กลุ่มวัยรุ่น/เยาวชน กลุ่มนักศึกษาจบใหม่ที่อยู่ในภาวะว่างงาน เป็นต้น

4. สนับสนุนให้มีการกระจายโอกาสในพื้นที่เสมือน (ชุมชนออนไลน์) หรือพื้นที่ที่มีการรวมตัวของกลุ่มคนที่สนใจประเด็นปัญหาร่วมกัน พื้นที่เขตเมืองและเขตสุขภาพพิเศษที่ต้องมีการออกแบบการสร้างเสริมสุขภาวะที่แตกต่างจากพื้นที่ทั่วไป โดยในปี 2565 แผนฯ จะให้การสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ชุมชนเมืองและชุมชนแออัดในเขตกรุงเทพมหานครและในจังหวัดระยองที่อยู่เป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก

5. ประสานความร่วมมือและบูรณาการการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานครกับแผนเชิงพื้นที่ องค์กรและกลุ่มประชากร เพื่อกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ลดความซ้ำซ้อนและให้เกิดการหนุนเสริมความรู้ในการช่วยกันขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าหมายหลักสำคัญ คือ ประชาชนในกรุงเทพมหานครมีวิถีชีวิต สังคมและสิ่งแวดล้อม ที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาวะที่ดี

6. สนับสนุนการพัฒนากลไกหน่วยจัดการให้สามารถกระจายโอกาสให้เข้าถึงกลุ่มประชากรต่างๆ โดยการเสริมศักยภาพให้เข้าถึงทุนของกองทุนฯ และพัฒนารูปแบบการสนับสนุนที่เหมาะสม รวมถึงยกระดับหน่วยจัดการเพื่อขยายบทบาทในการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานหรือองค์กรในพื้นที่ การเชื่อมทรัพยากรและ/หรือการเชื่อมทุนในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาวะในพื้นที่

7. เชื่อมโยงและพัฒนาเครือข่ายหน่วยจัดการทั้งในเชิงประเด็น เชิงพื้นที่ (จังหวัดหรือกลุ่มจังหวัด) อย่างต่อเนื่อง เพื่อสานพลังและเสริมหนุนการดำเนินงานซึ่งกันและกันในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่

8. สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ ที่ดำเนินงานด้านสุขภาพในลักษณะของการร่วมดำเนินงาน เชื่อมทุนหรือทรัพยากร หรือร่วมทุน (Co-Investment) เพื่อดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาวะและลดภัยคุกคามต่อการพัฒนาสุขภาวะของประชาชนในพื้นที่ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรสาธารณะประโยชน์ สถาบันการศึกษาในพื้นที่ เป็นต้น

9. สนับสนุนให้มีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นเครื่องมือเพื่อใช้ประโยชน์ในการสร้างการเรียนรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ให้กับหน่วยจัดการและกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ โดยเฉพาะประเด็นที่สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 - 2574) เช่น บุหรี่ แอลกอฮอล์ สุขภาพจิต กิจกรรมทางกาย เป็นต้น และให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพกลุ่ม บุคคล องค์กร ให้มีทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อพัฒนานวัตกรรมที่มุ่งเน้นให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพที่ช่วยแก้ไขปัญหาสุขภาวะสำหรับประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ อย่างหลากหลาย

10. พัฒนาระบบสนับสนุนการทำงานให้มีประสิทธิภาพ ทั้งในส่วนของการสรรหาและพัฒนาศักยภาพทีมประเมินผลภายนอกให้เป็นไปตามมาตรฐานการประเมิน โดยใช้หลักการประเมินผลลัพธ์เพื่อการ

เรียนรู้และพัฒนาสำหรับประเมินหน่วยจัดการ การจัดการข้อมูลงานประเมินผลเพื่อนำมาพัฒนาสมรรถนะหน่วยจัดการและใช้ในการบริหารจัดการของแผนฯ รวมถึงสนับสนุนการสื่อสารสาธารณะเพื่อเผยแพร่กิจกรรมและผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพต่างๆ สร้างภาพลักษณ์ให้สังคมจดจำและสื่อสารเพื่อเสริมพลังการทำงานของภาคี ตลอดจนสร้างแรงบันดาลใจให้กับผู้ที่ต้องการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาวะที่ต้องการทำงานเพื่อประชาชนกลุ่มต่างๆ

กลุ่มแผนงาน

1. กลุ่มแผนงานสร้างสรรค์โอกาสและขยายภาคี

1.1 สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงกลุ่มประชากร เชิงพื้นที่และเชิงประเด็น

1) สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและ/หรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะการดำเนินงานในประเด็นที่เป็นปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาวะที่สอดคล้องตามบริบทและปัญหาของพื้นที่ และสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 - 2574)

2) เพิ่มการสนับสนุนโครงการที่มุ่งแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในมิติต่างๆ ของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เช่น คนเปราะบาง แรงงานนอกระบบ แรงงานตกงาน ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด กลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มคนยากจน กลุ่มนักศึกษาจบใหม่ที่อยู่ในภาวะว่างงาน เป็นต้น รวมถึงประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญของการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาวะนั้นๆ

3) เพิ่มการสนับสนุนโครงการในพื้นที่เสมือน (ชุมชนออนไลน์) หรือพื้นที่ที่มีการรวมตัวของกลุ่มคนที่สนใจประเด็นปัญหาร่วมกัน และพื้นที่เขตเมืองและเขตสุขภาพพิเศษ โดยมีการวางแผนและกำหนดรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะที่แตกต่างจากพื้นที่ทั่วไป

4) เพิ่มการสนับสนุนโครงการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยมีการประสานความร่วมมือและบูรณาการการทำงานกับแผนเชิงพื้นที่ องค์กรและกลุ่มประชากร เพื่อลดความซ้ำซ้อนและให้เกิดการหนุนเสริมความรู้ในการช่วยกันขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน

1.2 พัฒนาและสนับสนุนหน่วยจัดการเพื่อเป็นกลไกกระจายโอกาส

1) ค้นหาและสนับสนุนการพัฒนาหน่วยจัดการใหม่ๆ เพื่อให้เป็นกลไกในการกระจายโอกาสการสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถเข้าถึงกลุ่มประชากรที่ยังเข้าไม่ถึงทุนของกองทุนฯ โดยมีการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มประชากร

2) พัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ โดยเฉพาะทักษะที่จำเป็นต่อการดำเนินงานตามบทบาทภารกิจที่แผนฯ คาดหวัง เช่น การวิเคราะห์ภาคียุทธศาสตร์ การสร้างความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ การสรุปถอดบทเรียนและจัดการความรู้ การสื่อสารสาธารณะ เป็นต้น

3) สนับสนุนการพัฒนาและยกระดับหน่วยจัดการให้สามารถประสานความร่วมมือกับหน่วยงานหรือองค์กรในพื้นที่ การเชื่อมประสานทรัพยากรและเชื่อมทุน เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาวะในพื้นที่ รวมถึงการขยายผลการดำเนินงานสู่ภาคียุทธศาสตร์หรือภาคีร่วมรับผิดชอบเพื่อให้ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนได้มากขึ้น

4) สนับสนุนการสร้างกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาสื่อการเรียนรู้ในรูปแบบต่างๆ เพื่อพัฒนาศักยภาพภาคีและหน่วยจัดการให้สามารถดำเนินงานได้ตามบทบาทภารกิจและเป้าหมาย

2. กลุ่มแผนงานสานพลังและพัฒนาความร่วมมือภาคีเครือข่าย

2.1 ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ ที่ดำเนินงานด้านสุขภาพ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันการศึกษาในพื้นที่ เป็นต้น ในลักษณะของการร่วมดำเนินงาน เชื่อมทุนหรือทรัพยากร และร่วมทุน (Co-Investment) เพื่อให้การดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาวะและลดภัยคุกคามต่อการพัฒนาสุขภาวะของประชาชนในพื้นที่

2.2 ปรับลดข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคและพัฒนาแนวทางการดำเนินงานใหม่ๆ ร่วมกับหน่วยงานที่แผนฯ ได้สร้างความร่วมมือในรูปแบบการร่วมทุน (Co-Investment) ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.3 สนับสนุนให้หน่วยงานหรือองค์กรที่แผนฯ ไปสร้างความร่วมมือในลักษณะการร่วมทุน (Co-Investment) สามารถดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและบริหารจัดการจัดการโครงการที่มุ่งผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.4 พัฒนาเครือข่ายหน่วยจัดการเชิงพื้นที่ (จังหวัดหรือกลุ่มจังหวัด) และหน่วยจัดการเชิงประเด็น ให้ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ เทคนิคการปฏิบัติงาน การประสานความร่วมมือกับภาคีปฏิบัติงานและภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดเป้าหมายร่วมกันและเสริมหนุนการขับเคลื่อนงานในพื้นที่

3. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการดำเนินงานสร้างสรรค์โอกาส

3.1 พัฒนากระบวนการประเมินผลที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

1) สนับสนุนการประเมินผลหน่วยจัดการให้ครอบคลุมทุกหน่วยจัดการ โดยใช้แนวคิดการประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา

2) พัฒนาทีมประเมินผลให้มีคุณภาพเพื่อให้ได้ผลการประเมินที่เป็นไปตามมาตรฐาน

3) จัดการข้อมูลงานประเมินผลให้เป็นระบบ และส่งเสริมการนำผลการประเมินไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการ รวมทั้งใช้ในการบริหารจัดการแผนฯให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

3.2 พัฒนาระบบข้อมูลและการจัดการความรู้

1) สนับสนุนให้มีการสังเคราะห์และสรุปถอดบทเรียนการดำเนินงานที่ผ่านมาทั้งในระดับโครงการ ระดับหน่วยจัดการและระดับแผนงาน เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการสนับสนุนทุน รวมถึงเครื่องมือ/ชุดความรู้/นวัตกรรมที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

2) ส่งเสริมให้มีการจัดการความรู้และจัดการข้อมูล ปรับปรุง พัฒนาต่อยอดและส่งต่อชุดความรู้/นวัตกรรมที่ใช้ในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาสุขภาวะในพื้นที่

3.3 สนับสนุนการสื่อสารสาธารณะเชิงรุก

1) สนับสนุนกลไกการบริหารจัดการและการดำเนินงานเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารของหน่วยจัดการให้สามารถสื่อสารกิจกรรมและผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพต่างๆ และการสร้างการรับรู้และภาพลักษณ์เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของสำนัก 6 ให้กับประชากรเป้าหมายและองค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

2) วางแผนและจัดการฐานข้อมูลผลงานที่ได้รับการสื่อสารให้เป็นระบบ สามารถใช้ประโยชน์เพื่อการเผยแพร่ ขยายผลหรือขยายฐานการเข้าถึงของภาคีเครือข่ายและผู้สนใจทั่วไป

3) พัฒนาช่องทางการสื่อสารดิจิทัลของสำนัก 6 ให้เป็นแหล่งเผยแพร่ข้อมูลความรู้ที่สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ ภาคีร่วมปฏิบัติการในพื้นที่และสาธารณชน

4) พัฒนาแนวทางการสื่อสารสาธารณะที่สนับสนุนการทำงานของหน่วยจัดการให้สามารถสื่อสารได้ด้วยตนเองเพื่อสานพลังเครือข่ายในพื้นที่

ภาคีหลัก

1. กลุ่มภาคีปฏิบัติการในพื้นที่ ได้แก่ กลุ่ม ชมรม เครือข่ายองค์กรในระดับหมู่บ้าน/ชุมชนที่ดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เช่น กลุ่มเด็กเยาวชน กลุ่มเปราะบาง กลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มแรงงานนอกระบบ กลุ่มคนยากจน ฯลฯ

2. กลุ่มภาคีร่วมขับเคลื่อน ได้แก่ องค์กรสาธารณประโยชน์ องค์กรภาคประชาสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข สถาบันการศึกษา สถาบันวิชาการ และสื่อมวลชน

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
กลุ่มแผนงานสร้างสรรค์โอกาสและขยายภาคี	270.00
กลุ่มแผนงานสานพลังและพัฒนาความร่วมมือภาคีเครือข่าย	30.00
กลุ่มแผนงานสนับสนุนการดำเนินงานสร้างสรรค์โอกาส	30.00
การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	10.00
รวม	**340.00**

12. แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ

สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

สถานการณ์ COVID-19 ซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกรวมถึงประเทศไทย จะเห็นได้ว่าแม้จะมีการดำเนินการจัดการปัญหาการแพร่ระบาดของ COVID-19 จากทางหน่วยงานต่างๆทั้งจากภาครัฐและเอกชนในการป้องกัน ควบคุมและรักษา COVID-19 อย่างต่อเนื่องแต่สถานการณ์ดังกล่าวยังคงทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ มีอัตราการติดเชื้อและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มทวีขึ้นในแต่ละวัน แสดงให้เห็นถึงช่องว่างของระบบสุขภาพระหว่างภาคประชาชนกับหน่วยงานเครือข่ายภาคประชาสังคม การพัฒนาเครือข่ายภาคประชาสังคมในการสร้างเสริมและพัฒนาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพภาคประชาชนจึงเป็นแนวทางที่สำคัญอย่างมากเพื่อให้ประชาชนสามารถยกระดับสุขภาพและป้องกันตนเองจาก COVID-19 การเชื่อมโยงทุกภาคส่วนให้ทำงานร่วมกันได้อย่างเป็นระบบเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชนโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองเป็นแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชนได้อย่างยั่งยืน ทั้งนี้มีการคาดการณ์ว่าสถานการณ์หลังการแพร่ระบาดของ COVID-19 จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนทางสังคมหลายประการโดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้คน หรือเกิดชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ในมิติต่างๆ อาทิ เทคโนโลยีและดิจิทัลจะกลายเป็นความสำคัญหลักในการดำรงชีวิต การรักษาระยะห่างของผู้คนจะยังคงดำเนินต่อไป ไม่ใช่เพียงแค่ในมิติของ Physical เท่านั้น แต่รวมไปถึงเรื่องของจิตใจด้วยความไว้เนื้อเชื่อใจกัน การหันมาพึ่งพากันเองภายในประเทศมากขึ้น เป็นต้น ดังนั้นการลงทุนเพื่อขยายศักยภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และระบบสุขภาพชุมชน สร้างการตื่นรู้แก่ประชาชน จะเป็นผลดีต่อระบบสาธารณสุขไทยในอนาคต (ประทีป ธนกิจเจริญ, 2563) นอกจากนี้แนวโน้มการดูแลสุขภาพในอนาคตหลังการระบาดของโควิด-19 สำคัญ (โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, 2563) คือ มีการใช้ศักยภาพของเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (Potential of AI) การดูแลรักษาสุขภาพแบบรายย่อย (Retailization of Healthcare) บริการโทรเวชกรรม (Teleconsultation) การแพทย์แบบเฉพาะเจาะจง (Precision health medicine)

ประกาศระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.กำหนดให้มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในระดับพื้นที่ระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม โดยสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการเชิงพื้นที่ (area management) ที่ร่วมบริหารแผนดำเนินงาน ระดมและบูรณาการทรัพยากรจากทุกภาคส่วน ร่วมกำกับติดตามเชิงสร้างสรรค์ในพื้นที่ เพื่อดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพสำคัญ รวมถึงป้องกันการแพร่ระบาด โควิด 19 และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างคุณภาพชีวิตประชาชน จากการสนับสนุน ของ สสส.ทำให้มีโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตและแก้ปัญหาสุขภาพสำคัญโดยการบริการจัดการบูรณาการทรัพยากรของทุกภาคส่วน และแก้ปัญหาการดำรงชีวิตที่เห็นผลเชิงประจักษ์ในระดับอำเภอ ทั้ง 878 อำเภอ ในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 2,706 โครงการ และ ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 2,777 โครงการ เรียงตามจำนวนโครงการที่มีการดำเนินการเป็นอันดับต้นๆ คือ การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม การดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง การจัดการลดอุบัติเหตุทางถนน การจัดการอาหารปลอดภัยและเกษตรปลอดสารเคมี การดูแลแม่และเด็กและวัยรุ่น การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCD และมะเร็ง ซึ่งเมื่อมีการกำหนดประเด็นขับเคลื่อนระดับอำเภอแล้ว การดำเนินการในระดับปฏิบัติการจะเกิดขึ้นที่ระดับตำบล และชุมชนหมู่บ้าน ซึ่งระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็น หน่วยงานสำคัญที่นอกจากจะจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกแล้ว สามารถมีบทบาทนำในการจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ซึ่งจำเป็นต้อง

มีมุมมอง องค์ความรู้ และทักษะการทำงานแนวใหม่ ที่เหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ยังได้รับมอบหมายให้เป็นกลไกบูรณาการในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ร่วมกับ ศบค.จังหวัด และการจัดการแยกกักผู้ป่วย COVID-19 ในชุมชน (Community Isolation) และดูแลผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 เพื่อแยกกักตัวในชุมชน รวมถึงเตรียมความพร้อมการเข้าถึงการฉีดวัคซีนป้องกัน covid-19 ของประชาชน ซึ่งใน ปี 2565 มีการกำหนดให้ พชอ.ทำหน้าที่บูรณาการการใช้ทรัพยากรร่วมกันในดูแลประชาชนตามบริบทของพื้นที่อย่างมีส่วนร่วมตามปัญหาของแต่ละอำเภอ อย่างน้อย 2 ประเด็น เช่น ผู้สูงอายุ คนพิการ อุบัติเหตุ ขยะสิ่งแวดล้อม และกลุ่มเปราะบาง 10 ล้านคน (พชอ.ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 75 %) พร้อมยกระดับการขับเคลื่อน พชอ. โดยจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) ขึ้น โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน

พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 เพื่อสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิบูรณาการกับการสาธารณสุข การจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และเหตุฉุกเฉินทางสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ผ่านกลไกนโยบาย และมาตรการต่างๆ เพื่อจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัจจัยทางสังคม และเศรษฐกิจ (พชอ.) โดยจัดบริการที่มี “ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ทั้งนี้ หน่วยบริการปฐมภูมิ คือ หน่วยที่ให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในการดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวม ผสมผสาน และต่อเนื่อง รูปแบบหน่วยการบริการคือ Primary care unit (PCU) ประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย และโรงพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน (รพ.สต.) ที่เป็นโรงพยาบาลลูกข่าย และ รูปแบบคลินิก หรือ เครือข่ายสถานบริการอื่นๆ โดย ภายในปี 2573 ตั้งเป้าหน่วยบริการขึ้นทะเบียนให้ได้ 6,500 หน่วย ดูแลประชาชน 60 ล้านคน ซึ่งเป้าหมาย ปี 2564 ขึ้นทะเบียนจำนวน 2,500 หน่วย ครอบคลุมประชาชน 25 ล้านคน การดำเนินก่ารที่ผ่านมา มีการจัดทำ(ร่าง) แผนพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ (พ.ศ. 2564 - 2568) พัฒนาแนวทางการบูรณาการประเมินคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ แผนพัฒนาการจัดตั้งหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ระยะ 10 ปี ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และต้นแบบระบบยืนยันตัวตนดิจิทัล และ Health Information Exchange (HIE) และ จัดทำโปรแกรม Private chat ภายใต้ชื่อแอปพลิเคชัน “คุยกับหมอ” ซึ่งเป็นบริการในโครงการ telehealth สามารถปรึกษาสุขภาพแบบส่วนตัวกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำคลินิกหมอครอบครัว โดยดำเนินการ ใน 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย กำแพงเพชร เพชรบูรณ์ กาญจนบุรี บุรีรัมย์ สุรินทร์ กาฬสินธุ์ และสงขลา สำหรับระยะต่อไปมี ทิศทางและเป้าหมายเพื่อการยกระดับระบบสุขภาพปฐมภูมิให้เข้มแข็ง เพิ่มการเข้าถึง เพิ่มความเท่าเทียม พร้อมติดอาวุธทางปัญญา การเสริมพลังอำนาจประชาชนและชุมชน ให้สามารถดูแลตนเองได้ (health literacy) โดยผ่านกลไก เช่น การขับเคลื่อนนโยบาย การเป็นผู้ร่วมในการออกแบบและให้บริการการดูแลตนเองและการเป็นนักบริบาล โดยมีหมอประจำบ้านเสริมทัพการทำงานดูแลสุขภาพองค์รวม ทุกกลุ่มวัย ตั้งแต่ตั้งครรภ์จนกระทั่งระยะท้ายของชีวิต ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้อย่างมีคุณภาพและลดเหลื่อมล้ำของหน่วยบริการ

นอกจากนี้พบว่า ประเทศไทยมีความพยายามในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพในเขตเมืองที่มีลักษณะเฉพาะมาโดยตลอด และมีแนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพในเขตเมืองที่มุ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการปฐมภูมิ ถึงแม้จะพบว่าไม่มีเจ้าภาพหลักของระบบบริการสุขภาพเขตเมือง ทำให้ระบบบริการสุขภาพเขตเมืองได้รับการพัฒนาแบบแยกส่วน โดยการบริการสุขภาพในภาครัฐส่วนใหญ่บริหารจัดการโดยกระทรวงสาธารณสุข และทำให้ขาดทิศทางที่ชัดเจนในภาพรวม ดังนั้น การจัดทำยุทธศาสตร์ระบบ

บริการสุขภาพเขตเมือง พ.ศ. 2561-2570 เกิดจากการทำงานของคณะกรรมการระดับชาติจัดทำยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง ที่มีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วน อาทิ กระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชน และกรุงเทพมหานคร (กทม.) รวมทั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) โดยมีกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นฝ่ายเลขานุการ มุ่งหวังให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานในการพัฒนาระบบสุขภาพในเขตเมืองที่มีความซับซ้อนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของประชาชน สร้างความเข้มแข็ง การมีส่วนร่วม ต่อเนื่องและเชื่อมโยง เพื่อคนเมืองมีสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยกำหนดวิสัยทัศน์ว่า “คนเมืองมีสุขภาพดี ภายใต้ระบบสุขภาพเขตเมืองที่เข้มแข็งสอดคล้องกับสภาวะแวดล้อมของพื้นที่ เชื่อมโยงบริการทุกระดับ และทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมมีส่วนร่วม” ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ย่อย ได้แก่ 1) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมืองให้เข้มแข็ง 2) พัฒนาระบบการเงินการคลังของระบบบริการสุขภาพเขตเมือง 3)การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศระบบบริการสุขภาพเขตเมือง 4) การบริหารและพัฒนากำลังคนในระบบบริการสุขภาพเขตเมือง และ 5) เสริมสร้างระบบสุขภาพเขตเมืองให้เข้มแข็งด้วยธรรมาภิบาล เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย “คนเมืองสุขภาพดี มีระบบบริการสุขภาพเขตเมืองที่มีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงครอบคลุม ทั่วถึงโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง”

ในช่วงที่ผ่านมามีการขับเคลื่อนให้เกิดแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง) ประกาศ วันที่ 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 ได้กำหนดกิจกรรมปฏิรูปที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นหน้าต่างทางนโยบายที่ สสส.สามารถร่วมหนุนเสริมการขับเคลื่อนได้ ดังนี้

1. การปฏิรูปการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขรวมถึงโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่เพื่อความมั่นคงแห่งชาติด้านสุขภาพ
2. การปฏิรูปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกัน และดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชนและผู้ป่วย
3. การปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุด้านการบริบาล การรักษาพยาบาลที่บ้าน/ชุมชน และการดูแลสุขภาพตนเองในระบบสุขภาพปฐมภูมิเชิงนวัตกรรม
4. การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพและกองทุนที่เกี่ยวข้องให้มีความเป็นเอกภาพ บูรณาการ เป็นธรรม ทั่วถึง เพียงพอและยั่งยืนด้านการเงินการคลัง
5. การปฏิรูปเขตสุขภาพให้มีระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการคล่องตัว และการร่วมรับผิดชอบด้านสุขภาพระหว่างหน่วยงานและท้องถิ่น

ทั้งนี้มีข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพเขตเมือง (กรุงเทพมหานคร) ใน 5 ประเด็นสำคัญ ประกอบด้วย การเข้าถึงบริการปฐมภูมิ ระบบการเงินการคลังสุขภาพ การเข้าถึงโรงพยาบาลขนาดทุติยภูมิ การสนับสนุนภาคประชาชนในการจัดการสุขภาพ และการอภิบาลระบบสุขภาพ โดยมีข้อเสนอเชิงรูปธรรมในการขับเคลื่อน ได้แก่

1. จัดตั้ง System Manager Manager ด้านปฐมภูมิในระดับเขต/กลุ่มเขต และระดับกรุงเทพมหานครอย่างมีส่วนร่วมจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน
2. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม และกรมบัญชีกลาง ร่วมสนับสนุนงบประมาณ และออกแบบระบบการเงินที่ส่งเสริมศักยภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยมุ่งเน้นบริการสร้างเสริมสุขภาและการป้องกัน (Health Promotion and Prevention) และพัฒนารูปแบบการจ่ายเงินผู้ให้บริการอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในทุกกลไกของระบบบริการปฐมภูมิ และสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร
4. กรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ (electronic health information system) และส่งเสริมการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อนามาสู่การพัฒนาบริการและส่งเสริมการดูแลตัวเองของประชาชน
5. พัฒนาระบบอาสาสมัครสาธารณสุขให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงและยั่งยืน โดยอาศัยทรัพยากรจากกระทรวงสาธารณสุข
6. เร่งดำเนินการ Sandbox ของระบบบริการปฐมภูมิภายใน 3 เดือน และขยายผลภายใน 1 ปี โดยมีรูปแบบที่คำนึงถึงบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่
7. จัดตั้งกลไกความร่วมมือทางวิชาการเพื่อสนับสนุนกลไกในการดำเนินงานตามแนวทางการปฏิรูปอย่างต่อเนื่อง

สำหรับแนวทางการดำเนินงานแผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพสอดคล้องตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ10 ปี ของ สสส. กรอบนโยบายการจัดทำแผนหลัก และแผนการดำเนินงานประจำปี 2566รวมทั้งดำเนินการตามกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพของกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion) 5 ประการ คือ (1) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ ให้มุ่งสู่การสร้างเสริมสุขภาพและสุขภาวะที่ไม่ใช่การให้บริการทางการแพทย์ รวมถึงการแบ่งปันศักยภาพร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ โดยมีบุคลากรสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อให้มีส่วนสนับสนุนการเสริมสร้างความรู้และการสนับสนุนชี้แนะทางสุขภาพ (2) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ จัดระบบสังคมให้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตและกระตุ้นให้เกิดความกระตือรือร้นในการสร้างเสริมสุขภาพ (3) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ด้วยการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ เปิดโอกาสให้ประชาชนมีความสามารถควบคุมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม รวมถึงตัดสินใจเลือกสิ่งที่ส่งผลดีต่อสุขภาพตนเอง (4) การเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน หมายถึงการทำให้ชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ สามารถควบคุมการดำเนินการต่างๆ และกำหนดอนาคตของตนเองได้ และ (5) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เพื่อให้สุขภาพเป็นวาระของผู้กำหนดนโยบายในทุกภาคส่วนและทุกระดับ และตระหนักถึงความรับผิดชอบผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากการตัดสินใจในทุกเรื่อง

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

1) หน่วยบริการสุขภาพ หมายถึง โรงพยาบาล หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ หน่วยงาน องค์กร หรือเทคโนโลยีดิจิทัลทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม/ภาคประชาชนที่จัดบริการหรือดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพหรือสนับสนุนระบบสุขภาพชุมชน
2) ชุมชนเข้มแข็งด้านสุขภาพ หมายถึง คุณลักษณะของชุมชนที่มีการจัดการตนเองด้านสุขภาพ มีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ (1) สร้างการเรียนรู้ มีกระบวนการเรียนรู้ และสร้างความเข้าใจร่วมกัน (2) มีองค์กรที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนให้เกิดการแก้ปัญหาและพัฒนาครอบคลุมทุกด้าน (3) สร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลง (4) สร้างโอกาสให้ทุกภาคส่วนร่วมแก้ปัญหาและพัฒนา (5) สามารถระดมเงินและทรัพยากรเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนา (6) มีข้อตกลงและกติกาของชุมชน และ (7) สร้างความร่วมมือกับองค์กร หน่วยงานภายใน และภายนอกพื้นที่ได้

3) การจัดการตนเองด้านสุขภาพ หมายถึง การปรับเปลี่ยนมุมมองและทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองโดยครอบคลุมทั้งการตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล/การเรียนรู้ การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนและตอบสนองต่อผลกระทบ
4) ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร หมายถึง ระบบบริการสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานครที่เป็นด่านแรก ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนเชิงรุกโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ต่อเนื่องและผสมผสาน เช่น สถานพยาบาล ร้านยา หน่วยงาน องค์กร หรือ digital platform ที่ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ
5) ทีมสุขภาพปฐมภูมิ หมายถึง บุคลากรสุขภาพ สหวิชาชีพ บุคลากรท้องถิ่น แกนนำ ฯลฯ ที่ทำงานร่วมกันในการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนในพื้นที่ และผลักดันให้เกิดพื้นที่เข้มแข็งและจัดการตนเองด้านสุขภาพ
6) ระบบและกลไกสนับสนุนการพัฒนาและเสริมสมรรถนะหน่วยบริการสุขภาพ บุคลากรสุขภาพและสหวิชาชีพ หมายถึง ระบบและกลไกในรูปแบบ และบทบาทที่แตกต่างตามบริบทพื้นที่ และประเด็น โดยทำหน้าที่ในการสนับสนุนและเสริมสมรรถนะด้านการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ พัฒนาและจัดการความรู้ การบริหารจัดการเครือข่าย และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย เป็นต้น เช่น หน่วยบริหารจัดการเครือข่าย ศูนย์วิชาการ ระบบการเพิ่มสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชน เป็นต้น
7) กลไกการเงินการคลังด้านสุขภาพ หมายถึง กลไกหนึ่งในระบบสุขภาพ มีเป้าประสงค์หลักเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทั้งนี้กลไกการเงินการคลังด้านสุขภาพระดับพื้นที่มุ่งเน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่สนับสนุนให้ประชาชนได้แสดงบทบาทในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และส่งเสริมให้บุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่ได้แสดงบทบาทในการสนับสนุนประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นต้น

จุดเน้นของแผน

1. สร้างความร่วมมือกับสถาบันวิชาการ สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ หรือคณะกรรมการระดับพื้นที่เพื่อเป็นกลไกสนับสนุนการพัฒนาและเสริมสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ บุคลากรสุขภาพ สหวิชาชีพ บุคลากรท้องถิ่น แกนนำ ฯลฯ บริหารจัดการเครือข่าย จัดกระบวนการเรียนรู้ให้สามารถบูรณาการการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ เพื่อให้เกิดพื้นที่เข้มแข็งและจัดการตนเองด้านสุขภาพ (ระดับชุมชน ตำบล อำเภอ) อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สังคม และสิ่งแวดล้อมสุขภาวะ

2. พัฒนานวัตกรรม เครื่องมือ ระบบดิจิทัลและระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ กลุ่มประชากร และผลกระทบต่อเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอุบัติใหม่ (เช่น ผลกระทบระยะยาวของโควิด-19) คำนึงถึงกระบวนการของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการเปลี่ยนแปลง (digital transfomation) โดยความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน

3. สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการ และแนวปฏิบัติระดับพื้นที่ และระดับชาติที่เอื้อให้ระบบบริการสุขภาพเกิดการทำงานสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น และหนุนเสริมการพัฒนาพื้นที่เข้มแข็งและ

จัดการตนเองด้านสุขภาพ (ระดับชุมชน ตำบล อำเภอ) โดยเฉพาะการเข้าถึงกลไกการเงินการคลังด้านสุขภาพในพื้นที่ เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

4. บูรณาการการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานภายใน สสส. และสานพลังภาคียุทธศาสตร์เพื่อสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดด ด้วยการนำต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงประเด็นไปขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่

เป้าหมายในการดำเนินงานปี 2566

1. ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ 75)

1.1 เกิดระบบและกลไกสนับสนุนการพัฒนาและเสริมสมรรถนะหน่วยบริการสุขภาพ บุคลากรสุขภาพ และสหวิชาชีพให้มีขีดความสามารถในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ สร้างพื้นที่เข้มแข็งและจัดการตนเองด้านสุขภาพ (ระดับชุมชน ตำบล อำเภอ) อย่างน้อย 2 ระบบ/กลไก เช่น กลไกศูนย์วิชาการและจัดการเครือข่าย กลไกคณะทำงาน/คณะกรรมการเขตสุขภาพ ระบบข้อมูลด้านสุขภาพเชิงพื้นที่ เป็นต้น

1.2 หน่วยบริการสุขภาพที่มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ หนุนเสริมให้เกิดพื้นที่ระดับตำบล ชุมชน อำเภอที่เข้มแข็ง และมีขีดความสามารถในจัดการตนเองด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี ของ สสส. และพลวัตเชิงพื้นที่ผ่านการบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานองค์กรในพื้นที่ อย่างน้อย 100 หน่วยบริการ

1.3 ทีมสุขภาพปฐมภูมิ (บุคลากรสุขภาพ สหวิชาชีพ บุคลากรท้องถิ่น แกนนำ) ที่มีขีดความสามารถในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ และผลักดันให้เกิดพื้นที่เข้มแข็งและจัดการตนเองด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายระยะ 10 ปี ของ สสส. อย่างน้อย 500 คน

1.4 เกิดนวัตกรรม เครื่องมือ ระบบดิจิทัลและระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และกลุ่มประชากร อย่างน้อย 2 นวัตกรรม/เครื่องมือ

2. ตัวชี้วัดร่วม (น้ำหนักร้อยละ 25)

2.1 เกิดกลไกระดับเขตในพื้นที่กรุงเทพมหานคร อย่างน้อย 5 แห่ง ที่มีขีดความสามารถในการพัฒนาศักยภาพภาคประชาชน ภาคประชาสังคม ให้เข้าถึงกลไกการเงินการคลังด้านสุขภาพระดับพื้นที่เพื่อดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาสุขภาวะของชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร โดยการบูรณาการความร่วมมือระหว่างแผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะ และแผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ

2.2 แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพร่วมกับแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญานำเครื่องมือ/องค์ความรู้/นวัตกรรม เพื่อการเท่าทันสื่อ สารสนเทศและดิจิทัล (เช่น หลักสูตรเท่าทันสื่อ สื่อสร้างสรรค์ Cofact ฯลฯ) เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพ สหวิชาชีพ บุคลากรท้องถิ่น และแกนนำที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพระดับปฐมภูมิ อย่างน้อย 1,000 คน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ หน่วยบริการสุขภาพในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ระดับ

2. เพื่อสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะและเสริมศักยภาพทีมบุคลากรสุขภาพ เครือข่ายสหวิชาชีพ บุคลากรท้องถิ่น แกนนำ และคนรุ่นใหม่เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร

3. เพื่อสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรม การใช้เทคโนโลยี ระบบดิจิทัลและระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม

4. เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการ และแนวปฏิบัติระดับชาติ ระดับพื้นที่ รวมทั้งการเข้าถึงกลไกการเงินการคลังด้านสุขภาพที่เอื้อให้ระบบบริการสุขภาพเกิดการทำงานสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น

แนวทางการดำเนินงาน

1. กลุ่มเป้าหมาย

1.1 หน่วยบริการสุขภาพ (ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ) กลุ่มงานอาชีวเวชกรรมในหน่วยบริการสุขภาพ บุคลากรสุขภาพ นิสิตนักศึกษา/คนรุ่นใหม่ และสหวิชาชีพ

1.2 ประชาชนในพื้นที่ (ชุมชน ตำบล อำเภอ จังหวัด) กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มเปราะบาง ด้อยโอกาส กลุ่มเข้าไม่ถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพ

1.3 พื้นที่ชุมชนชนบท พื้นที่เขตเมือง เช่น กรุงเทพมหานคร พื้นที่ที่มีลักษณะพิเศษ เช่นพื้นที่ชายแดน และสถานประกอบการ

2. ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

2.1 จุดประกาย กระตุ้น เสริมพลัง เชื่อมโยง บูรณาการร่วมกับสถาบันวิชาการ สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ หรือคณะกรรมการระดับพื้นที่ให้เป็นกลไกสนับสนุนการพัฒนาและเสริมศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพ บุคลากรสุขภาพ สหวิชาชีพ บุคลากรท้องถิ่น แกนนำ ฯลฯ ให้มีขีดความสามารถในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพตามทิศทาง และเป้าหมายระยะ 10 ปี ของ สสส. และบริบทพื้นที่ รวมทั้งเป็นกลไกสนับสนุนการขยายผลต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านการผลักดันนโยบาย การจัดการความรู้ และการสื่อสาร

2.2 สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ งานวิชาการ และการพัฒนานวัตกรรม การใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร

2.3 สานและเสริมพลังภาคีเครือข่าย ภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม และประชาชนให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนแนวทางการทำงานเพื่อขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการ และแนวปฏิบัติที่เอื้อต่อการสร้างผลลัพธ์สร้างสุขภาพ และขยายผลการทำงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ และภาคีเครือข่ายอย่างก้าวกระโดด

ภาคีหลัก

1. ภาคียุทธศาสตร์ ได้แก่ กระทรวงสาธารสุข (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย กรมแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข แพทยสภา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ/ เขตปกครองพิเศษ และภาคเอกชน

2. ภาคีร่วมดำเนินการ ได้แก่ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข หน่วยบริการปฐมภูมิ สถาบันการศึกษาหรือหน่วยงานวิชาการ หน่วยบริการสุขภาพสังกัดต่างๆ ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและเขตเมือง ราชวิทยาลัย สภาวิชาชีพ สมาคมวิชาชีพต่าง ชมรมเครือข่ายวิชาชีพ สถาบันพระบรมราชชนก มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยบูรพา มหาลัยนเรศวร มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ราชวิทยาลัย สภาวิชาชีพ เครือข่ายมหาวิทยาลัยราชภัฏรัตนโกสินทร์ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน มูลนิธิแพทย์ชนบท สมาคมเพื่อนโรคไตแห่งประเทศไทย สมาคมหมออนามัย สมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ มูลนิธิภิวัฒน์สาธารณสุขไทย มูลนิธิพัฒนาสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชีนี สมาพันธ์นิสิตนักศึกษาแพทย์นานาชาติแห่งประเทศไทย มูลนิธิทันตะสาธารณสุข มูลนิธิสุขภาพไทย

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
กลุ่มแผนงานเครือข่ายบริการและระบบสุขภาพปฐมภูมิ	83.00
กลุ่มแผนงานระบบสุขภาพเขตเมือง	50.00
กลุ่มแผนงานกลไกสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	45.00
การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	2.00
รวม	**180.00**

13. แผนพัฒนาระบบกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

1. การเปลี่ยนแปลงด้านเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) และโลกยุคโลกาภิวัฒน์

รัฐบาลไทยได้บูรณาการเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ขององค์กรสหประชาชาติ เข้าสู่ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570) ซึ่งส่งผลดีต่อการพัฒนาประเทศและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาวะของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับบทบาทงาน สสส. หลายด้าน เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุ ภัยธรรมชาติ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ ตลอดจนการสร้างกลไกเชื่อมประสานระหว่างภาคส่วนต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อพัฒนาความร่วมมือมุ่งสู่การบรรลุวาระการพัฒนาอย่างยั่งยืน ความสำคัญของระบบสุขภาพโลก (Global Health) ในยุคโลกาภิวัฒน์ที่มีการขับเคลื่อนสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ เชื่อมร้อยจากระดับโลก สู่ระดับภูมิภาค ระดับประเทศ จนถึงชุมชนท้องถิ่น ทำให้ สสส. ต้องการความร่วมมือจากระดับนานาชาติเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหามากกว่าการดำเนินงานภายใต้ขอบเขตของประเทศไทยโดยลำพัง

2. การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี

ในปัจจุบันโลกต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนและเหตุการณ์ที่ไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้บ่อยครั้งขึ้น จนถูกเรียกว่าเป็นยุค VUCA World หรือโลกแห่งความผันผวน การแพร่ระบาดของ COVID-19 ภาวะฝุ่น PM 2.5 การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีอย่างก้าวกระโดด (Disruptive Technology) ก็เป็นหนึ่งในตัวอย่างสำคัญของ VUCA World เช่นเดียวกัน ที่ไม่เพียงเข้ามาเปลี่ยนโลกในชีวิตประจำวัน แต่ยังเปลี่ยนรูปแบบของโลกไปอย่างไม่มีวันเหมือนเดิมอีกต่อไปทั้งเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ อย่างเช่น**การพัฒนาปัญญาประดิษฐ์ (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 **Remote care and telemedicine** คือ การดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาลในรูปแบบดิจิทัลนอกสถานพยาบาล รวมถึงการดูแลตัวเองไปจนถึงการดูแลระยะไกล (Telehealth) ซึ่งมีแนวโน้มที่โลกจะก้าวไปสู่เทรนด์นี้มากขึ้น

สสส. กำหนดให้การสนับสนุนงานวิชาการและรังสรรค์นวัตกรรม เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ในระยะ 10 ปีข้างหน้า ซึ่งมุ่งให้เกิดการพัฒนางานวิชาการและสร้างสรรค์นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อช่วยให้มีชุดความรู้ แนวทาง หรือวิธีการทำงานใหม่ๆ ที่เหมาะสมกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและไม่หยุดนิ่ง ยุทธศาสตร์ดังกล่าวสอดคล้องกับบทบาทของสำนักวิชาการและนวัตกรรม คือ การบริหารจัดการงานวิจัยกลาง และการจัดการความรู้และฐานข้อมูล การบริหารจัดการงานพัฒนานวัตกรรมในการปฏิบัติงาน รวมถึงการพัฒนาแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการนวัตกรรมต่างๆ ตลอดจนส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนานวัตกรรมในการปฏิบัติงานของส่วนงานต่างๆ

จาก (ร่าง) ยุทธศาสตร์การวิจัยและนวัตกรรม 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ยุทธศาสตร์ที่ 2 การวิจัยและนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 การวิจัยและนวัตกรรมส่งเสริมศักยภาพในการป้องกันโรคและเสริมสร้างสุขภาพ โดยมีแนวทางเร่งรัดวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมในการดูแลสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ และการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ

การทำงานที่ผ่านมายังพบโอกาสในการพัฒนาการดำเนินงาน ได้แก่ 1) การนำข้อมูล องค์ความรู้ งานวิจัย งานวิชาการ และนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในเชิงประเด็นและเชิงพื้นที่ 2) สนับสนุนให้เกิดกลไกการนำระบบเทคโนโลยีดิจิทัลด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดการขยายฐานผู้รับประโยชน์ 3) สนับสนุนกลไกการศึกษา ออกแบบ และระบบสารสนเทศที่เชื่อมโยงข้อมูลต่างๆ โดยบูรณาการความร่วมมือในเชิงประเด็น/และเชิงพื้นที่กับสำนัก/ฝ่ายต่างๆ ใน สสส. และ 4) สนับสนุนการรวบรวมข้อมูล องค์ความรู้งานวิชาการ และนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสร้างระบบนิเวศที่ให้งานวิจัยและนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ อีกทั้งยังมีช่องว่างสำคัญที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน ได้แก่ การกำหนดโจทย์ประเด็นปัญหาตามภารกิจหลักของ สสส. อย่างมีส่วนรวม และการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมที่จะมารองรับการเปลี่ยนแปลงใหม่ในอนาคตอย่างเป็นระบบ อีกทั้ง กลไกกลางในการเชื่อมโยงปัญหาไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมยังไม่เพียงพอต่อการนำไปสู่แนวทางการแก้ไขปัญหา รวมทั้งนำองค์ความรู้และต้นแบบนวัตกรรมที่มีอยู่ไปใช้ประโยชน์จริงและขยายผลให้กว้างขึ้น

3. การเปลี่ยนแปลงด้านการทำงานเชิงพื้นที่

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ จำเป็นต้องเตรียมพร้อมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่มีแนวโน้มเกิดขึ้นในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพของภาคีเครือข่าย ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจที่ยังมีความเหลื่อมล้ำทางรายได้ การเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อมที่เป็นผลกระทบมาจากภาวะโลกร้อน ซึ่งทวีความรุนแรงส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองทั้งทางด้านนโยบายและความขัดแย้งทางการเมือง การเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยี การก้าวเข้าสู่ยุคดิจิทัล สังคมออนไลน์ที่มีการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการเกิดโรคอุบัติใหม่ต่าง ๆ หรือภาวะวิกฤติทางสุขภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบัน ได้ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย และไม่ได้จำกัดอยู่เพียงวิกฤตการณ์ทางสาธารณสุขเท่านั้น แต่ได้ส่งผลกระทบสำคัญต่อมิติด้านเศรษฐกิจ สังคม และวิถีชีวิตของประชากร รวมถึงผลกระทบต่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ด้วย

ดังนั้น หน่วยงานและองค์กรต่างๆ และภาคี สสส. จำเป็นต้องปรับตัวมุ่งสู่การทำงานแบบเชื่อมโยงเป็นภาคีเครือข่ายเพื่อเสริมพลังสร้างการทำงานแบบมีส่วนร่วม มีระบบกลไกสนับสนุนการบริหารจัดการภาคีสัมพันธ์ ให้มีความทันสมัย สามารถเชื่อมโยงภาคียุทธศาสตร์ได้อย่างครอบคุลมภาคีเครือข่ายทุกกลุ่ม เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น และจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาและยกระดับภาคีให้มีความสามารถและเข้มแข็ง มีความพร้อมสามารถปรับตัวทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีการพัฒนาระบบกลไกการประเมินศักยภาพภาคี เพื่อสนับสนุนการวางแผนพัฒนาศักยภาพภาคีให้มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพตามทิศทางและเป้าหมายกองทุนฯ ต่อไปในอนาคต รวมถึงต้อง

พัฒนากลไกการสานพลังภาคีเครือข่ายทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้รองรับบริบทใหม่ เพื่อหนุนเสริมและเชื่อมโยงการทำงานของภาคีเครือข่าย ในการร่วมแก้ไขปัญหาวิกฤติทางสุขภาพอย่างเข้มแข็งไปด้วยกัน

4. สถานการณ์และแนวโน้มด้านการพัฒนาบุคลากร

การทำงานในยุคปัจจุบันองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภารประชาสังคม ต่างให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะและทักษะที่เหมาะในการประกอบอาชีพ องค์กรจะประสบความสำเร็จและก้าวไปข้างหน้าได้อย่างไร้ขีดจำกัดหากมีทรัพยากรบุคคลที่เก่งงาน เก่งคน และมีทัศนะคติและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ การสร้างทักษะใหม่ที่จำเป็นในการทำงานให้สอดคล้องกับความต้องการ (Re-skill) และการพัฒนาเพื่อยกระดับทักษะเดิมให้ดีขึ้น (Up-skill) เพื่อรับมือกับความเปลี่ยนแปลงในยุคดิจิทัล ตลอดจนเสริมศักยภาพให้บุคลากรมีความสามารถทัดเทียมหรือเหนือกว่าคู่แข่งในอุตสาหกรรมเดียวกัน ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 เป็นกระบวนทัศน์ใหม่ที่ถูกนำมาใช้ปรับการเรียนการสอนทั้งในห้องเรียนสำหรับนักเรียน นิสิต นักศึกษา รวมถึงการพัฒนาบุคลากรในองค์กรต่างๆ โดยมีองค์ประกอบทักษะการเรียนรู้ (Learning Skill) ดังนี้

- ทักษะการคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ และสามารถแก้ไขปัญหาได้ (Critical Thinking, Metacognition and Problem Solving)
- ทักษะการคิดอย่างสร้างสรรค์และคิดเชิงนวัตกรรม (Creativity and Innovation)
- ทักษะในการสื่อสาร (Communication)
- ทักษะชีวิตเช่น การรู้เท่าทันตนเอง (Emotional Intelligence) การเข้าใจผู้อื่น (Empathy)
- ความร่วมมือ การทำงานงานเป็นทีม (Collaboration)

5. สถานการณ์และแนวโน้มภายใน สสส.

5.1 คณะกรรมการกองทุน สสส. ได้เห็นชอบกรอบนโยบายแนวทางการจัดทำแผนหลัก 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) โดยหนึ่งในกรอบนโยบายสำคัญคือ *“ยกระดับการพัฒนาศักยภาพ และการเชื่อมโยงเครือข่ายการทำงาน เพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ ระดับชาติและสากล ทั้งในเชิงผลักดันนโยบาย การประสานทรัพยากร และงานวิชาการ ส่งเสริมบทบาทนำ ภาพลักษณ์ และความรับผิดชอบงานด้านสร้างเสริมสุขภาพของไทยในประชาคมโลก”* ดังนั้น แผนงานภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ ในฐานะที่เป็นตัวกลางของ สสส. ในการเชื่อมประสานภาคีเครือข่ายทั้งในประเทศและต่างประเทศ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนากลไกในการขับเคลื่อนผลักดันนโยบายและงานวิชาการต่างๆ ที่ สสส. มีอยู่ เพื่อนำมาสนับสนุนต่อยอดการทำงานสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างกว้างขวางเพิ่มขึ้นทั้งในประเทศและสากล และสอดรับกับแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพโลกของประเทศไทย (พ.ศ.2564-2570) ที่ สสส. และภาคีด้านสุขภาพโลกได้ร่วมกันพัฒนาขึ้นมาด้วย ตลอดจนการส่งเสริมบทบาท สสส. ให้เป็นศูนย์การเรียนรู้ระดับนานาชาติด้านการสร้างเสริมสุขภาพผ่านการเชื่อมโยงภาคีด้านสุขภาพโลกให้ทำงานร่วมกันในลักษณะเครือข่ายแหล่งเรียนรู้ ที่สามารถส่งเสริมให้ประเทศต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางมีศักยภาพที่สูงขึ้นในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ นับเป็นการต่อยอดและขยายผลความสำเร็จของ สสส. ในฐานะที่ได้รับการยอมรับให้เป็นต้นแบบองค์กรที่ดำเนินการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับนานาชาติ

5.2 จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมามีข้อเสนอแนะจากการประเมินผลแผนหลัก สสส. (พ.ศ. 2561 – 2563) และการประเมินผลตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2555 – 2564) รวมถึงข้อเสนอแนะต่างๆ ของผู้ทรงคุณวุฒิด้านการประเมินผล พบว่า ในการประเมินผลภาพรวมของ สสส. ยัง

มีข้อจำกัด อาทิ ความชัดเจนในการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์และผลการดำเนินงานของแผนกับยุทธศาสตร์หลักของ สสส. ความพร้อมของข้อมูลสำหรับใช้ในการประเมินผลที่ครอบคลุมทุกมิติ และระบบการติดตามและประเมินผลยังมีช่องว่างในการพัฒนาหลายด้าน **จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลที่สำคัญ ได้แก่ การกำหนดกรอบการประเมินผลระดับต่าง ๆ ขององค์การ (evaluation framework) การกำหนดนโยบายและกลไกการประเมินผล การพัฒนาระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศเพื่อการติดตามและประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมและเพียงพอต่อการใช้งาน การสร้างองค์ความรู้ด้านการประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพ/ขีดความสามารถด้านการติดตามและประเมินผลระดับบุคคล (ทั้งภายในและภายนอก) รวมทั้งสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายนักประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพที่เข้มแข็งและเสริมสร้างวัฒนธรรมการประเมินผลขององค์การ (evaluation culture) ต่อไป**

นิยามเชิงปฏิบัติการ

1. ผลงานวิจัยคือ ผลงานทางวิชาการที่เป็นงานศึกษาหรืองานค้นคว้าอย่างมีระบบด้วยวิธีวิทยาการวิจัยที่เป็นที่ยอมรับในสาขาวิชานั้นๆ และมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูล คำตอบหรือข้อสรุปรวมที่จะนำไปสู่ความก้าวหน้าทางวิชาการ หรือเอื้อต่อการนำวิชาการนั้นไปประยุกต์[93]

2. ผลงานวิชาการ คือ คือผลงานที่ต้องได้มาจากการศึกษาโดยใช้หลักวิชาการเป็นเกณฑ์ ปราศจากอคติ และเสนอผลงานตามความเป็นจริง ไม่จงใจเบี่ยงเบนผลการศึกษาหรือวิจัยโดยหวังผลประโยชน์ส่วนตัวหรือเพื่อก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น และเสนอผลงานตามความเป็นจริงไม่ขยายข้อค้นพบ โดยปราศจากการตรวจสอบยืนยันในทางวิชาการ แบ่งออกเป็น 9 กลุ่ม คือ

1) เอกสารประกอบการสอน
2) เอกสารคำสอน
3) บทความทางวิชาการ
4) ตำรา
5) หนังสือ
6) งานวิจัย
7) งานแปล
8) ผลงานทางวิชาการในลักษณะอื่น
9) ผลงานทางวิชาการรับใช้สังคม[94]

3. นวัตกรรม (innovation) หมายถึง การทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยวิธีการ แนวคิด กระบวนการใหม่ ที่แก้ไขปัญหา เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง หรือพัฒนาสังคม สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ

องค์ประกอบ :

[93] ประกาศ กพอ. เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการพิจารณาแต่งตั้งบุคคลให้ดำรงตำแหน่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ และศาสตราจารย์ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2550. (2550, เมษายน 2). ราชกิจจานุเบกษา, 124 (ตอนพิเศษ 39 ง), 39

[94] ประกาศ กพอ. เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการพิจารณาแต่งตั้งบุคคลให้ดำรงตำแหน่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ และศาสตราจารย์ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2550. (2550, เมษายน 2). ราชกิจจานุเบกษา, 124 (ตอนพิเศษ 39 ง), 51 - 67

1) ใหม่
2) สามารถใช้ในการแก้ปัญหา
3) สร้างการเปลี่ยนแปลง โดยได้กำหนดระดับของนวัตกรรม

ระดับ :

1) มีโครงการที่มีแนวคิดหรือวิธีการใหม่ในการแก้ไขปัญหา เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง
2) มีต้นแบบเบื้องต้นที่พิสูจน์แนวคิด (proof of concept) ตามข้อ 1
3) มีต้นแบบและองค์ความรู้ที่ได้จากต้นแบบที่พร้อมสำหรับการขยายผล
4) มีการนำต้นแบบไปใช้ขยายผลวงกว้างในระดับต่างๆ ตามความเหมาะสม

4. นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง แนวคิด กระบวนการ หรือสิ่งประดิษฐ์ ที่เกิดขึ้นจากการผสมผสานความคิดริเริ่มสร้างสรรค์บนฐานของวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม ให้เป็นผลงานที่นำไปสู่การแก้ปัญหา หรือพัฒนาสังคมสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ ช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ หรือส่งเสริมให้คนมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

5. ต้นแบบนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง นวัตกรรมที่สร้างหรือพัฒนาขึ้น ซึ่งสามารถแสดงผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการเรียนรู้และขยายผลในวงกว้าง หรือเพื่อสร้างผลสำเร็จซ้ำในลักษณะเดียวกันหรือคล้ายคลึงกัน โดยมีการวิเคราะห์ให้เห็นองค์ประกอบภายในกระบวนการและขั้นตอน ปัจจัย เงื่อนไข และบริบทที่ส่งผลต่อความสำเร็จ โดยอาจมีการประเมินความเหมาะสมเพื่อนาไปขยายผลได้

6. การใช้ประโยชน์และการขยายผล หมายถึง การมีหลักฐานที่แสดงว่าได้มีการนำองค์ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร งานวิจัย ความรู้ องค์ความรู้ นวัตกรรม เป็นต้น ไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เช่น เพื่อการอ้างอิง การเผยแพร่ในรูปแบบของเอกสาร การประชุมวิชาการ การวางแผน ออกแบบกิจกรรมการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ การกำหนด ผลักดัน หรือขับเคลื่อนนโยบาย รวมถึงการสื่อสาร เป็นต้น

7. ประเมินประสิทธิผลการใช้ประโยชน์จากต้นแบบนวัตกรรม ได้แก่ ผลประเมินความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมาย, ข้อมูลการแจ้งจดทรัพย์สินทางปัญญา มีระยะเวลาการประเมิน ดังนี้

7.1 รายงานผลการทดสอบ/ทดลองผลงาน เนื่องจากเป็นการทดสอบต้นแบบ การประเมินผลสามารถดำเนินการได้ภายในช่วงระยะเวลาประมาณ 1 เดือนหลังจากการทดสอบ

7.2 การจัดทำคู่มือที่เป็นการนำเสนอรายละเอียด และลำดับขั้นตอนของการใช้ผลงานนั้นมีความซับซ้อนพอสมควร ยากที่จะอธิบายให้ผู้ใช้งานเข้าใจได้ในครั้งเดียว และการใช้งานจะต้องดำเนินการในแนวเดียวกัน ระยะเวลาดำเนินการช่วงระยะเวลาประมาณ 2 - 3 เดือนหลังจากการทดสอบ

จุดเน้นของแผน

1. พัฒนาฐานข้อมูลและระบบกลไกสนับสนุนการบริหารจัดการภาคีสัมพันธ์ ที่ทันสมัย สามารถเชื่อมโยงภาคียุทธศาสตร์ได้อย่างครอบคลุมภาคีเครือข่ายทุกกลุ่ม ครบทุกประเด็นหลัก (key issues) และพื้นที่การทำงาน (setting areas) ตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ สสส.

2. พัฒนาดัชนีชี้วัดภาคีเข้มแข็ง เพื่อใช้เป็นกรอบในการติดตามและประเมินสมรรถนะของภาคี สสส. ที่สอดคล้องกับการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพตามทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ 10 ปี สสส.

3. พัฒนานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพันธมิตร เช่น เด็กและเยาวชน กลุ่ม Startup ภาคธุรกิจ เป็นต้น

4. เตรียมความพร้อมในการสร้างระบบและกลไกสนับสนุนผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ และนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ที่มีประสิทธิภาพ

5. พัฒนาฐานข้อมูลเพื่อใช้ในการกำกับติดตามและประเมินผลตามทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565–2574)

6. กรอบการประเมินผลระดับต่าง ๆ ขององค์การ (evaluation framework) ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนการดำเนินงานขององค์การ เพื่อให้เกิดกลไกการประเมินผลอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมการบริหารจัดการต้นทางตั้งแต่การประเมินข้อเสนอโครงการ การกำกับติดตามผลการดำเนินงานโครงการตลอดจนการจัดการปลายทาง โดยมุ่งเน้นการประเมินผลลัพธ์ ผลกระทบ

7. จัดการความรู้ร่วมกับแผนต่างๆ ของ สสส. และภาคีเครือข่าย เพื่อนำความรู้จากการทำงานของ สสส. และภาคีเครือข่ายมาพัฒนาหลักสูตรเอกลักษณ์ (Signature Course) และหลักสูตรมาตรฐานอื่นๆ (Professional Course) เพื่อสร้างความโดดเด่นในการพัฒนาศักยภาพของสถาบัน และส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Life-long Learning)

8. พัฒนาศักยภาพนักสร้างสุขภาวะ (Health Promoter / Social Changer) ในระดับหน่วยงานองค์กร ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม และประชาชนทั่วไป ให้เกิดพื้นที่การเรียนรู้ร่วม (Collaborative) และการสังเคราะห์ความรู้ใหม่ (Constructivism) เพื่อสามารถขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลกระทบ รวมทั้งเกิดนวัตกรรม

9. สื่อสารให้สถาบันเป็นที่รู้จักและยอมรับเพื่อสร้างความร่วมมือด้านวิชาการ เช่น การเทียบหน่วยกิตและสะสมหน่วยกิตรายวิชาร่วมกับสถาบันการศึกษา การวิจัย การพัฒนาศักยภาพของนักขับเคลื่อนสุขภาวะอย่างเป็นระบบร่วมกับหน่วยงานในระดับชาติและระดับนานาชาติ

10. พัฒนาบุคลากรของสถาบันในด้านการสื่อสารและการทำงานเชิงรุก เพื่อให้บุคลากรสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้สถาบันเติบโตได้อย่างต่อเนื่อง

เป้าหมายในการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก

1. แผนงานภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์

1) ฐานข้อมูลและระบบบริหารจัดการภาคีสัมพันธ์ (Partners Relationship Management, PRM) ที่ทันสมัย มีการบูรณาการข้อมูลที่จำเป็นในการขับเคลื่อนงานของภาคีได้อย่างครอบคลุม และสามารถเชื่อมโยงช่องทางการสื่อสารถึงภาคีได้อย่างครบวงจร จำนวน 1 ระบบ

2) ดัชนีชี้วัดภาคีเข้มแข็ง เพื่อใช้ติดตามและประเมินสมรรถนะของภาคีที่สอดคล้องกับการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพตามทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ 10 ปี สสส.

2. แผนงานวิชาการและนวัตกรรม

1) ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ และนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 2 ผลงาน ที่มีการนำไปขยายผลในระดับต่าง ๆ ตามความเหมาะสม *ต้องผ่านเกณฑ์ตามนิยามเชิงปฏิบัติการ

3. แผนงานสนับสนุนการติดตามและประเมินผล

1) ฐานข้อมูลสำหรับการกำกับติดตามและประเมินผลตามดัชนีชี้วัดกลาง อย่างน้อย 1 ประเด็น

4. สถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ

1) ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานตามแผนของสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ (Thaihealth Academy) อย่างน้อยร้อยละ 80 ของเป้าหมายปี 2566

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการภาคีสัมพันธ์ให้มีความทันสมัยสอดคล้องกับบริบทใหม่ในยุคดิจิทัล และสนับสนุนภาคีเครือข่ายให้เกิดการเชื่อมร้อยภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ
2. สร้างกรอบการประเมินความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย สสส. เพื่อให้แผนต่างๆ สามารถใช้ประโยชน์จากการประเมินในการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพภาคีให้มีความพร้อมสามารถขับเคลื่อนงานให้บรรลุตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี ได้
3. เพื่อพัฒนาผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ และนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพันธมิตรทั้งภายในและภายนอก สสส. ให้เกิดการใช้ประโยชน์ได้จริง สามารถต่อยอด และขยายผลงานอย่างเป็นรูปธรรม
4. พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามทิศทางและเป้าหมายกองทุน ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 – 2574) เพื่อใช้ในการวางแผน กำกับทิศทาง และประเมินผลการดำเนินงานตามเป้าหมายที่กำหนดไว้
5. เพื่อขยายองค์ความรู้จากการดำเนินงานสร้างสุขภาวะของ สสส.และภาคีเครือข่าย ผ่านการจัดการความรู้ การบริหารองค์ความรู้และงานวิจัย การออกแบบหลักสูตรเอกลักษณ์ (Signature Course) และหลักสูตรมาตรฐานอื่นๆ (Professional Course) และขยายโอกาสการเข้าถึงหลักสูตร หรือองค์ความรู้ต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Life-long Learning)

6. เพื่อยกระดับความสามารถนักขับเคลื่อนสุขภาวะ (Health Promoter / Social Changer) ในระดับหน่วยงาน องค์กร ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ให้เกิดพื้นที่การเรียนรู้ร่วม (Collaborative) และการสังเคราะห์ความรู้ใหม่ (Constructivism) เพื่อสามารถขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลกระทบ รวมทั้งเกิดนวัตกรรม

7. เพื่อให้สถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นที่รู้จักและยอมรับในด้านการพัฒนาศักยภาพการสร้างเสริมสุขภาวะ และเกิดการสร้างความรู้ ความร่วมมือด้านวิชาการ การวิจัย และการพัฒนาศักยภาพร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ในประเทศและต่างประเทศ

8. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานของสถาบันฯ ให้สามารถเติบโตได้อย่างยั่งยืน

กลุ่มเป้าหมาย

1. ภาคีเครือข่ายที่ได้รับการสนับสนุนทุนจากสำนักต่าง ๆ ของ สสส. ซึ่งเป็นภาคีที่มีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promoter / Social Changer) ได้แก่ ภาคีเครือข่ายที่ขับเคลื่อนงานเชิงประเด็น หรือเชิงพื้นที่ หรือกลุ่มประชากร ภาคีกลไกประสาน (Node) โดยเน้นการดำเนินงานการพัฒนาศักยภาพ และสานเสริมพลังความเข้มแข็งของเครือข่าย

2. ภาคียุทธศาสตร์ทั้งในและต่างประเทศ กระทรวง หน่วยงานภาครัฐ สถาบันการศึกษา องค์กรภาคประชาสังคม องค์กรที่มีพันธกิจด้านการสร้างเสริมสุขภาวะ เน้นการพัฒนาความร่วมมือในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ

3. ภาคีและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านงานวิชาการและนวัตกรรม ภาคีและพันธมิตรที่มีศักยภาพ ในรูปแบบเครือข่ายนักวิจัย นักวิชาการ เครือข่ายผู้ประกอบการรายใหม่ (Startup) ภาคธุรกิจ ภาคีเครือข่าย สสส. และหน่วยงานของรัฐและเอกชน รวมทั้งสถาบันอุดมศึกษาที่ดำเนินการเกี่ยวกับการวิจัยและนวัตกรรม เพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบกลไกทางสังคมและสุขภาพร่วมกับเจ้าภาพหลัก เกิดการทำงานเชิงระบบอันจะทำให้มีการทำงานที่ต่อเนื่อง โดยประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนและเสริมพลังการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับภาคส่วนต่างๆ

4. สำนักและฝ่ายที่ดูแลแผนต่าง ๆ ของ สสส. ผ่าน การร่วมดำเนินการของแผน การให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะเชิงกลยุทธ์ที่เกี่ยวกับงานภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร สสส. กับสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ และการนำกลไกที่เกิดขึ้นไปใช้ในการกำกับติดตามประเมินผลวางแผนยุทธศาสตร์และงบประมาณสำหรับการดำเนินงานให้บรรลุตามทิศทางและเป้าหมายกองทุน ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 – 2574)

5. ประชาชนทั่วไป (Health Promoter / Social Changer) ผ่านการร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพของสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ ให้มีความสามารถในการถ่ายทอดวิถีสุขภาวะที่ดีในชุมชนและสังคม

กลุ่มแผนงาน

1. แผนงานภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์

1) พัฒนาระบบบริหารจัดการภาคีสัมพันธ์ในรูปแบบดิจิทัลแฟลตฟอร์ม ให้มีฐานข้อมูลภาคีอย่างครอบคลุม และสนับสนุนการเชื่อมโยงกับช่องทางการสื่อสารถึงภาคีได้

2) ยกระดับกลไกสนับสนุนภาคีเครือข่ายเดิมให้สามารถบริหารจัดการ และสนับสนุนการทำงานของภาคีเครือข่ายได้สอดคล้องกับความต้องการและบริบทใหม่ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) หนุนเสริมการสร้างสมรรถนะและกลไกการเตรียมความพร้อมของ สสส.และภาคีเครือข่ายเพื่อสามารถรองรับกับบริบทการเปลี่ยนแปลงต่างๆ

4) ส่งเสริมบทบาท สสส. ให้เป็นศูนย์การเรียนรู้ระดับนานาชาติด้านการสร้างเสริมสุขภาพผ่านการเชื่อมโยงภาคีด้านสุขภาพโลกให้ทำงานร่วมกันในลักษณะเครือข่ายแหล่งเรียนรู้ ที่สามารถส่งเสริมให้ประเทศต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางมีศักยภาพที่สูงขึ้นในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ

5) สร้างความสัมพันธ์พัฒนาความร่วมมือกับองค์กร/เครือข่ายยุทธศาสตร์ด้านสร้างเสริมสุขภาพทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ จัดการความรู้และเผยแพร่บทบาทและวิธีการทำงานของ สสส. สู่สากล

2. แผนงานวิชาการและนวัตกรรม

1) สนับสนุนการนำข้อมูล องค์ความรู้ งานวิจัย งานวิชาการ และนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพในเชิงประเด็นและเชิงพื้นที่ ไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่ต่างๆ ผ่านกระบวนการเรียนรู้ และการสื่อสารที่มีประสิทธิผล

2) สนับสนุนให้เกิดกลไกการนำระบบเทคโนโลยีดิจิทัลด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดการขยายฐานผู้รับประโยชน์ โดยร่วมมือกับสำนัก/ฝ่ายต่างๆ ภายใน สสส. ภาคีเชิงยุทธศาสตร์ สถาบันอุดมศึกษาและผู้ประกอบการรายใหม่ (Startup) ในประเด็นการทำงานที่สอดคล้องบริบทสถานการณ์สุขภาพที่สำคัญและสอดคล้องกับประเด็นเป้าหมายยุทธศาสตร์ 10 ปี

3) สนับสนุนกลไกการศึกษา ออกแบบ และระบบสารสนเทศที่เชื่อมโยงข้อมูลต่างๆ โดยบูรณาการความร่วมมือในเชิงประเด็นและเชิงพื้นที่กับสำนัก/ฝ่ายต่างๆ ใน สสส.

4) สนับสนุนการรวบรวมข้อมูล องค์ความรู้งานวิชาการ และนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสร้างระบบนิเวศที่ให้งานวิจัยและนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์

3. แผนงานสนับสนุนการติดตามและประเมินผล

1) พัฒนากรอบการประเมินผลระดับต่าง ๆ ขององค์การ (evaluation framework) ร่วมกับคณะกรรมการประเมินผลและสำนักงาน

2) สร้างความร่วมมือกับหน่วยงาน เครือข่ายนักวิชาการ ที่เชี่ยวชาญด้านการติดตามและประเมินผล เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดกลางสำหรับการกำกับติดตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ (ในห่วงโซ่ผลลัพธ์ 7 ประเด็น)

4. สถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ

1) สร้างความโดดเด่นด้านการพัฒนาศักยภาพการสร้างเสริมสุขภาวะ โดยพัฒนาหลักสูตรเอกลักษณ์ (Signature Course) และหลักสูตรมาตรฐานอื่นๆ (Professional Course) หรือกระบวนการจัดการเรียนรู้ในด้านการสร้างเสริมสุขภาวะ การวัดและประเมินผลการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์

2) การพัฒนาศักยภาพนักขับเคลื่อนสุขภาวะ (Health Promoter / Social Changer) ในระดับหน่วยงาน องค์กร ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม และประชาชนทั่วไป เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลกระทบ รวมทั้งเกิดนวัตกรรม

3) การสื่อสารเพื่อสร้างความร่วมมือกับส่วนงานภายใน สสส. ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานภายนอก เช่น หน่วยงานภาครัฐ สถาบันวิชาการ สถานศึกษา ภาคประชาสังคม ภาคเอกชนในประเทศและต่างประเทศ

4) การพัฒนาบุคลากรให้มีความสามารถเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน

ภาคีหลัก

องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาวะ, ภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ สสส., คณะกรรมการประเมินผล และคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง, กระทรวงการต่างประเทศ, กองการต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ, สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ, ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์, สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, สำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สป.อว.), สำนักมาตรฐานและคุณภาพอุดมศึกษา, สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, สถาบันส่งเสริมภาคประชาสังคม, องค์กรที่จัดตั้งตามพระราชบัญญัติเฉพาะ, มูลนิธิพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP), มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP), มูลนิธิหมอชาวบ้าน, มูลนิธิวายไอวาย, มูลนิธิบูรณะชนบทแห่งประเทศไทย, บริษัท กู๊ดแฟคทอรี่ จำกัด, บริษัท ไรซ์ แอคเซล จำกัด, กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา, องค์การบริหารการปกครองท้องถิ่น, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์, เครือข่ายมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพ ASEAN University Network - Health Promotion Network (AUN-HPN), World Health Organization (WHO), International Network of Health Promotion Foundations (INHPF), Southeast Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA), United Nations Agencies, World Bank, Prince Mahidol Award Foundation, NCD Alliance

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
กลุ่มแผนงานภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์	61.50
กลุ่มแผนงานวิชาการและนวัตกรรม	61.84
กลุ่มแผนงานติดตามและประเมินผล	14.50
กลุ่มแผนงานสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ	15.70
การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	11.46
- *แผนงานภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์*	*4.00*
- *แผนงานวิชาการและนวัตกรรม*	*1.66*
- *แผนงานติดตามและประเมินผล*	*1.50*
- *แผนงานสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ*	*4.30*
รวม	**165.00**

14. แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ

สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

แผนการดำเนินงานประจำปี 2566 มีความสอดคล้องไปกับแผนหลัก ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ และทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 - 2574) ของ สสส. ซึ่งมีเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ข้อที่ 3 คือ "เพิ่มสัดส่วนการบริโภคอาหารอย่างสมดุล" เป็นจุดเน้นการทำงานที่เป็นเป้าหมายหลัก โดยมีการกำหนดเป้าหมายหลักของแผนหลัก ระยะ 5 ปี คือ "ประชาชนมีความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ ภายใต้ระบบอาหารที่ยั่งยืน" และมีเป้าหมายสำคัญในระยะ 10 ปี คือ "ประชาชนมีการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะอย่างสมดุล ภายใต้ระบบอาหารที่ยั่งยืน"จุดเน้น และแนวทางการดำเนินงานมีความสอดคล้องกับเป้าหมายระดับโลก โดยเฉพาะเป้าหมายในการบรรลุ "วาระการพัฒนาที่ยั่งยืน ค.ศ.2030" (The 2030 Agenda for Sustainable Development) ซึ่งความมั่นคงด้านอาหารสำหรับทุกคนเป็นรากฐานที่สำคัญของวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน รวมถึงสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายด้านโภชนาการระดับโลก (Global Nutrition Target) โดยที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก ได้ตั้งเป้าหมายโภชนาการระดับโลก ปี พ.ศ. 2568 (World Health Organization, 2559) นอกจากนี้ ยังเน้นการดำเนินงานที่สอดคล้องกับทิศทางตามวิสัยทัศน์ แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580) โดยเชื่อมโยงกับกรอบการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ภายใต้แนวคิด "พลิกโฉมประเทศไทย สู่เศรษฐกิจสร้างคุณค่า สังคมเดินหน้าอย่างยั่งยืน" (Transformation to Hi-Value and Sustainable Thailand) สนับสนุน สาน และเสริมพลังการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภายใต้กรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 - 2579) เพื่อมุ่งสู่วิสัยทัศน์ที่ว่า "ประเทศไทยมีความมั่นคงด้านอาหารและโภชนาการ เป็นแหล่งอาหารที่มีคุณภาพสูง ปลอดภัย และมีคุณค่าทางโภชนาการเพื่อชาวไทยและชาวโลกอย่างยั่งยืน"

นอกจากนี้ด้วยสถานการณ์วิกฤตอาหารโลกที่ส่งผลกระทบต่อระบบอาหาร อันมีสาเหตุจากหลายประการ ได้แก่ ผลกระทบจากภาวะสงครามรัสเซีย–ยูเครน ปัญหาค่าครองชีพสูง การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Climate Change) และภาวะทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากวิกฤตโควิด-19 สะท้อนความเปราะบางเหลื่อมล้ำของระบบห่วงโซ่อุปทานอาหารทั่วโลก ทั้งนี้จากรายงานขององค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) ระบุว่าดัชนีราคาอาหาร (Food Price Index) ในเดือนมีนาคม ปี 2565 เพิ่มขึ้นเกือบร้อยละ 13 จากเดือนกุมภาพันธ์ของปีเดียวกัน และเมื่อเปรียบเทียบราคาอาหารของเดือนเมษายน ปี 2564 และ 2565 พบแนวโน้มเพิ่มขึ้นเกือบร้อยละ 30 จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนปัญหาราคาอาหารที่สูงขึ้น แต่ประชาชนยังมีรายได้เท่าเดิมหรือน้อยลง ย่อมส่งผลโดยตรงต่อการเข้าถึงอาหารอันจะนำมาสู่ความไม่มั่นคงด้านอาหาร (Food Insecurity) ก่อให้เกิดปัญหาความอดอยาก ขาดสารอาหาร และเกิดภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งส่งผลต่อพัฒนาการทางร่างกายและสติปัญญาของประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศรายได้น้อยและรายได้ปานกลาง ทั้งนี้แผนอาหารเพื่อสุขภาวะจึงได้ดำเนินการขยายผลองค์ความรู้และนวัตกรรมในการรับมือกับสถานการณ์วิกฤตอาหารที่สำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมโภชนาการเชิงรุกที่มุ่งปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะของประชาชนในทุกช่วงวัย เพื่อรับมือวิกฤตด้านอาหารที่ส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการโดยเฉพาะในกลุ่มทารกและเด็กเล็ก กลุ่มเด็กและเยาวชน และกลุ่มเปราะบาง การส่งเสริมเกษตรในเมืองเพื่อรับมือวิกฤตด้านอาหาร การใช้ประโยชน์จากที่ดินรกร้างว่างเปล่าเพื่อการผลิตอาหารของชุมชน การสนับสนุนปัจจัยการผลิตอาหารให้กับกลุ่มคนเมืองที่มีความเปราะบางด้านอาหาร ยกระดับแหล่งเชื่อมโยงและกระจาย

อาหารสู่ผู้บริโภค ส่งเสริมตลาดสีเขียวหรือตลาดชุมชนเพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจอาหารชุมชนและสร้างการเข้าถึงอาหารของประชากรในพื้นที่เมือง ชานเมือง และชนบท ส่งเสริมความรู้เพื่อการปรับตัวและพึ่งพาตนเองด้านอาหาร พัฒนาศักยภาพผู้ผลิต ผู้ประกอบการ และผู้บริโภคให้มีความรอบรู้ด้านอาหารเพื่อสุขภาวะ รวมทั้งนำใช้นวัตกรรมการแบ่งปันอาหาร/การกระจายอาหารในภาวะวิกฤต เพื่อช่วยสร้างการเข้าถึงอาหารที่ดีมีคุณภาพในราคาที่เป็นธรรมให้กับกลุ่มเปราะบาง ผลักดันกองทุนสวัสดิการอาหารชุมชน และระบบการสำรองอาหาร เป็นต้น

การขับเคลื่อนระบบอาหารเพื่อสุขภาวะ ในปี 2566 มีภารกิจสำคัญ คือ การดำเนินการให้ครอบคลุมและเชื่อมโยงไปทั้งระบบอาหาร (Food System) ตั้งแต่การผลิต ไปสู่การกระจาย การแปรรูป การตลาด และผู้บริโภค โดยในการผลิตจะให้ความสำคัญกับการสนับสนุนต้นแบบแหล่งผลิตอาหารปลอดภัย/อินทรีย์ การส่งเสริมระบบการผลิตที่ยั่งยืนเพื่อสร้างความมั่นคงทางอาหารและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม สร้างความเข้มแข็งต่อกระบวนการผลิตอาหารในระดับครัวเรือน ชุมชน และอุตสาหกรรมอาหาร ด้วยระบบอาหารที่ยั่งยืนเพื่อสร้างความเชื่อมโยงผลผลิตอาหารเพื่อสุขภาวะจากเกษตรกรสู่ผู้บริโภคอย่างเป็นรูปธรรมทั้งในภาวะวิกฤตและภาวะปกติ รวมทั้งขยายผลจากโมเดล นวัตกรรมและองค์ความรู้จากภาคีเครือข่ายด้านการผลิต การกระจาย/แบ่งปัน ราคาอาหารที่เป็นธรรม การปรุงประกอบอาหารเพื่อการเข้าถึงอาหารปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการ รวมทั้งสนับสนุนการปรับสูตรอาหารในระบบอุตสาหกรรมที่มุ่งสร้างสุขภาพ ในด้านการกระจายและตลาดอาหาร จะมุ่งเน้นการสร้างช่องทาง/กลไกเพื่อกระจายอาหารสุขภาวะที่หลากหลายและเข้าถึงได้ง่าย สนับสนุนเศรษฐกิจอาหารและส่งเสริมตลาดเขียว/ตลาดชุมชน/ตลาดเชิงสถาบัน และในด้านการบริโภค ยังคงเน้นรณรงค์สื่อสารความรอบรู้การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดพลเมืองอาหารที่มีความรู้ทักษะและจิตสำนึกในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะและสามารถรวมพลังให้เกิดเป็นชุมชนอาหารที่เข้มแข็ง

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

1. อาหารเพื่อสุขภาวะ (Healthy Food & Nutrition) หมายถึง อาหารที่มีคุณลักษณะทางกายภาพและส่วนประกอบที่มีคุณค่าทางโภชนาการ และมีความปลอดภัย ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และเป็นอาหาร ที่ผ่านกระบวนการผลิตที่คำนึงถึงการหมุนเวียนของทรัพยากรให้เกิดความสมดุลทางธรรมชาติและรักษาความหลากหลายทางชีวภาพ

2. ระบบอาหารที่ยั่งยืน[95] **(Sustainable food system)** หมายถึง ระบบอาหารที่ให้ความมั่นคงด้านอาหารและโภชนาการแก่ทุกคนในมิติด้านเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อมเพื่อสร้างความมั่นคงทางอาหารและโภชนาการสำหรับคนรุ่นต่อไปซึ่งจะไม่ลดลง หมายความว่า มีความยั่งยืนทางเศรษฐกิจ มีประโยชน์ในวงกว้างสำหรับสังคม และมีผลกระทบเชิงบวกหรือเป็นกลางต่อสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ

3. ปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาวะ (Food Environment) หมายถึง คุณลักษณะทางด้านกายภาพ เศรษฐกิจ นโยบาย สังคมวัฒนธรรม การสร้างโอกาสและเงื่อนไข ที่มีผลต่อการเลือกบริโภคอาหารและเครื่องดื่มของประชาชน

4. ความมั่นคงทางอาหาร (Food Security) หมายถึง การเข้าถึงอาหารที่มีอย่างเพียงพอสำหรับการบริโภคของประชาชนในประเทศ อาหารมีความปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการเหมาะสมตามความต้องการตามวัยเพื่อการมีสุขภาวะที่ดี รวมทั้งการมีระบบการผลิตที่เกื้อหนุน รักษาความสมดุลของระบบ

[95] องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO)

นิเวศวิทยาและความคงอยู่ของฐานทรัพยากรอาหารทางธรรมชาติของประเทศ ทั้งในภาวะปกติหรือเกิดภัยพิบัติ สาธารณภัยหรือการก่อการร้ายอันเกี่ยวเนื่องจากอาหาร[96]

5. พลเมืองอาหาร (Food Citizenship) หมายถึง คนหรือผู้คน ที่ตระหนักถึงศักยภาพ สิทธิ บทบาทหน้าที่ในการเข้าถึงและบริโภคอาหารที่มีสุขภาวะ โดยสร้างการเปลี่ยนแปลงทั้งต่อตนองและสังคม

6 ชุมชนอาหาร (Food Community) หมายถึง พื้นที่ความสัมพันธ์ของผู้คนที่มีความตระหนักและนำสู่การร่วมสร้างอาหารที่ดี ทำให้เกิดการเข้าถึงอาหารที่หลากหลายปลอดภัย ทั่วถึง เป็นธรรม อาทิ การพัฒนาโรงเรียนอาหารสุขภาวะ โรงพยาบาลอำเภอสีเขียว ตลาดสีเขียวชุมชน การร่วมผลักดันอุตสาหกรรมอาหารให้มีทางเลือกเพื่อสุขภาพที่มากขึ้นในราคาที่เหมาะสมเป็นธรรม เป็นต้น

7. เศรษฐกิจอาหาร (Food Economy) หมายถึง รูปแบบการประกอบการอาหารที่ดีต่อสุขภาพ โดยมุ่งใช้ทรัพยากรอย่างบูรณาการขององค์กรต่างๆ ในพื้นที่ โดยควรได้รับการหนุนเสริมจากมาตรการหรือนโยบายของท้องถิ่นและภาครัฐ (incentive structure)

8. ความรอบรู้ด้านอาหาร (Food Literacy) หมายถึง ความคิดอ่านเกี่ยวกับอาหารในทุกมิติ ทั้งความรู้จากผู้เชี่ยวชาญในเรื่องความมั่นคงอาหาร อาหารปลอดภัย โภชนาการ รวมทั้งความรู้จากภูมิปัญญาพื้นบ้านที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ตั้งแต่การเลือก การเตรียม การปรุง การกิน มีการเข้าถึงข้อมูลที่ช่วยในการคิดวิเคราะห์ตัดสินใจ ลงมือปฏิบัติ บอกต่อ ขยายผล

9. กลุ่มเปราะบาง หมายถึง คนที่มีปัญหาด้านสุขภาพหรือมีปัญหาในการเข้าถึงบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อาทิ คนพิการ ผู้ต้องขัง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พระสงฆ์ และผู้ด้อยโอกาสทางสังคมเศรษฐกิจหรือด้านอื่นๆ

จุดเน้นของแผน

การจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี พ.ศ.2566 ของแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ วางอยู่บนหลักการที่สำคัญ คือ 1) ยึดทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ของ สสส. 2) ยึดแนวนโยบายยุทธศาสตร์ และสถานการณ์ภาพรวมของประเทศ และทำงานเชิงรุกเตรียมพร้อมรองรับกับสถานการณ์สุขภาพ เช่น การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ 3) มุ่งแสวงหาปัจจัยการขยายผลเชิงยุทธศาสตร์ (Multiplier Effect) เพื่อสร้างผลลัพธ์ด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพอย่างก้าวกระโดด เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน 4) คำนึงการลดความเหลื่อมล้ำของประชากรกลุ่มเป้าหมาย สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมถึงบริบททางศาสนา วัฒนธรรม ชุมชน หรือท้องถิ่น และ 5) เน้นการส่งเสริมความเข้มแข็งภาคีเครือข่ายเพื่อสร้างนวัตกรรมใหม่ในการสร้างเสริมวิถีการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ โดยจุดเน้นของแผนแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1) ส่งเสริมโภชนาการเชิงรุกเพื่อการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะของประชาชนทุกช่วงวัย โดยพัฒนาองค์ความรู้ งานวิจัย และนวัตกรรมที่สนับสนุนการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ อาทิ ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และอาหารตามวัย การบริโภคอาหารให้หลากหลายและเหมาะสมตามธงโภชนาการ ลดการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม และสานพลังภาคีเครือข่ายขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการเพื่อรับมือวิกฤตด้านอาหารที่ส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มทารกและเด็กเล็ก กลุ่มเด็กและเยาวชน และกลุ่มเปราะบาง รวมทั้งสนับสนุนการ

[96] พระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ.2551

ผลักดัน ขับเคลื่อน บังคับใช้ ติดตามประเมินผลมาตรการหรือนโยบายด้านอาหารและโภชนาการเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีและลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการบริโภคอาหารที่อาจส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2) เสริมสร้างความเข้มแข็งของประชาชนเพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านอาหารเพื่อสุขภาวะและร่วมเฝ้าระวังความปลอดภัยของอาหาร โดยการพัฒนาศักยภาพแกนนำ และกระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สามารถสร้างความรู้ ความเข้าใจ ค่านิยม ทัศนคติ และจิตสำนึกด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะที่เหมาะสมกับประชาชนแต่ละช่วงวัย/พื้นที่/องค์กร ให้สอดคล้องกับบริบททางสังคม และวัฒนธรรมอาหาร มุ่งเน้นบูรณาการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานเจ้าภาพหลักทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่เพื่อสร้างการรับรู้และการเข้าถึงในวงกว้าง รวมทั้งส่งเสริมระบบเฝ้าระวังและคุ้มครองผู้บริโภคด้านคุณภาพและความปลอดภัยของอาหารเพื่อสื่อสารป้องกันความเสี่ยง และทำให้ประชาชนเฝ้าระวังเท่าทันต่อสถานการณ์

3) สนับสนุนการพัฒนาและนำใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีเพื่อสร้างสมรรถนะของผู้ผลิต ผู้ประกอบการ และผู้บริโภคให้เท่าทันต่อสถานการณ์ด้านอาหาร โดยการขยายความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายอาหารในกลุ่มคนรุ่นใหม่ ผู้ประกอบกิจการธุรกิจเพื่อสังคม หรือนักพัฒนาที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการจัดการข้อมูล การพัฒนาและเชื่อมโยงเพื่อใช้ประโยชน์ฐานข้อมูลที่มีความสำคัญต่อการบริหารจัดการสินค้าเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงอาหารทั้งในภาพรวมและระดับพื้นที่ ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติ การวางแผนการผลิตที่ตอบสนองความต้องการของผู้บริโภค และเพิ่มประสิทธิภาพด้านการกระจายอาหารในระดับครัวเรือนและชุมชนให้เกิดห่วงโซ่อาหารที่สั้นลง โดยใช้เศรษฐกิจอาหารชุมชนเป็นปัจจัยนำเพื่อสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจในกลุ่มผู้ผลิตที่เชื่อมโยงสู่การจัดการอาหารชุมชนมากขึ้น

4) ส่งเสริมระบบการผลิตอาหารที่ยั่งยืน เพื่อสร้างความมั่นคงทางอาหารในระดับครัวเรือน และชุมชน โดยสนับสนุนการเพิ่มสัดส่วนของพื้นที่การผลิตอาหารที่ยั่งยืน รวมถึงปรับเปลี่ยนวิถีการผลิตของเกษตรกรจากการผลิตเชิงเดี่ยวสู่เกษตรกรรมยั่งยืนที่มีความหลากหลายทางชีวภาพ รวมทั้งบูรณาการพื้นที่ยุทธศาสตร์การดำเนินงานของแผนอาหารเพื่อสุขภาวะไปสู่การยกระดับการพึ่งพาตนเองด้วยระบบอาหารที่ยั่งยืนได้มากขึ้น โดยคำนึงถึงมิติทางด้านสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยให้ความสำคัญกับประชาชนกลุ่มเปราะบาง พัฒนาระบบตลาดชุมชน หรือช่องทางการตลาดที่หลากหลายเพื่อการเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพและปลอดภัยของประชาชน ขยายผลโมเดล/นวัตกรรมต้นแบบด้านการแบ่งปันอาหาร การกระจายอาหาร หรือระบบการขนส่งอาหารในรูปออนไลน์เพื่อสร้างการเข้าถึงอาหารเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะหรือมาตรการของภาครัฐในการสนับสนุนความมั่นคงทางอาหารของครัวเรือนและชุมชนทั้งในภาวะวิกฤตและภาวะปกติ เพื่อให้เกิดการบูรณาการความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5) สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อนำไปสู่การบูรณาการภาคีเครือข่ายและภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การยกระดับทางด้านนโยบาย โดยสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมระหว่างภาคีเครือข่าย ประมวลต้นทุนศักยภาพ โอกาส ความท้าทาย และประเด็นทางสังคมเพื่อวิเคราะห์แนวทางการทำงานเชิงรุกเพื่อยกระดับการทำงานด้านอาหารเพื่อสุขภาวะไปสู่การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ เกิดเจ้าภาพร่วมในการขับเคลื่อนงานในด้านอาหารเพื่อสุขภาวะ ระหว่างแผนต่างๆ ของ สสส. ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานหลัก

เป้าหมายในการดำเนินงาน

1. ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ 75)

1.1 เกิดการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารเพื่อสุขภาวะในพื้นที่เป้าหมาย อย่างน้อย 3 แห่ง

1.2 เกิดต้นแบบระบบอาหารเพื่อสุขภาวะตลอดห่วงโซ่ อย่างน้อย 3 แห่ง

1.3 เกิดนวัตกรรม/รูปแบบ/ช่องทางการเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาวะของประชาชนในชุมชน อย่างน้อย 2 กรณี

1.4 เกิดกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ/ระบบอาหารที่ยั่งยืน อย่างน้อย 1 เรื่อง

2. ตัวชี้วัดร่วม (น้ำหนักร้อยละ 25)

นำใช้ข้อมูลนวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อดำเนินการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาวะทั้ง 4 มิติ และสนับสนุนการทำงานเชิงพื้นที่ องค์กร กลุ่มประชากร และระบบบริการสุขภาพ (อย่างน้อย 1 ครั้ง/ 1 พื้นที่)

วัตถุประสงค์

1.เพื่อสนับสนุนปัจจัยหนุนเสริมทั้งระดับบุคคล กลุ่มคน และองค์กร ให้เข้าถึงการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะด้วยระบบอาหารยั่งยืนทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต

2. เพื่อส่งเสริมระบบตลาดชุมชนเพื่อการกระจายอาหารที่หลากหลาย และสร้างความมั่นคงทางอาหารทั้งในระดับครัวเรือนและชุมชน

3. เพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านอาหารเพื่อสุขภาวะจากต้นทุนการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย พร้อมใช้การรณรงค์สื่อสาร เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

แนวทางการดำเนินงาน

1. กลุ่มเป้าหมาย

1.1 กลุ่มเปราะบาง/อดอยากหิวโหย ที่ได้รับผลกระทบมาจากสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ได้แก่ ทารกแรกเกิด กลุ่มเด็กด้อยโอกาส กลุ่มคนจนเมือง กลุ่มชุมชนแออัด กลุ่มแรงงานนอกระบบ กลุ่มคนตกงานและไม่มีรายได้ กลุ่มชาติพันธุ์ เป็นต้น

1.2 กลุ่มทารกและเด็กเล็ก

1.3 กลุ่มเด็กและเยาวชน

1.4 กลุ่มวัยทำงาน

1.5 กลุ่มผู้สูงอายุ

2. พื้นที่เป้าหมายการทำงานเชิงยุทธศาสตร์

แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ กำหนดพื้นที่ดำเนินงานนำร่องใน 9 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร นนทบุรี นครปฐม อุตรดิตถ์ เชียงราย อุบลราชธานี ยโสธร สงขลา และพัทลุง เพื่อเป็นพื้นที่ศึกษาเรียนรู้และติดตามผลจากการขับเคลื่อนระบบอาหารเพื่อสุขภาวะตลอดห่วงโซ่

3. ขอบเขตการดำเนินงาน

แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ มุ่งเน้นการดำเนินเพื่อตอบสนองต่อการบรรลุเป้าหมายการเพิ่มสัดส่วนการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปีของ สสส. โดยมีจุดประสงค์เพื่อสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชน และได้กำหนดขอบเขตการดำเนินงานที่สำคัญไว้ ดังนี้

1) การเพิ่มสัดส่วนประชาชนที่มีภาวะสุขภาพและโภชนาการสมดุล

ปัจจุบันประชาชนยังมีภาวะขาดสารอาหารเป็นจำนวนมาก แต่อีกด้านหนึ่งกลับมีแนวโน้มภาวะโภชนาการเกินที่มากขึ้น รวมถึงการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่ปัจจุบันมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น เช่น ภาวะอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง แมทาบอลิซึมซินโดรม เป็นต้น

2) การเสริมสร้างคุณภาพและความปลอดภัยทางอาหาร

สาเหตุส่วนใหญ่ของการเจ็บป่วยจากการบริโภคอาหารว่าเกิดจากอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์และสารเคมี ซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของผู้บริโภคแล้วยังส่งผลต่องบประมาณและเศรษฐกิจของประเทศ พบการปนเปื้อนของอันตรายในผลิตภัณฑ์ทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ เช่น การตกค้างของสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชและยาสัตว์ การปนเปื้อนของสารพิษจากเชื้อรา รวมถึงพบอาหารที่มีคุณภาพไม่ตรงตามมาตรฐาน เป็นต้น

3) การเสริมสร้างความมั่นคงทางอาหาร

ความมั่นคงทางอาหาร นับว่าเป็นสถานการณ์ที่ทุกคนในทุกเวลาสามารถเข้าถึงอาหารได้ทั้งด้านกายภาพ สังคม เศรษฐกิจ อย่างเพียงพอ ปลอดภัย มีคุณค่าทางโภชนาการและตรงกับความพึงพอใจของตนเองเพื่อการมีสุขภาพที่ดี โดยความมั่นคงทางอาหารจะต้องมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ การมีอาหารเพียงพอ (Food Availability) การเข้าถึงอาหาร (Food Access) การใช้ประโยชน์จากอาหาร (Food Utilization) และการมีเสถียรภาพด้านอาหาร (Food Stability) ดังนั้น หากยังไม่มีการบริหารจัดการด้านการเกษตรและอาหารที่ดีได้อย่างยั่งยืน จึงมีแนวโน้มว่าในอนาคตอาจเผชิญกับปัญหาความไม่มั่นคงทางอาหาร โดยเฉพาะความเหลื่อมล้ำทางอาหารในกลุ่มประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทห่างไกลความเจริญและประชาชนที่มีฐานะยากจน

4. ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างความรอบรู้ด้านอาหารเพื่อสุขภาวะ เกิดพลเมืองอาหารและชุมชนอาหาร โดยส่งเสริมการปรับพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ลดหวานมันเค็ม ในประชาชนทุกช่วงวัยเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สื่อสารรณรงค์เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะที่นำไปสู่การเป็นพลเมืองอาหารที่ตระหนักถึงศักยภาพ สิทธิ และบทบาทหน้าที่ในการเข้าถึงและบริโภคอาหารสุขภาวะ โดยสร้างการเปลี่ยนแปลงทั้งต่อตนองและสังคม

ยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างสภาพแวดล้อมอาหารที่เอื้อต่อการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ โดยบูรณาการสานเสริมพลังองค์กรชุมชน และภาคีเครือข่ายเพื่อร่วมขับเคลื่อนระบบอาหารที่ยั่งยืน สนับสนุนระบบการ

บริหารจัดการอาหารและโภชนาการอย่างครบวงจรเพื่อการแบ่งปัน พึ่งพาตนเอง สร้างวิถีการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ รวมทั้งการพัฒนามาตรการหรือแนวทางเพื่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพทั้งเชิงปริมาณ คุณภาพ และความหลากหลาย เพื่อการมีสุขภาวะที่ดีของประชาชนทุกช่วงวัย ลดการเจ็บป่วยจากการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมระบบเศรษฐกิจอาหารชุมชนและการกระจายอาหารเพื่อสุขภาวะ มุ่งสร้างความเข้มแข็งต่อกระบวนการผลิตอาหารในระดับครัวเรือน ชุมชน และอุตสาหกรรมอาหารด้วยระบบอาหาร ที่ยั่งยืนเพื่อสร้างความเชื่อมโยงผลผลิตอาหารเพื่อสุขภาวะจากเกษตรกรสู่ผู้บริโภคอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งในภาวะวิกฤตและภาวะปกติ รวมทั้งขยายผลจากโมเดล นวัตกรรมและองค์ความรู้จากภาคีเครือข่ายด้านการผลิต การกระจาย/แบ่งปัน การปรุงประกอบอาหารเพื่อการเข้าถึงอาหารปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการ โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มเปราะบางที่ได้รับผลกระทบจากภาวะวิกฤตด้านความมั่นคงทางอาหาร อาหารปลอดภัย และโภชนาการ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ส่งเสริมการขับเคลื่อนนโยบายและกฎหมาย โดยพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรม งานวิชาการ งานศึกษาวิจัยและพัฒนา ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ พัฒนาเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสู่การผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพและปกป้องระบบอาหารที่ยั่งยืนภายใต้กลยุทธ์การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

ภาคีหลัก

1) ภาคีด้านนโยบาย ที่เกี่ยวข้องกับระบบอาหารเพื่อสุขภาวะในทุกมิติ อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงการคลัง กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงมหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฯลฯ

2) ภาคีด้านวิชาการ อาทิ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สถาบันโภชนาการ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี สถาบันจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย องค์การยูนิเซฟประเทศไทย องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย ศูนย์พืชผักโลก ภาคเอเชียตะวันออกและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย สถาบันวิชาการและสถาบันการศึกษาด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการเกษตรและฐานทรัพยากรอาหาร ด้านการตลาดอาหารสุขภาพ ฯลฯ

3) ภาคีด้านการขับเคลื่อนสังคม อาทิ เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ เครือข่ายเด็กไทยแก้มใส เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน เครือข่ายลดเค็ม เครือข่ายบริโภคไขมันอย่างเหมาะสม เครือข่ายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เครือข่ายส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ เครือข่ายสมัชชาสุขภาพด้านอาหาร-โภชนาการและ

คุ้มครองผู้บริโภค เครือข่ายพลเมืองอาหาร เครือข่ายความมั่นคงทางอาหารกลุ่มชาติพันธุ์ เครือข่ายสมัชชาปฏิรูปด้านการจัดการทรัพยากร เครือข่ายสื่อสารสุขภาวะ เครือข่ายตลาดสีเขียว เครือข่ายเกษตรอินทรีย์ ฯลฯ

4) ภาคีภาคธุรกิจเพื่อสังคม อาทิ สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย สำนักงานกิจการเพื่อสังคม ผู้ประกอบการธุรกิจเพื่อสังคม ผู้ประกอบการรุ่นใหม่ Startup ฯลฯ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
กลุ่มแผนงานความมั่นคงทางอาหาร	50.00
กลุ่มแผนงานอาหารปลอดภัย	49.50
กลุ่มแผนงานโภชนาการ	50.00
การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	0.50
รวม	**150.00**

15. แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ

สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

การสื่อสารและขยายผลองค์ความรู้เพื่อสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ เป็นกลยุทธ์สำคัญที่เกิดจากการผสานความรู้ ประสบการณ์การขับเคลื่อนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย ร่วมกับการพัฒนารูปแบบ/นวัตกรรมการสื่อสาร และการพัฒนากลไกการขยายผลองค์ความรู้ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างสร้างแรงบันดาลใจ ความตระหนัก การรับรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติเชิงบวกที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาวะของประชาชนในวงกว้าง

1. ด้านพฤติกรรมด้านการเรียนรู้ และการรับข้อมูลของประชาชน

การพัฒนาอย่างรวดเร็วในยุคดิจิทัล ทั้งเทคโนโลยีนวัตกรรม โครงสร้างพื้นฐาน ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแพร่ระบาดของโควิด-19 นับเป็นการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดดส่งผลต่อการใช้ชีวิต ทำให้พฤติกรรมของคนในสังคมเปลี่ยนไปอย่างฉับพลันในทุกด้าน เช่น ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การทำธุรกิจ และการเรียนรู้ของคน ที่นำมาซึ่งความท้าทาย และโอกาสในการพัฒนาสิ่งใหม่ๆ จึงต้องมีการปรับตัวและพัฒนาทักษะให้ทันกระแสโลก เพราะการเรียนรู้ในอนาคต จำเป็นที่จะต้องมีการเรียนรู้ตามทักษะ เป้าหมาย และศักยภาพของแต่ละบุคคล ด้วยการพัฒนาพื้นที่ สื่อเพื่อการเรียนรู้ที่นำเครื่องมือทางดิจิทัล เข้ามาช่วยเสริมศักยภาพและทักษะทางการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพ อีกทั้งทิศทางการเรียนรู้ที่เปลี่ยนไปจากเดิม ที่ผู้เรียนเป็นแค่ฝ่ายรับและเรียนรู้สิ่งต่างๆ แต่ในโลกยุคใหม่ เปิดโอกาสให้ใครก็ตามสามารถผลิตสร้างผลงานของตัวเองได้เพียงคอมพิวเตอร์และโปรแกรมในโทรศัพท์มือถือ จึงทำให้ผู้เรียนเปลี่ยนบทบาทจากผู้รับ (passive) เป็นผู้สร้าง (active) ดังนั้น พฤติกรรมการเรียนรู้ในโลกสมัยใหม่จึงเปลี่ยนให้ผู้เรียนกลายเป็นผู้ผลิต ผู้สร้างสรรค์ผลงาน แทนการรับการเรียนด้านเดียว

การมีแพลตฟอร์มการเรียนรู้ที่หลากหลาย การที่ผู้เรียนสามารถเลือกสรรหัวข้อการเรียนรู้ที่ตัวเองสนใจได้ มีรูปแบบการเรียนรู้ที่เฉพาะเจาะจงเพื่อพัฒนาจุดแข็งและลักษณะเฉพาะของตน มากกว่าการเรียนในมาตรฐานแบบเดียวกัน แนวโน้มทางด้านบูรณาการระหว่างแพลตฟอร์มออนไลน์จะทำให้เกิดรูปแบบแพลตฟอร์มการเรียนรู้ที่มีการผสมผสานมากขึ้น อาทิ MOOCs หลักสูตรออนไลน์ที่มีการใช้แพลตฟอร์มอื่นเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้โดยเผยแพร่วีดิทัศน์บนยูทูบ (Youtube) ใช้เกมเพื่อดึงดูดความสนใจในเนื้อหา หรือการนำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI) มาใช้คัดเลือกข้อมูลที่เหมาะสมหรือเฉพาะเจาะจงกับความสนใจของแต่ละบุคคล รวมทั้งการสร้างโลก/จักรวาลเสมือน (Metaverse) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้คน ได้เข้ามามีปฏิสัมพันธ์และสามารถทำกิจกรรรมต่าง ๆ ร่วมกันได้ ไม่ว่าจะเป็นการประชุม พบปะพูดคุย ติดต่อ เล่นเกม เล่นกีฬา ฯลฯ เสมือนอยู่ในโลกจริงผ่านตัวตนที่เป็นอวตาร (avatar) ซึ่งเป็นกราฟฟิก 3 มิติ แทนตัวเราเวลาทำกิจกรรมใน Metaverse โดยใช้เทคโนโลยีและอุปกรณ์รองรับการเข้าถึงโลกเสมือน ได้แก่ เทคโนโลยีความจริงเสริม (Augmented Reality : AR) และเทคโนโลยีความจริงเสมือน (Virtual Reality : VR) มาใช้สร้างประสบการณ์ให้กับผู้คน เป็นต้น

การเรียนรู้ในโลกปัจจุบันเปิดกว้างไปสู่นอกห้องเรียน เพราะทั้งผู้เรียน ผู้สอน และผู้ปกครองสามารถแบ่งปันทรัพยากรต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เห็นได้จากการเติบโตของหลักสูตรออนไลน์

แบบเปิดสำหรับมวลชน (Massive Open Online Courses) ที่เน้นการเชื่อมต่อกันและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เรียนผู้สอนที่มีความรู้และประสบการณ์หลากหลาย หรือการประยุกต์ใช้แพลตฟอร์มอื่นๆ เช่น เกม สื่อสังคม (YouTube, Facebook, Line) สำหรับการเรียนรู้แบบแบ่งปันกันมากขึ้น ทำให้ประชาชนมีทางเลือกในการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่มีความหลากหลายและสามารถตอบสนองความต้องการได้มากขึ้น

2. พฤติกรรมการบริโภคสื่อในประเทศไทย

ภาพรวมพฤติกรรมการบริโภคสื่อในประเทศไทยปี 2564 พบว่า สื่อดิจิทัลมีการเติบโตสูงสุดทั้งในด้านการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและมูลค่างบประมาณที่ใช้สื่อสารผ่านช่องทางดิจิทัล จากผลสำรวจพบว่า[97] คนไทยใช้เวลาอยู่บนโลกออนไลน์มากถึง 9.06 ชั่วโมงต่อวัน นานขึ้น 22 นาทีหรือคิดเป็น 4.1% จากปีก่อนหน้า โดยคนไทยหนึ่งคนเล่นโซเชียลมีเดียโดยเฉลี่ย 7.6 แพลตฟอร์ม ทั้งนี้ Facebook ยังคงเป็นแพลตฟอร์มอันดับหนึ่งที่เข้าถึงผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตชาวไทยในช่วงอายุ 16-64 ปีได้มากถึง 93.3% (กลุ่มผู้ใช้งาน Facebook อยู่ในช่วงอายุ 25-44 ปีสูงถึง 49.4%) ตามมาด้วย LINE อันดับสอง 92.8% อันดับสาม Facebook Messenger 84.7% และอันดับ 4 คือ TikTok มีสัดส่วนมากถึง 79.6% โดยวัตถุประสงค์หลักในการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อหาข้อมูล 67.6%, ติดตามอัพเดทข่าวสาร 64.1%, และดูวิดีโอหรือหนัง 60.8% ทั้งนี้ แนวโน้มการใช้งบประมาณผ่านช่องทางดิจิทัล ในปี 2565[98] มีการคาดการณ์เติบโตขึ้น 9% หรือมูลค่า 27,040 ล้านบาท จากปี 2564 มูลค่า 24,766 ล้านบาท โดย Facebook ยังคงเป็นช่องทางหลักที่มีสัดส่วนการใช้งบประมาณสูงถึง 30% รองลงมาคือ YouTube 17%, Online VDO 10%, และช่องทาง TikTok ถูกจัดอยู่ใน 10 อันดับเป็นปีแรกที่มีการคาดการณ์ใช้งบประมาณ 2% หรือ 455 ล้านบาท

นอกจากข้อมูลการใช้สื่อดิจิทัล ปัจจุบันผู้บริโภคมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปเป็นผลมาจากเทคโนโลยีดิจิทัลที่เข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันมากขึ้น เห็นได้จาก 3 กระแสหลัก[99] คือ

1) การซื้อของออนไลน์เติบโตอย่างก้าวกระโดด จากการสำรวจ พบว่า 1 ใน 3 ของคนไทยปัจจุบันซื้อของออนไลน์ มีอัตราเพิ่มขึ้นจากปี 2562 ถึง 190% เฉลี่ยการใช้จ่ายคนละ 500-1,000 บาทต่อครั้ง โดยมีความถี่ในการซื้อสินค้าอยู่ที่คนละ 2-3 ครั้งต่อเดือน โดยโปรโมชั่นที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อมากที่สุด คือ คูปองส่วนลดสินค้า ตามมาด้วยส่วนลดค่าจัดส่ง และโปรโมชันประจำเดือน อย่าง 7.7, 8.8 ทั้งนี้ คนไทยกว่า 60% เลือกซื้อสินค้าผ่าน E-marketplace เช่น Shopee, Lazada รองลงมา 27% คือ Social Media เช่น Facebook, IG, LINE และ 13% คือ Application ของห้างและร้านค้า เช่น Central Online, Watsons

2) การโฆษณาถูกจุด ผลลัพธ์เกินคาด จากการสำรวจ พบว่า 38% ของคนไทยซื้อสินค้าทันทีหลังจากเห็นโฆษณาในอินเทอร์เน็ต ในขณะเดียวกันการโฆษณาผ่าน Influencer หรือเน็ตไอดอล ก็มีการเติบโตขึ้น โดยคนไทย 14% จะซื้อสินค้าตามที่เน็ตไอดอลแนะนำหรือโฆษณา โดยช่องทางโฆษณาที่ไว้วางใจมากที่สุด พบว่า “เว็บไซต์ของแบรนด์” เป็นช่องทางที่ผู้บริโภคเชื่อมั่นมากที่สุด (32.8%) รองลงมาคือสื่อทีวี (28.2%) และการเป็นสปอนเซอร์ (24.6%) ในขณะที่ SMS หรือการโฆษณาผ่านข้อความมือถือ มีผู้บริโภคถึง 44% ที่ไม่เชื่อถือการโฆษณาจากช่องทางนี้ เนื่องจากผู้บริโภคมองเป็นข้อความหลอกลวง

---

[97] อ้างอิงจาก: Global Overview : Thailand Digital Stat 2022 - We Are Social [15 February 2022]
https://datareportal.com/reports/digital-2022-thailand
https://www.everydaymarketing.co/trend-insight/insight-thailand-digital-stat-2022-we-are-social/

[98] อ้างอิงจาก: Forecast 2022 Discipline Spending, สมาคมโฆษณาดิจิทัล (ประเทศไทย) DAAT

[99] อ้างอิงจาก: Nielsen Media Talk 2022 : Digital Consumer : Insights, Trends and Challenges

3) ความเป็นส่วนตัวมาเป็นอันดับแรก ผลการสำรวจพบว่า คนไทยให้ความสำคัญกับความเป็นส่วนตัวบนโลกออนไลน์ โดยพบว่า มีเพียง 19% ที่เต็มใจให้ทุก Application/เว็บไซต์ ติดตามพฤติกรรมของตนเอง 57% อนุญาตให้บาง Application ติดตามได้บ้าง และ 20% ที่ไม่อนุญาตให้ Application หรือเว็บไซต์ติดตามพฤติกรรมเลย จะเห็นได้ว่าผู้บริโภคส่วนหนึ่งยินดีที่จะให้ข้อมูลแก่แบรนด์หรือองค์กร ซึ่งหมายถึง Personalized Marketing ยังเป็นสิ่งที่สำคัญในปัจจุบัน ผู้บริโภคยังต้องการความรู้สึกเป็นคนพิเศษ ที่นักการตลาดต้องเข้าใจและมีข้อมูลด้านพฤติกรรมและความสนใจของกลุ่มเป้าหมายเป็นอย่างดี

นอกเหนือจากสื่อดิจิทัล สื่อโทรทัศน์ยังคงเป็นช่องทางหลักที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในวงกว้าง โดยภาพรวมการใช้งบประมาณสื่อโทรทัศน์ช่วงเดือนเมษายน 2565 มีสัดส่วนสูงถึง 65% และจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่เริ่มคลี่คลายลง ส่งผลให้ประชาชนกลับมาใช้ชีวิตตามปกติ มีการเดินทางออกนอกบ้านมากขึ้น ส่งผลให้ภาพรวมสื่อนอกบ้าน Out of Home Media อาทิ สื่อยานพาหนะ สื่อป้ายกลางแจ้ง ภาพเคลื่อนไหว สื่อในห้างสรรพสินค้า มีสัดส่วนการใช้งบประมาณสูงขึ้นรวมกว่า 18% จากช่วงเวลาเดียวกันในปีที่ผ่านมา[100]

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการบริโภคสื่อของประชาชนเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และมีแนวโน้มที่ประชาชนจะสามารถเลือกรับสื่อได้ตามความสนใจเฉพาะบุคคลมากขึ้น ทำให้การสื่อสารการตลาดจำเป็นต้องพัฒนาเนื้อหาและช่องทางเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีความเฉพาะกลุ่มมากขึ้น ในปัจจุบันมีพัฒนาเทคโนโลยีด้านการตลาดดิจิทัลที่เรียกว่า ระบบบริหารจัดการข้อมูลลูกค้า Customer Data Platform ซึ่งสามารถจัดเก็บข้อมูลกลุ่มเป้าทั้งลักษณะทางประชากร ความสนใจ และพฤติกรรมการใช้งาน รวมทั้งวิเคราะห์จัดกลุ่มเป้าหมาย (Segmentation) และดำเนินการสื่อสารการตลาด (Remarketing) โดยระบบ Customer Data Platform สามารถเชื่อมโยงกับแพลตฟอร์มสังคมออนไลน์ที่เป็นที่นิยมใช้ในปัจจุบัน อันจะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการเชื่อมต่อฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย และการสื่อสารการตลาด ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. สถานการณ์การรับรู้การดำเนินงาน และภาพลักษณ์ของ สสส.

จากผลสำรวจการรับรู้การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ และภาพลักษณ์ สสส. ประจำปี 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. โดดเด่นในเรื่องการนำเสนอนวัตกรรมใหม่ๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การสร้างทัศนคติ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

จากการสื่อสารการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่ายครอบคลุมทั้ง 15 แผน ทำให้กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม รู้จัก สสส. ในฐานะองค์การสุขภาพ โดยกลุ่มประชาชนรับรู้ว่า สสส. เป็นองค์กรสุขภาพ มากถึง ร้อยละ 80.95 ในขณะที่กลุ่มภาคีเครือข่าย และกลุ่มสื่อมวลชน รับรู้ ว่า สสส. เป็นองค์กรสุขภาพ ร้อยละ 100 ขณะที่กลุ่มเป้าหมาย ได้เห็น/ได้ยิน ข้อมูลข่าวสาร โฆษณา สื่อรณรงค์ ของ สสส. ในภาพรวม ร้อยละ 83.39 โดยกลุ่มสื่อมวลชนรับรู้มากที่สุด ร้อยละ 96.08 รองลงมาคือ กลุ่มภาคีเครือข่าย

[100] อ้างอิงจาก: Nielsen Media Research Thailand; Media Spending April 2022

ร้อยละ 86.72 และกลุ่มประชาชน ร้อยละ 81.93 และกลุ่มเป้าหมาย มีความถี่ในการได้เห็น/ได้ยิน ชุดข้อมูลข่าวสาร ของสสส. 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 สิ่งแวดล้อมในชุมชน 5.การบริโภคอาหาร 6.บุหรี่ และยาสูบ 7.ความปลอดภัยทางท้องถนน 8.กิจกรรมทางกาย กีฬา และการออกกำลังกาย และ 9.สุขภาพจิต

ในด้านภาพลักษณ์ของ สสส. เมื่อเปรียบเทียบกับองค์กรสุขภาพอื่นๆ 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 พ.ศ. 2564 ภายใต้การวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง 7,500 คน ใน 6 ประเทศ ได้แก่ บราซิล จีน เยอรมัน ญี่ปุ่น อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา พบว่า หลังจากสถานการณ์โควิด กระตุ้นให้ผู้คนหาแนวทางการมีวิถีชีวิตที่ดีขึ้น โดยผลสำรวจชี้ว่าเกิดแนวโน้มพฤติกรรมผู้บริโภคด้านสุขภาพดังนี้

1) ผู้บริโภคมองหาสินค้าที่ผลิตจากวัตถุดิบธรรมชาติ เกษตรอินทรีย์ ไม่ว่าจะเป็นผลิตภัณฑ์บำรุงผิวกาย เครื่องสำอาง และอาหารเสริมวิตามิน
2) แม้ว่าเรื่องการรักษาข้อมูลส่วนตัวลูกค้าจะเป็นประเด็นในตอนนี้ แต่ผู้บริโภคหลายคนยินดีที่จะให้ข้อมูลส่วนตัวเพื่อแลกกับการได้รับบริการที่ออกแบบมาเฉพาะที่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของตัวเอง
3) E-commerce จะกลายช่องทางหลักในการซื้อของด้านสุขภาพ
4) ผู้มีอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ (influencer) จะเป็นปัจจัยหลักในการขับเคลื่อนตลาดด้านสุขภาพ
5) ธุรกิจบริการด้านสุขภาพกำลังเติบโตขึ้นอย่างก้าวกระโดด อาทิ ผู้ฝึกสอนออกกำลังกายส่วนตัว (personal trainer), นักกำหนดโภชนาการ และบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต

จุดเน้นของแผน

1. พัฒนาฐานข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล อาทิ เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI: Artificial Intelligence)/ ระบบบริหารจัดการข้อมูลลูกค้า Customer Data Platform (CDP) สำหรับการจัดการข้อมูลเพื่อการสื่อสารที่หลากหลาย สอดคล้องกับลักษณะและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

2. บริหารจัดการและพัฒนาเนื้อหา สื่อรณรงค์ กระบวนการเรียนรู้ ผลิตภัณฑ์ และการสื่อสารการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และสอดคล้องทิศทางยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปี

3. พัฒนากระบวนการเชื่อมต่อระบบแพลตฟอร์มและช่องทางการสื่อสารสร้างเสริมสุขภาพดิจิทัล ให้สามารถรองรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลและฐานข้อมูลให้มีประสิทธิภาพ รวมถึงสร้างความเข้าใจร่วมกับพันธมิตรที่ร่วมดำเนินการ

4. พัฒนากลไกและช่องทางให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากชุดความรู้ สื่อ ผลิตภัณฑ์ และบริการต่างๆ ได้อย่างต่อเนื่อง

เป้าหมายในการดำเนินงานปี 2566

ตัวชี้วัดหลัก

1. เกิดการรวบรวมฐานข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายจากหลากหลายช่องทางสังคมออนไลน์ (social media) ด้วยระบบเทคโนโลยีดิจิทัล ที่นำไปสู่การออกแบบ วางแผนงานสื่อสารให้เกิดประสิทธิภาพ ตรงกับความสนใจของกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 1 ชุดฐานข้อมูล

2. เกิดชุดข้อมูล กระบวนการเรียนรู้ ผลิตภัณฑ์ สื่อสร้างเสริมสุขภาวะ จำนวนไม่น้อยกว่า 10 ชุด

3. เกิดแผนงาน (roadmap) การพัฒนาการเชื่อมต่อระบบแพลตฟอร์มและช่องทางการสื่อสารสร้างเสริมสุขภาพดิจิทัล จำนวน 1 แผนงาน

4. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกของศูนย์กิจการสร้างสุข มีจำนวนเพิ่มขึ้น อย่างน้อยร้อยละ 30

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาเนื้อหา สื่อ และกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย

2. เพื่อพัฒนากลไกการจัดระบบฐานข้อมูลสุขภาพและพัฒนาแพลตฟอร์มเพื่อการเข้าถึงชุดข้อมูล/ข่าวสารสุขภาวะ ของ สสส.

3. เพื่อสื่อสารการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ครอบคลุมทั้ง 15 แผน และสะท้อนภาพลักษณ์การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. นำไปสู่ความเชื่อมั่นในการดำเนินงานของ สสส.

4. เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนัก จากการเข้าถึงชุดความรู้ สื่อ ผลิตภัณฑ์ และบริการต่างๆ ที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมอย่างมีสุขภาวะ

แนวทางการดำเนินงาน

1. กลุ่มเป้าหมาย

1) ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเป้าหมายที่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของ สสส. ระยะ 10 ปี โดยกำหนดลักษณะกลุ่มเป้าหมายให้สอดคล้องตามยุทธศาสตร์ของแต่ละประเด็น

2) ประชาชนที่สนใจด้านสุขภาพ ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) และผู้ที่มีอิทธิพลทางความคิด (Influencer) ต่อกลุ่มเป้าหมายต่างๆ อาทิ สื่อสังคมออนไลน์ บุคคลที่มีชื่อเสียง บุคลากรในสถานศึกษา ผู้นำในองค์กรปกครองท้องถิ่น กลุ่มแกนนำในชุมชน รวมถึงภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ

3) หน่วยงาน องค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชน

4) ผู้ตัดสินใจเชิงนโยบาย และสื่อมวลชน

2. ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะได้กำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ของทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ในด้านการมุ่งเพิ่มขีดความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาวะของประชากร ตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 7 + 1 ของ สสส. พร้อมกับสร้างการรับรู้ผลลัพธ์จากการดำเนินงานที่สะท้อนภาพลักษณ์ขององค์กร เพื่อให้เกิดความเชื่อถือในสื่อและกระบวนสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ด้วยยุทธศาสตร์การสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Opportunities, Ability and Motivation : OAM+) ดังนี้

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน (Conceptual framework) แผน 15

1) สร้างโอกาสการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร องค์ความรู้ ประสบการณ์ตรงด้านการสร้างเสริมสุขภาวะ และผลลัพธ์จากการดำเนินงานที่สะท้อนภาพลักษณ์องค์กร สู่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการรับรู้ ความเข้าใจ และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉพาะบุคคล

2) เพิ่มทักษะ และขีดความสามารถของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ด้วยสื่อและกระบวนการการเรียนรู้สร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสมตามบริบทและพลวัตของพื้นที่และกลุ่มประชากร

3) สร้างแรงบันดาลใจเชิงบวกและค่านิยมของสังคมในการสร้างเสริมสุขภาวะ นำไปสู่ความตระหนักและการเปลี่ยนแปลงทัศนคติระดับบุคคล

กลุ่มแผนงาน

1. กลุ่มแผนงานการเรียนรู้สุขภาวะ

กลุ่มแผนงานการเรียนรู้สุขภาวะ มุ่งเน้นการใช้ทุนความรู้ของ สสส. เป็นคลังความรู้ด้านสุขภาวะ และนำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามามีส่วนในการพัฒนากลไก สื่อต่างๆ แพลตฟอร์ม ระบบสนับสนุนการเรียนรู้และการส่งต่อ ขยายผลองค์ความรู้ ที่เหมาะสม สอดคล้องกับการนำไปพัฒนาทักษะชีวิตและขีดความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาวะของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย และร่วมชี้นำ กำหนดทิศทางวิถีสุขภาวะของคนไทย พร้อมกับพัฒนารูปแบบการสื่อสาร/กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ และช่องทางการเข้าถึง เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ ให้ครอบคลุม เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวทางการดำเนินงาน

1) สำรวจวิจัย ศึกษา วิเคราะห์แนวโน้ม สถานการณ์ พฤติกรรม ความสนใจ และความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ครอบคลุมข้อมูล ทัศนคติ พฤติกรรม รูปแบบการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการ (insight) ของกลุ่มเป้าหมาย และสังเคราะห์ข้อมูลใหม่ๆ เพื่อนำมาใช้ในการกำหนดแนวทาง สนับสนุนการบริหารจัดการองค์ความรู้ การพัฒนากลไก/แพลตฟอร์ม/รูปแบบการสื่อสาร และ/หรือกระบวนการสร้างเสริมประสบการณ์การเรียนรู้สุขภาวะ ตลอดจนช่องทางการเข้าถึง/การขยายผลองค์ความรู้สู่แต่ละกลุ่มเป้าหมาย เพื่อบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)

2) บริหารจัดการองค์ความรู้ และพัฒนากลไก/แพลตฟอร์ม/ระบบสนับสนุนการเรียนรู้ รวมถึงการจัดการฐานข้อมูล ด้วยการรวบรวม คัดกรอง สังเคราะห์ จัดระบบเนื้อหา โดยเชื่อมกับคลังข้อมูลของ สสส. เพื่อเพิ่มการใช้ประโยชน์จากชุดความรู้ เครื่องมือ สื่อต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับพฤติกรรมความสนใจของกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม

3) พัฒนาต้นแบบชุดเครื่องมือการเรียนรู้ สื่อต่างๆ และ/หรือกระบวนการเรียนรู้สร้างเสริมประสบการณ์ ด้วยการคัดสรรองค์ความรู้ในประเด็นต่างๆ มาสกัดและสรุปสาระสำคัญของเนื้อหาแล้วเรียบเรียงและนำเสนอให้น่าสนใจ ตลอดจนพัฒนาแนวคิด ออกแบบการนำเสนอเนื้อหา การสื่อสาร กระบวนการการเรียนรู้ในรูปแบบที่หลากหลาย สอดคล้องกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย อาทิ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อมัลติมีเดีย ชุดสื่อการเรียนรู้ (Knowledge Package/ Toolkits) นิทรรศการ กิจกรรม โปรแกรมการเรียนรู้ เพื่อให้แกนนำ/ผู้นำการ

เปลี่ยนแปลง ตลอดจนประชาชนกลุ่มเป้าหมายเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) สามารถนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ต่อยอดและขยายผลได้

4) พัฒนากลไกสนับสนุนเชิงรุก และ/หรือช่องทางการเข้าถึงที่เหมาะสมกับการขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะ เพื่อให้การส่งต่อ/ขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะ ครอบคลุม เข้าถึง และเหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย โดยคำนึงถึงพลวัตเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร อาทิ พัฒนากลไกการขยายผล/การสื่อสารสุขภาวะที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมายผ่านเครือข่ายตัวกลาง พัฒนากลไกขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะเชิงรุกผ่านความร่วมมือกับพันธมิตรเครือข่าย ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) ในการร่วมดำเนินการขยายฐานผู้รับประโยชน์ สร้างการรับรู้และเพิ่มขีดความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาวะให้แก่สาธารณชน

5) พัฒนากลไกสนับสนุนกลางในการติดตามและการประเมินผลการดำเนินการกับพันธมิตรเครือข่ายผู้นำการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้เกิดกลไกการทำงาน การวัดผลร่วมกันและเกิดรูปแบบที่สอดคล้องกับการดำเนินงาน

2. กลุ่มแผนงานการตลาดเพื่อสังคม

กลุ่มแผนงานการตลาดเพื่อสังคม เป็นอีกหนึ่งเครื่องมือสำคัญในงานสร้างเสริมสุขภาวะ และการสร้างแนวคิดของวิถีสุขภาวะให้เกิดขึ้นทั้งโดยตรงและโดยอ้อมไปยังกลุ่มเป้าหมายและประชาชนโดยรวม ซึ่งการกำหนดทิศทางและเป้าหมายในงานการตลาดเพื่อสังคมมีความสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายการวางยุทธศาสตร์งานหลักขององค์กร โดยกลุ่มแผนงานสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม มีหน้าที่วางแผนกลยุทธ์และออกแบบแผนงานการตลาดที่สอดคล้องกับพลวัตเชิงพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย พร้อมกับการนำเสนอนวัตกรรมหรือชุดความรู้ใหม่ที่สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนั้นยังให้ความสำคัญกับการเชื่อมประสานเครือพันธมิตร เพื่อร่วมดำเนินการพัฒนาและเผยแพร่สื่อรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตสุขภาวะแก่สาธารณชนในวงกว้าง

แนวทางการดำเนินงาน

1) วางแผนกลยุทธ์การสื่อสารและออกแบบสร้างสรรค์สื่อรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการวิเคราะห์และพัฒนาโจทย์การสื่อสาร ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาโจทย์หรือแนวทางสร้างการเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วย 1) นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญในประเด็นที่ต้องการสื่อ 2) สำนัก ผู้รับผิดชอบประเด็น และภาคีเครือข่าย เพื่อหาข้อสรุปชุดข้อมูลความรู้ที่ชัดเจนจากนักวิชาการและภาคี รวมถึงโจทย์และเนื้อหาความรู้ที่สำคัญที่มีความถูกต้องในหลักวิชาการ เพื่อนำไปออกแบบกลยุทธ์ในการสื่อสาร และออกแบบสร้างสรรค์ชิ้นงานสื่อสารที่มีความชัดเจน ถูกต้อง น่าสนใจ จนนำไปสู่การแนวคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนดไว้

2) จัดหาและบริหารจัดการช่องทางการสื่อสารให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย โดยการศึกษาแนวโน้มพฤติกรรมการรับสื่อของกลุ่มเป้าหมายที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามบริบท เช่น ลักษณะทางประชากร พื้นที่ วิถีชีวิต และความสนใจของกลุ่มเป้าหมาย

3) พัฒนาแพลตฟอร์มการเข้าถึงข้อมูลการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชน และระบบการเก็บข้อมูลกลุ่มเป้าหมายและข้อมูลเชิงลึกของกลุ่มเป้าหมาย (Target's Insight) เพื่อสังเคราะห์ และออกแบบสร้างสรรค์สื่อสารข้อมูลให้สอดคล้องกับลักษณะและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายตามพลวัตและบริบทของสังคมของกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งใช้เพื่อการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

3. กลุ่มแผนงานสื่อสารองค์กร

กลุ่มแผนงานสื่อสารองค์กร มีพันธกิจในการสื่อสารการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่ายทั้งในด้านการลดปัจจัยเสี่ยงหลัก ปัจจัยเสี่ยงรอง และสร้างปัจจัยแวดล้อมส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงผลักดันนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพตามการดำเนินงานของ สสส. ทั้ง 15 แผน เพื่อให้บรรลุทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ของ สสส. และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ของรัฐบาล ภายใต้ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี ดังนั้น การสื่อสารการดำเนินงานและผลงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย ทั้ง 15 แผน ไปยังทุกกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างการรับรู้ เข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวข้องเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนและสังคม ตลอดจนนำไปสู่การรับรู้ เข้าใจ แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ในการเป็น "องค์กรนวัตกรรมสานพลังสร้างเสริมสุขภาพ" (Innovative organization that collaborates to empower a better health) และก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการขับเคลื่อนกลไกการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ ที่ก่อให้เกิดความร่วมมือและเป็นกำลังสำคัญในการขยายผลต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพ นำไปสู่การสร้างสังคมสุขภาวะอย่างยั่งยืน

แนวทางการดำเนินงาน

1) สนับสนุนการสื่อสารข้อมูลสุขภาพแบบครบวงจร โดยประชุมร่วมกับสำนัก ภาคีเครือข่ายร่วมกันกำหนดประเด็น วางแผน และรวบรวมข้อมูลกิจกรรมและการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. นำมาพัฒนา "ชุดข้อมูลข่าวประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพ" ครอบคลุมทั้ง 15 แผน ที่ตอบสนองต่อทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ของ สสส. ทันสถานการณ์ และกลุ่มเป้าหมายให้ความเชื่อถือ

2) พัฒนากระบวนการส่งต่อข้อมูลไปยังกลุ่มเป้าหมายอย่างรวดเร็ว เป็นระบบ มีประสิทธิภาพ และกำหนดประเด็นการสื่อสารที่เข้มแข็ง พร้อมสอดแทรกข้อมูลการสื่อสารองค์กร เพื่อสนับสนุนการสร้างความเข้าใจ และความน่าเชื่อถือในการดำเนินงานของ สสส.

3) แสวงหาความร่วมมือและสร้างความสัมพันธ์ ร่วมกับกลุ่มนิติบัญญัติ สื่อมวลชน และสื่อออนไลน์ใหม่ เพื่อขยายช่องทางการสื่อสารในการสร้างความเข้าใจรูปแบบการทำงานในลักษณะกองทุน สสส. ที่มุ่งให้สังคมไทยมีสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืน

4. กลุ่มแผนงานกิจการสร้างสุข

กลุ่มแผนงานกิจการสร้างสุข มีพันธกิจในการสร้างเสริมสุขภาวะผ่านการดำเนินงานในรูปแบบธุรกิจ โดยการถ่ายทอดการเรียนรู้ การสร้างประสบการณ์ตรง และการพัฒนาทักษะต่างๆ ผ่านการให้บริการ และผลิตภัณฑ์นวัตกรรมสุขภาวะ ที่เกิดจากการดำเนินงานของ สสส. และภาคีเครือข่าย ด้วยการพัฒนาธุรกิจ

สุขภาวะสู่กลุ่มเป้าหมายหลัก 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มธุรกิจกับผู้บริโภค (Business to Customer) ที่แบ่งกลุ่มเป้าหมายตามช่วงวัย อาทิ วัยทำงาน (Millennial: อายุ 25 ถึง 40 ปี), เด็ก เยาวชน (Generation Z: อายุ 6 – 24 ปี), ผู้ปกครอง และ ผู้สูงอายุ 2) กลุ่มธุรกิจกับธุรกิจ (Business to Business) เพื่อเป็นการขยายฐานกลุ่มผู้รับประโยชน์ให้กว้างขึ้น อาทิ กลุ่มสมาคมและสมาพันธ์, กลุ่มการตลาดแนวดิ่ง (Vertical Markets), กลุ่มสถานศึกษา และเพื่อให้สามารถเข้าถึงวิถีสุขภาวะของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้ออกแบบกระบวนการ รวบรวม สังเคราะห์ จัดระบบองค์ความรู้ และช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมเพื่อเข้าถึงผู้รับประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพและการสร้างประสบการณ์ที่สามารถใช้งานได้จริงเพื่อให้ผู้รับประโยชน์สามารถรับรู้ เข้าใจ และนำไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและบุคคลรอบข้างอย่างเหมาะสม รวมไปถึงการให้ความสนใจและติดตามชุดความรู้ กิจกรรม ผลิตภัณฑ์ และบริการต่างๆ เพื่อการมีสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืน

นอกจากนี้ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ต้องบรรลุเป้าหมาย คือ การสร้างธุรกิจด้วยการออกแบบกระบวนการทางธุรกิจที่เน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง พร้อมขยายธุรกิจให้เติบโตขึ้น โดยมีการเติบโตของรายได้ร้อยละ 20–30 ต่อปี รวมถึงการมีจำนวนพันธมิตรเครือข่ายร่วมดำเนินงานเพิ่มขึ้น และผู้รับประโยชน์เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบกลุ่มธุรกิจกับผู้บริโภค (Business to Customer) และกลุ่มธุรกิจกับธุรกิจ (Business to Business) ด้วยการพัฒนาแพลตฟอร์มที่ครบวงจรที่สามารถนำเสนอผลิตภัณฑ์ บริการและทางออกสุขภาวะที่หลากหลาย เหมาะสมกับวิถีชีวิตทุกรูปแบบของประชาชน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดในการเป็นที่หนึ่งในใจผู้บริโภค (Top of mind) ด้านสุขภาวะ

แนวทางการดำเนินงาน

1) พัฒนาธุรกิจเพื่อการดำเนินงานกับกลุ่มธุรกิจ (Business to Business) โดยรูปแบบการดำเนินธุรกิจเป็นในรูปแบบการพบปะเพื่อสร้างความสัมพันธ์ และค้นหาความต้องการของผู้รับประโยชน์ เพื่อการออกแบบแนวทางและกระบวนการที่เหมาะสมกับผู้รับประโยชน์

2) การดำเนินงานในรูปแบบดิจิทัลแพลตฟอร์ม (Digital Platform) มุ่งพัฒนากระบวนการจัดการธุรกิจแบบพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-Commerce) ให้สอดคล้องกับเส้นทางของผู้บริโภค (Customer Journey) ผู้ใช้บริการสามารถมีส่วนร่วมสำรวจ ค้นหาสินค้าและบริการที่เหมาะสมกับความต้องการผ่าน 4 แพลตฟอร์ม ดังนี้

2.1) แพลตฟอร์มการเรียนรู้สุขภาวะ (Learning Platform) คือ องค์ความรู้ที่ถูกจัดเป็นหมวดหมู่ที่สอดคล้องกับความต้องการ สำหรับใช้พัฒนาทักษะผ่านกระบวนการที่หลากหลาย อาทิ การอบรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) การเรียนรู้ออนไลน์ และกิจกรรมต่างๆ นอกจากนี้ ผู้ที่ต้องการทำธุรกิจด้านสุขภาวะยังสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนานวัตกรรมสุขภาวะในรูปแบบสินค้าและบริการเพื่อเป็นการขยายโอกาสในการเข้าถึงวิถีสุขภาวะได้มากขึ้น

2.2) แพลตฟอร์มสู่ทางออกสุขภาวะ (Solution Platform) คือ การให้บริการกับกลุ่มธุรกิจ (Business to Business) โดยการออกแบบบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการผ่านการให้คำปรึกษา จัดกระบวนการให้คำแนะนำ แก้ปัญหา และพัฒนาทักษะด้านสุขภาวะ ตลอดจนการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

2.3) แพลตฟอร์มนวัตกรรมสุขภาวะ (Innovation Platform) คือ ช่องทางการสื่อสารสุขภาวะด้วยการรวบรวม สังเคราะห์ จัดระบบองค์ความรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ผ่านกระบวนการพัฒนาในรูปแบบต่างๆ อาทิ เครื่องมือการเรียนรู้, หนังสือ, สินค้า รวมถึง พื้นที่ให้บริการ เป็นต้น

2.4) แพลตฟอร์มการร่วมสร้างสังคมสุขภาวะ (Collaboration Platform) คือ กลไกสนับสนุนการค้นหา เชิญชวน และคัดเลือกพันธมิตรในการร่วมดำเนินงานให้สามารถครอบคลุม เข้าถึง และเหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เป็นการขยายผลการดำเนินงาน ขยายฐานผู้รับประโยชน์ สร้างการรับรู้และเพิ่มขีดความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาวะให้แก่ประชาชน

5. กลุ่มแผนงานบริหารจัดการอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ

มุ่งเน้นการบริหารจัดการพื้นที่อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะให้เป็นพื้นที่สำหรับสนับสนุนการเรียนรู้ กิจกรรมและกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชน เป็นแหล่งเรียนรู้และการบริการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาวะตลอดจนเป็นพื้นที่สาธิตการทำงานสร้างเสริมสุขภาพภาคสังคม เพื่อให้เกิดการใช้พื้นที่อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะให้เกิดประโยชน์สูงสุด

แนวทางการดำเนินงาน

1) บริหารจัดการอาคารอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบำรุงรักษางานระบบประกอบอาคาร การมีระบบควบคุมระบบการซ่อมบำรุงอาคาร การตรวจสอบความมั่นคงแข็งแรงของอาคารเพื่อจัดการวางแผนการบำรุงรักษา รวมไปถึงการเตรียมการเพื่อจัดการในสถานการณ์วิกฤติ

2) ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้มาใช้บริการในอาคาร เพื่อลดการใช้พลังงานและทรัพยากรอย่างรู้คุณค่า

3) จัดระบบสนับสนุนต่างๆ ให้มีความพร้อมในการให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมาย อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
กลุ่มแผนงานการเรียนรู้สุขภาวะ	104.00
กลุ่มแผนงานการตลาดเพื่อสังคม	250.00
กลุ่มแผนงานสื่อสารองค์กร	40.00
กลุ่มแผนงานกิจการสร้างสุข	12.00
กลุ่มแผนงานบริหารจัดการอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ	64.00
รวม	**470.00**

งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน

สถานการณ์และแนวโน้ม

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีภารกิจในการสนับสนุนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ โดยเป็นองค์กรขนาดเล็กที่เน้นความยืดหยุ่นและใช้นวัตกรรมในการบริหารจัดการ มุ่งสร้างการมีส่วนร่วม และแสวงหาความร่วมมือจากหน่วยงาน ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพในลักษณะการรวมพลังให้เกิดผลลัพธ์เป้าหมายร่วมกัน (Collective impact)

แผนบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน ประกอบด้วยแผนการดำเนินงานประจำปีของ 8 หน่วยงาน ได้แก่ ฝ่ายอำนวยการ ฝ่ายบัญชีและการเงิน ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ ฝ่ายบริหารงานบุคคล ฝ่ายสื่อสารองค์กร ฝ่ายตรวจสอบภายใน ฝ่ายติดตามและประเมินผล และสำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์

ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มีการดำเนินงานที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญต่อกระบวนปฏิบัติงานของสำนักงาน ได้แก่

1) การดำเนินงานตามทิศทาง (Roadmap) แผนปฏิบัติการดิจิทัล สสส. เน้นเพิ่มประสิทธิภาพระบบดิจิทัลที่มีอยู่เดิมให้สามารถสนับสนุนภารกิจหลักในด้านการบริหารงานภายในและการให้บริการภายนอก รวมถึงการพัฒนาระบบดิจิทัลใหม่เพื่อสนับสนุนกระบวนการทำงานแบบครบวงจร

2) การพัฒนาและปรับปรุงกฎ ระเบียบ มาตรฐานการทำงาน และกระบวนการบริหารจัดการภายในสำนักงาน เพื่อรองรับระบบการทำงานที่เป็นดิจิทัล และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

3) การปรับปรุงคู่มือการบริหารจัดการโครงการที่สอดคล้องกับรูปแบบข้อตกลงใหม่และคู่มือการสนับสนุนทุนร่วมกับภาคี

จุดเน้นของแผน

1. พัฒนาต่อยอดและเพิ่มประสิทธิภาพระบบสารสนเทศที่ครอบคลุมทุกกระบวนการหลักภายในสำนักงาน เพื่อลดปัญหาการทำงานซ้ำซ้อนและลดข้อผิดพลาด เช่น ระบบบัญชีการเงินดิจิทัลที่รองรับการเบิกจ่ายเงินทุกรูปแบบ ระบบตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินโครงการ (E-Audit) ระบบบริหารการจัดประชุม (E-Meeting)
2. นำระบบดิจิทัลที่เหมาะสมมาใช้ในการให้บริการข้อมูลด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่รับบริการ
3. พัฒนาบุคลากรให้มีทักษะเชิงวิชาการและเชิงวิชาชีพที่สนับสนุนให้การทำงานในยุคดิจิทัลมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น มีแนวปฏิบัติตนและวิถีการทำงานตามคุณลักษณะ สสส. (Brand attribute) และมีแผนการดำเนินงานส่งเสริมให้ สสส. เป็นองค์กรสุขภาวะ (Happy Workplace) เพื่อยกระดับความพึงพอใจและความผูกพันองค์กร
4. ส่งเสริมการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล การติดตามประเมินผล การบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายในที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสนับสนุนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่ายตามทิศทางและแนวนโยบายที่คณะกรรมการกองทุนกำหนดไว้

2. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนและสำนักงานในด้านต่างๆ พัฒนาสู่การเป็นองค์กรดิจิทัล

3. เพื่อเสริมสร้างกลไกการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล การบริหารความเสี่ยง และการควบคุมภายใน

เป้าหมายการดำเนินงาน

1. ผลประเมินการดำเนินงานด้านทุนหมุนเวียนโดยคณะกรรมการประเมินผล ในระดับดี (4.00 คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม 5.00 คะแนน) ใน 5 ด้าน ได้แก่

1.1 ด้านการกำกับดูแลของคณะกรรมการนโยบายการบริหารทุนหมุนเวียน

1.2 ด้านการบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายใน

1.3 ด้านการตรวจสอบภายใน

1.4 ด้านการบริหารจัดการสารสนเทศ

1.5 ด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล

2. ผลประเมินการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาลโดยคณะอนุกรรมการการประเมินระดับธรรมาภิบาล ในระดับดี (9.00 คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม 10.00 คะแนน)[101]

3. ผลประเมินความก้าวหน้าการเป็นองค์การแบบดิจิทัล โดยคณะกรรมการประเมินผลในระดับดี (4.00 คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม 5.00 คะแนน)

4. ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อระบบสนับสนุนการทำงาน อย่างน้อยร้อยละ 80

5. เกิดกระบวนการทำงานที่ได้มาตรฐาน อย่างน้อยร้อยละ 80

6. ผลสำรวจการรับรู้บทบาทภาพลักษณ์ของ สสส. ในกลุ่มประชาชน ภาคี และสื่อมวลชน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

แนวทางการดำเนินงาน

1. ด้านการบริหารและพัฒนาบุคลากรและองค์กร

1.1 การศึกษาวิเคราะห์และกำหนด Roadmap แผนการพัฒนาระบบเทคโนโลยีดิจิทัลด้านการบริหารงานบุคคล (HR Digital Transformation)

1.2 จัดทำแนวทางและกระบวนการพัฒนานักสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมืออาชีพ และผู้เชี่ยวชาญแต่ละกลุ่ม (Expert Development) ที่ตอบสนองต่อทิศทางและเป้าหมายของกองทุน

1.3 จัดทำแผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากร (Development Roadmap) ที่เชื่อมโยงกับทักษะการใช้เทคโนโลยีที่จำเป็นต่อการทำงานในยุคดิจิทัล และทักษะการปฏิบัติงานในยุคศตวรรษที่ 21

[101] คณะอนุกรรมการการประเมินระดับธรรมาภิบาลเป็นคณะอนุกรรมการของคณะกรรมการประเมินผล

1.4 มีแผนการดำเนินงานส่งเสริมให้เกิดองค์กรสุขภาวะ (Happy Workplace) เพื่อยกระดับความพึงพอใจและความผูกพันองค์กร

2. ด้านการเงิน การบัญชี พัสดุ และตรวจสอบแผนงานโครงการ

2.1 ควบคุมกำกับการพัฒนาระบบบัญชี การเงินและพัสดุของกองทุน ให้รองรับการทำงานแบบ Seamless ลดปัญหาการทำงานซ้ำซ้อน และลดข้อผิดพลาดในการเบิกจ่ายเงินกองทุน รวมทั้งเป็นระบบที่ User friendly รองรับการเบิกจ่ายเงินทุกรูปแบบ สามารถกำกับติดตามงบประมาณและผลการเบิกจ่ายได้อย่างเป็นปัจจุบัน

2.2 ร่วมกับฝ่ายตรวจสอบภายใน ศึกษาและวิเคราะห์การตรวจสอบการใช้จ่ายเงินโครงการเพื่อสร้างมาตรฐานการตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินโครงการที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อสำนักงานกองทุน

2.3 สนับสนุนการจัดทำหลักสูตรอบรมด้านบัญชี การเงิน ภาษี และพัสดุสำหรับภาคี ในรูปแบบ E-learning เพื่อให้เจ้าหน้าที่และภาคีสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองและนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง โดยเฉพาะการจัดการภาษีในการรับทุนสนับสนุนโครงการ

2.4 ร่วมกับสำนัก/ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์และทบทวนทางเลือกหรือแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับการเบิกจ่ายเงินของกองทุนครอบคลุมทุกกิจกรรม สามารถเชื่อมโยงข้อมูลอย่างไร้รอยต่อ เพื่อให้สามารถควบคุมกำกับงบประมาณ เบิกจ่ายเงินกองทุนและการจัดการด้านภาษีที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องตามเงื่อนไขในข้อตกลง

2.5 ปรับปรุงและพัฒนาช่องทางการเข้าถึงข้อมูลด้านการเงินให้เข้าถึงง่ายและเป็นแหล่งรวบรวมข้อมูลด้านการเบิกจ่ายเงินโครงการที่ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน

3. ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

3.1 การจัดทำข้อมูลและบริการในรูปแบบดิจิทัลที่ได้มาตรฐานตามความต้องการรายบุคคล (Precision Health Information)

3.2 พัฒนาบริการพื้นฐานรองรับระบบการพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัลและลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์

3.3 พัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure) เพื่อรองรับการดำเนินงานผ่านระบบดิจิทัลของ สสส.และภาคีเครือข่ายที่มีความมั่นคงปลอดภัยในการให้บริการ

3.4 การจัดทำข้อมูลเปิดและการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาวะ การเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน

3.5 สร้างความพร้อมของบุคลากรและเครื่องมือเพื่อพัฒนาไปสู่องค์กรดิจิทัล

4. ด้านอำนวยการบริหารจัดการสำนักงาน

4.1 ร่วมกับฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศและฝ่ายบัญชีและการเงิน พัฒนาระบบการทำงานจัดซื้อจัดจ้างและพัสดุ ระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์และการจัดเก็บเอกสาร ระบบบริหารการจัดประชุม เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

4.2 จัดทำเครื่องมือ/คู่มือการทำงาน และสร้างช่องทางเพื่อสื่อสารสร้างความเข้าใจให้กับเจ้าหน้าที่และภาคีหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามกฎ ระเบียบ และวิธีการทำงานในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

4.3 พัฒนาบุคลากรและเครื่องมือในการทำงานของกลุ่มงานในฝ่ายอำนวยการเพื่อมุ่งให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในการทำงานที่ได้มาตรฐาน ช่วยสนับสนุนการทำงานที่เป็นภารกิจหลักของ สสส. ได้ครบถ้วน มีความถูกต้อง และรวดเร็ว ไม่เป็นอุปสรรคต่อการตอบสนองเป้าหมายขององค์กร

4.4 พัฒนาอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะให้ได้รับมาตรฐาน Fitwel เพื่อการมีสุขภาวะที่ดีของผู้ใช้อาคาร

5. ด้านพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์

5.1 ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์

(1) พัฒนากระบวนการจัดทำแผนให้มีประสิทธิภาพ ด้วยการวิเคราะห์ภาพรวมสถานการณ์ และการดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อนำมาใช้ในการวางแนวทางการจัดทำแผนในปีถัดไปที่สอดคล้องและสามารถส่งมอบผลลัพธ์ได้ตามกรอบการทำงานของ สสส.

(2) สร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการดำเนินงานตามแผนไปสู่การปฏิบัติ และการกำหนดตัวชี้วัดที่สามารถสะท้อนผลลัพธ์ สิ่งส่งมอบ หรือการทำงานที่เป็นไปตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี และแผนหลัก 3 ปี

(3) จัดทำเอกสารแผนการดำเนินงานประจำปี 2565 เพื่อใช้ในการเผยแพร่และสื่อสารกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเข้าใจต่อแนวทางการดำเนินงานของ สสส.

(4) จัดทำกรอบและวางแผนงบประมาณที่มีการจัดสรรงบประมาณสอดคล้องกับทิศทางการทำงานขององค์กร

(5) พัฒนากลไกการติดตามสถานการณ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงาน ในรูปแบบของ Key Risk Indicator (KRI) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการทำงานอย่างเป็นระบบตลอดจนเพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือและตอบสนองต่อสถานการณ์ได้อย่างทันท่วงที

5.2 ด้านพัฒนาระบบการบริหารจัดการองค์กร

(1) พัฒนาระบบและฐานข้อมูลสำคัญเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหาร รวมทั้งเพื่อใช้ในการวิเคราะห์และขับเคลื่อนการดำเนินงานบนพื้นฐานของข้อมูลได้อย่างแม่นยำ

(2) ดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้เกิดการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล ได้แก่ การสนับสนุนการบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA) การจัดทำแผนที่เกี่ยวข้อง

(3) ร่วมกำหนดทิศทางการยกระดับองค์กรในการพัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการกับฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการที่เป็นมืออาชีพในการบริหารจัดการกองทุน มีความทันสมัย และเหมาะสมกับบริบทการทำงานขององค์กร

(4) สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบบริหารจัดการสำนักงานและการควบคุมภายในให้ทำงานได้อย่างต่อเนื่อง โดยวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการนำเครื่องมือที่ช่วยเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพมาใช้ และทันต่อทิศทางการพัฒนาตามสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

(5) ดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล ซึ่งสอดคล้องกับหลักเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส

5.3 การพัฒนาทักษะและสร้างความเป็นมืออาชีพในการทำงาน

(1) เกิดการแลกเปลี่ยนและเรียนรู้งานแต่ละด้านภายในสำนัก โดยเน้นการสร้างทักษะด้วยวิธีการเรียนรู้จากการทำงาน เพื่อให้บุคลากรในสำนักมีความเข้าใจงานในภาพรวมและสามารถให้ข้อแนะนำและข้อเสนอแนะต่อแผนและส่วนงานภายในได้ในเชิงกลยุทธ์

(2) พัฒนาทักษะในเชิงวิชาการและเชิงวิชาชีพ เพื่อพัฒนาตนเองให้มีความเป็นมืออาชีพในการทำงาน สามารถจัดการงานในส่วนที่รับผิดชอบและให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ตรงตามเป้าหมายขององค์กร

(3) พัฒนาทักษะที่สนับสนุนให้การทำงานมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น เช่น การวิเคราะห์ การสื่อสาร การนำเสนอ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างเพื่อร่วมงาน เป็นต้น

6. ด้านบริหารความเสี่ยง

6.1 วิเคราะห์ความเสี่ยงจากสถานการณ์และแนวโน้มทั้งภายในและภายนอกองค์กรที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงาน

6.2 สร้างการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงองค์กร โดยการรวบรวมประเด็นและมุมมองทั้งจากภาพรวมองค์กรจากผู้บริหาร (Top-Down) และระดับแผนจากผู้ปฏิบัติงาน (Bottom-Up)

6.3 บริหารความเสี่ยงระดับองค์กรในเชิงยุทธศาสตร์ และจัดทำแผนเพื่อจัดการความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานขององค์กรให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ตามความเหมาะสมกับความเสี่ยงแต่ละประเภท และเป็นไปตามมาตรฐานการบริหารความเสี่ยงในระดับสากล

6.4 สร้างกลไกการติดตามและรายงานสถานการณ์ความเสี่ยงเพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์ความเสี่ยงได้อย่างทันท่วงที

7. ด้านการตรวจสอบและควบคุมภายใน

7.1 วางแผนการดำเนินงานตรวจสอบ โดยวางแผนการดำเนินงานตรวจสอบภายในระยะยาวและแผนการดำเนินงานตรวจสอบภายในประจำปี โดยพิจารณาจากผลการประเมินความเสี่ยงเป็นหลัก

7.2 ปฏิบัติการตรวจสอบ

(1) ตรวจสอบส่วนงานต่างๆ ขององค์กรเป็นระยะ โดยจัดให้มีการประชุมเปิดงานตรวจสอบ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ทำความเข้าใจร่วมกับหน่วยรับตรวจ และให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ขององค์กร และสอดคล้องกับระเบียบ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

(2) เมื่อตรวจสอบเสร็จสิ้นสมบูรณ์ ฝ่ายตรวจสอบภายในจัดให้มีการประชุมปิดงานตรวจสอบร่วมกับหน่วยรับตรวจ และฝ่ายบริหาร เพื่อชี้แจง หารือ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเท็จจริงและข้อบกพร่องที่ตรวจพบ และมาตรการแก้ไขปรับปรุงก่อนที่จะนำเสนอในรายงานผลการตรวจสอบ

7.3 รายงานผลการตรวจสอบ และการยกระดับสร้างมูลค่าเพิ่มจากรายงาน

(1) จัดทำรายงานผลการตรวจสอบเป็นลายลักษณ์อักษร อธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขอบเขตการตรวจสอบ ประเด็นที่ตรวจพบ วิเคราะห์สาเหตุและผลกระทบ ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแก้ไข และจัดลำดับความสำคัญของข้อตรวจพบและข้อเสนอแนะ รวมทั้งกำหนดวันแล้วเสร็จ และผู้รับผิดชอบ

(2) ดำเนินการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และประมวลผลตรวจสอบทั้งหลายที่ได้มา โดยจัดทำเป็น รายงานทางวิชาการ/ข้อมูลสาระสำคัญอันเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจเชิงบริหารระดับนโยบาย เพื่อพัฒนาระบบปฏิบัติงานและองค์กรให้มีคุณภาพ เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น ซึ่งเป็นการพัฒนา/ยกระดับสร้างคุณประโยชน์เพิ่มขึ้นจากรายงานผลตรวจสอบโดยปกติทั่วไป

7.4 การติดตามผลการปรับปรุงของสำนักงาน ตามข้อเสนอแนะในรายงานผลตรวจสอบ โดยติดตามผลการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะในรายงานผลการตรวจสอบ และติดต่อประสานงานกับหน่วยรับตรวจและให้คำแนะนำในการแก้ไขปรับปรุงให้ถูกต้อง

7.5 การพัฒนาตนเอง และวิชาชีพ

(1) บุคลากรฝ่ายตรวจสอบภายใน มีการเพิ่มทักษะและพัฒนาตนเองให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์เพียงพอที่จะดำเนินการตรวจสอบในเรื่อต่างๆ

(2) ทบทวนการปฏิบัติงานของตนเองอย่างสม่ำเสมอ และรับฟังข้อคิดเห็นของทุกส่วนเพื่อการพัฒนาปรับปรุงงานในหน้าที่ให้สามารถตอบสนองความต้องการของหน่วยรับตรวจ ผู้ใช้ข้อมูลจากผลการตรวจสอบมาบริหารจัดการ หรือพิจารณาตัดสิน ฯลฯ

(3) ให้คำปรึกษาชี้แนะแก่บุคลากรทุกระดับในองค์กร เพื่อประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน

(4) ร่วมกับฝ่ายบริหารงานบุคคล หรือสำนัก/ฝ่าย ในการจัดทำเนื้อหาหลักสูตรหรือเครื่องมือพัฒนาระบบปฏิบัติงานขององค์กร เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่ นักวิชาการ

8. ด้านการติดตามและประเมินผล

สนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานของ สสส. รวมทั้งคณะอนุกรรมการย่อยชุดต่าง ๆ ที่คณะกรรมการประเมินผลแต่งตั้ง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามอำนาจหน้าที่ที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 อาทิ การจัดทำรายงานการประเมินผลการดำเนินงานของ สสส. การประเมินผลการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล และการศึกษา/ประเมินผลประเด็นพิเศษต่างๆ

9. ด้านการสื่อสารองค์กร เผยแพร่ข้อมูล และประชาสัมพันธ์

9.1 วิจัยและสำรวจความคิดเห็น เพื่อรับรู้ทัศนคติ ความเข้าใจ และความต้องการของทุกกลุ่มเป้าหมาย นำไปสู่การพัฒนากระบวนการดำเนินงาน ตลอดจนกิจกรรมสื่อสาร และชุดข้อมูล ให้ตรงกับความต้องการ นำเสนออย่างครอบคลุม ครบถ้วน และเป็นมิตร นำไปสู่การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องด้วยเจตคติที่ดี

9.2 วางยุทธศาสตร์การบริหารภาพลักษณ์ขององค์กร (Corporate Image & Brand Management) โดยร่วมกับส่วนงานภายใน สสส. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรของ สสส. และภาคีเครือข่ายให้มีความรู้ ความเข้าใจบทบาทภาพลักษณ์ของ สสส. ตลอดจนมีแนวปฏิบัติตนตามวิถีการทำงานแบบ สสส. สามารถเป็นตัวแทนขององค์กรในการสะท้อนภาพลักษณ์ สสส. ในฐานะองค์กร “องค์กรนวัตกรรม สานพลังสร้างเสริมสุขภาพ” ได้อย่างสมบูรณ์

9.3 กำหนดประเด็นสื่อสารที่สะท้อนบทบาทภาพลักษณ์ สสส. ที่พึงปรารถนา (3 WISH IMAGES) พร้อมทั้งประเมินสถานการณ์ขององค์กรและสังคมร่วมกับสำนัก แผนงาน และภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำชุดข้อมูลสื่อสารบทบาทและการดำเนินงานของ สสส. ในฐานะ “องค์กรนวัตกรรม สานพลัง สร้างเสริมสุขภาพ” ให้สังคมรับรู้ เข้าใจ เปิดรับและมีส่วนร่วมกับการทำงานของ สสส. และให้คนไทยมีวิถีชีวิตใหม่ที่เหมาะกับยุคสมัย และเป็นสังคมสุขภาวะที่ยั่งยืน

9.4 วางระบบจัดการประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อองค์กรจากสื่อทุกแขนง โดยเฉพาะสื่อสังคมออนไลน์ มีกระบวนการติดตาม ตรวจสอบ และจัดการข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็วเพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งานประมาณ (ล้านบาท)
การบริหารและพัฒนาบุคลากรและองค์กร (เงินเดือน ค่าจ้าง และการพัฒนาบุคลากร)	243.90
การเงิน การบัญชี การพัสดุ และการตรวจสอบโครงการ	10.12
การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ	63.70
การอำนวยการและบริหารสำนักงาน	63.50
การพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การบริหารความเสี่ยง	5.29
การตรวจสอบภายใน	7.00
การติดตามและประเมินผล	4.00
การสื่อสารองค์กร การเผยแพร่ข้อมูล และการประชาสัมพันธ์	18.96
รวม	**416.47**

งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีการดำเนินงานเพื่อการปรับทิศทางการทำงานขององค์กรอย่างต่อเนื่อง โดยให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการดำเนินงานแบบบูรณาการ และมีการจัดกลุ่มส่วนงานแบบ “Cluster” เพื่อให้สอดคล้องและทันต่อสถานการณ์ทางด้านสุขภาวะที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว นอกจากการดำเนินงานและประสานงานในรูปแบบต่างๆ แล้ว กองทุนยังได้พัฒนารูปแบบการบูรณาการงานใหม่ที่มีลักษณะประสานและต่อยอดจากฐานงานเดิมที่มีอยู่ โดยเพิ่มการจัดการและงบประมาณที่จำเป็น โดยกระบวนการพัฒนากลุ่มงานกลางมุ่งให้ความสำคัญกับการดำเนินงานในเรื่องที่มีการพิจารณาร่วมกันว่าเป็นประเด็นใหม่หรือสถานการณ์ประเด็นเร่งด่วนที่กองทุนควรดำเนินงานเพิ่มเติม และมีความเกี่ยวข้องกับภารกิจของหลายแผนงานหลักที่จะพัฒนาเป็นภาพรวมของกลุ่มงานใหม่ และเมื่อเกิดกลไกกลางประสานให้เกิดการดำเนินงานขึ้นแล้ว สามารถผสานภารกิจเข้าสู่ภายใต้แผนการดำเนินงานหลักของกองทุนได้ต่อไป

สถานการณ์และแนวโน้ม

สถานการณ์ด้านสุขภาวะที่ผ่านมา กลุ่มงานกลางได้พัฒนางานในประเด็นใหม่ๆ ซึ่งมีความสำคัญและเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ส่งผลกระทบต่อการสร้างเสริมสุขภาพของคนไทยหลายประเด็น และได้ส่งมอบภารกิจให้กับแผนงานหลักที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบประสานงานต่อเพื่อให้เกิดการบูรณาการและความยั่งยืนในการดำเนินงาน อาทิ การลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) การเฝ้าระวังความเป็นธรรมทางสุขภาพในสังคมไทย การประเมินงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงเศรษฐศาสตร์ในประเทศไทย เป็นต้น และในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 แนวโน้มทิศทางด้านสุขภาวะของประเทศไทยยังคงอยู่ภายใต้ผลกระทบของการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19) ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นและมีการกลายพันธุ์ส่งผลการแพร่ระบาดในหลายระลอก โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสุขภาวะของประชาชนในประเด็นสำคัญ ได้แก่

1) โครงสร้างทางเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลง ผลกระทบต่อการจ้างงาน ค่าจ้าง ความยากจน และความเหลื่อมล้ำ ไม่สามารถพึ่งพารายได้ทางใดทางหนึ่งจนเกินไป แต่อาศัยการบริโภคและการลงทุนในประเทศเป็นเครื่องจักรสำคัญด้วย

2) การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบและการให้บริการ โดยเฉพาะด้านที่ส่งผลกับสุขภาพโดยตรง จะมีการปรับเปลี่ยนให้ทั่วถึงและเสมอภาคมากขึ้น เพื่อให้สามารถป้องกันการแพร่ระบาดโลกอุบัติใหม่ในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะส่วนที่เป็นพื้นที่เสี่ยงหรือกลุ่มเสี่ยง

3) สังคมจะก้าวเข้าสู่สังคมดิจิทัลอย่างเต็มรูปแบบ จากการเว้นระยะห่างทางกายภาพสู่การเชื่อมต่อกับสังคมด้วยสัญญาณอินเทอร์เน็ต พฤติกรรมของผู้บริโภคจะเปลี่ยนแปลงไป ทั้งด้านการใช้ชีวิตประจำวัน การศึกษา การทำงาน และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

จากสถานการณ์ของโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดการปรับทิศทางการดำเนินงานกองทุนในช่วงที่ผ่านมาและต่อเนื่องถึงแผนการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ในการตอบสนองต่อนโยบายสำคัญ

เร่งด่วนที่มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของประชาชนและสังคม และในส่วนการบริหารจัดการกองทุนในภาพรวม กองทุนให้ความสำคัญต่อการดำเนินงานแบบบูรณาการ โดยมีการจัดกลุ่มงานเพื่อช่วยหนุนเสริมภารกิจของกองทุน ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

จุดเน้นของแผน

ในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง มุ่งเน้นการตอบสนองงานบูรณาการในกลุ่มงานแบบ “Cluster” ตามกรอบแนวนโยบายและจุดเน้นการดำเนินงานที่คณะกรรมการกองทุนมอบหมาย รวมถึงงานบูรณาการวาระกลางประจำปีในเรื่อง ระบบสารสนเทศและเครื่องมือเพื่อความรอบรู้สุขภาพเฉพาะบุคคล (Precision Information and Tools for Personal Health Literacy) โดยมีสาระสำคัญของแผนที่ครอบคลุมทั้งการสร้างเสริมสุขภาวะเพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะภายใต้แผนหลัก 3 ปี (2565-2567) และตอบสนองต่อทิศทางเป้าหมาย 10 ปี (2565-2574) ของกองทุน โดยเน้นการสร้างพื้นที่สุขภาวะโดยเฉพาะในเขตเมือง เช่น กรุงเทพมหานคร โดยเน้นการบูรณาการประเด็นเป้าหมายยุทธศาสตร์ทางสุขภาพส่งเสริมให้เกิดการมีวิถีสุขภาวะที่ดีทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และหน่วยงานองค์กรต่างๆ ของประเทศ ในส่วนการตั้งเป้าหมายให้มีความสอดคล้องกับห่วงโซ่ผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพ (Chain of Outcome for Health Promotion) รวมถึงการใช้กลไกการกำกับ ติดตาม และประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย 1 ปี

1. มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะแบบบูรณาการทั้งใน และระหว่าง Cluster อย่างมีประสิทธิภาพ

2.มีแผนการดำเนินงาน และงบประมาณรองรับภารกิจใหม่และสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างเหมาะสมและทันต่อสถานการณ์ความเสี่ยงทางสุขภาพอุบัติใหม่ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

แนวทางการดำเนินงาน

1. ประสานความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข องค์กรสุขภาพ และสถาบันวิชาการต่างๆ ในการเชื่อมโยงเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาวะเพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ รวมถึงการศึกษาทบทวนยุทธศาสตร์การดำเนินงาน และการพัฒนาแนวทางการใช้กลไกการกำกับ ติดตาม และประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อวางทิศทางการดำเนินงานในการเข้าสู่ทศวรรษที่สามขององค์กร

2. เสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสื่อสารสร้างสุขภาวะตั้งแต่ระดับ บุคคล องค์กร ภาคนโยบาย มุ่งสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วม จนเกิดการร่วมผลักดันประเด็นการสร้างเสริมสุขภาวะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสังคมผ่านการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสมเฉพาะบุคคล

3. สนับสนุนการพัฒนาและต่อยอดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างมีพลวัต ทั้งในเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากรเฉพาะ รวมถึงสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพตามยุทธศาสตร์ชาติ และโดยเฉพาะประเด็นที่มีผลกระทบต่อสุขภาวะสำคัญเร่งด่วน อันได้แก่ผลกระทบจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีผลต่อวิถีชีวิตและสังคมของประชาชนไทย

การบริหารจัดการ

งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลางอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาสำนักงาน

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
กลุ่มแผนงานจัดการกลุ่มงานกลาง	121.90
งานบูรณาการ Cluster	80.00
รวม	**201.90**

ภาคผนวก

1. กรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่และลูกจ้างสำนักงาน พ.ศ. 2566
2. ข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2565
3. การดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลในการจัดทาแผนการดำเนินงานประจำปี พ.ศ.2565
4. การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment: ITA)

กรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่และลูกจ้างสำนักงาน ปี 2566

ผู้จัดการ	
รองผู้จัดการ	2
ผู้ช่วยผู้จัดการ	4
ที่ปรึกษา/ผู้เชี่ยวชาญ	3
รวม	**9**

สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก	
ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	6
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	1
รวม	**9**

สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	
ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	3
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	1
รวม	**6**

สำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชน	
ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	6
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	1
รวม	**9**

สำนักสนับสนุนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	
ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	4
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	1
รวม	**7**

สำนักสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ	
ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	5
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	1
รวม	**8**

สำนักสร้างสรรค์โอกาส	
ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	7
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	3
รวม	**12**

สำนักสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ	
ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	3
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	1
รวม	**6**

สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร	
ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	3
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	1
รวม	**6**

สำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ	
ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	4
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	1
รวม	**7**

สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสังคม	
ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	4
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	1
รวม	**7**

สำนักสร้างเสริมระบบสื่อและสุขภาวะทางปัญญา	
ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	3
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	1
รวม	**6**

สำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์	
ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักบริหารงานภาคีและวิเทศสัมพันธ์	6
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	1
รวม	**9**

สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์	
ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักวิเคราะห์นโยบายและยุทธศาสตร์	6
รวม	**8**

สำนักสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม	
ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักบริหารงานการตลาดเพื่อสังคม	9
รวม	**11**

สำนักวิชาการและนวัตกรรม	
ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักบริหารงานวิชาการและนวัตกรรม	5
นักวิชาการ (Cluster)	4
รวม	**9**

ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ	
ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักบริหารงานส่งเสริมการเรียนรู้	8
รวม	**10**

ฝ่ายสื่อสารองค์กร	
ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักบริหารงานสื่อสารองค์กร	7
รวม	**9**

ฝ่ายติดตามและประเมินผล	
ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักบริหารงานติดตามและประเมินผล	4
รวม	**6**

ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ	
ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักบริหารงานสารสนเทศ	10
รวม	**12**

ฝ่ายบัญชีและการเงิน	
ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักบัญชี	4
นักการเงิน	9
รวม	**15**

ฝ่ายอำนวยการ	
ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักกฎหมาย	4
นักบริหารงานจัดซื้อและพัสดุ	7
นักบริหารงานทั่วไป	2
นักบริหารงานอาคาร	2
เจ้าหน้าที่ธุรการและบริการทั่วไป	1
เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป	21
เลขานุการ	3
รวม	**42**

ฝ่ายบริหารงานบุคคล	
ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักบริหารงานบุคคล	5
นักวิชาการ	2
รวม	**9**

ฝ่ายตรวจสอบภายใน	
ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักตรวจสอบภายใน	3
รวม	**5**

หน่วยงานลักษณะพิเศษ

สถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ	
ผู้อำนวยการ	1
ผู้จัดการฝ่าย	3
เจ้าหน้าที่/ เจ้าหน้าที่อาวุโส	11
รวม	**15**

ศูนย์กิจการสร้างสุข	
ผู้อำนวยการ	1
ผู้จัดการฝ่าย	3
เจ้าหน้าที่/ เจ้าหน้าที่อาวุโส	11
รวม	**15**

เจ้าหน้าที่	๒๖๙	คน
ลูกจ้าง	๑๙	คน
รวม	**๒๘๘**	**คน**

ข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ 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” (master plan) หมายความว่า แผนการดำเนินงานของกองทุนตามมาตรา 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) ให้ผู้จัดการจัดทำแผนหลักที่ประกอบด้วยแผนต่างๆ ที่มีรายละเอียดสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายของกองทุน และกรอบวงเงินงบประมาณประจำปีที่คณะกรรมการกำหนด เพื่อขอความเห็นชอบต่อคณะกรรมการภายในเดือนสิงหาคมของปีที่พิจารณา โดยอาจทบทวนให้สอดคล้องกับ

สถานการณ์ได้ทุกปี และให้จัดทำฉบับใหม่ทุก 5 ปี โดยให้นำผลการประเมินตามข้อ 17 มาประกอบการพิจารณาด้วย”

ข้อ 6 ให้ยกเลิกความใน (1) ของข้อ 8 ของข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2562 และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(1) ให้ผู้จัดการและคณะกรรมการบริหารแผนร่วมกันจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีให้สอดคล้องกับเป้าหมายตามแผนหลัก ภายใต้กรอบวงเงินงบประมาณประจำปีที่คณะกรรมการกำหนด เพื่อเสนอให้คณะกรรมการพิจารณาเห็นชอบภายในเดือนสิงหาคมของทุกปี”

ข้อ 7 แผนหลักที่ใช้บังคับอยู่ในก่อนวันที่ข้อบังคับนี้ใช้บังคับ ให้ใช้บังคับได้ต่อไปจนถึงปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และจัดทำแผนหลักเป็นระยะ 5 ปี ให้เริ่มจัดทำตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เป็นต้นไป

ข้อ 8 ทิศทางและเป้าหมายของกองทุนที่ใช้บังคับอยู่ในวันก่อนวันที่ข้อบังคับนี้ใช้บังคับ ให้ใช้บังคับต่อไปจนถึงปีงบประมาณ พ.ศ. 2575 และการจัดทำทิศทางและเป้าหมายของกองทุนในระยะถัดไปให้เริ่มจัดทำตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2576 เป็นต้นไป

ข้อ 9 ให้ประธานกรรมการเป็นผู้รักษาการตามข้อบังคับนี้

ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามข้อบังคับนี้ ให้ประธานกรรมการมีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาด และให้คำวินิจฉัยนั้นเป็นที่สุด

ประกาศ ณ วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2565
นายอนุทิน ชาญวีรกูล
รองนายกรัฐมนตรี
ประธานกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

การดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลในการจัดทำแผนการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

สสส. ได้กำหนดนโยบายการกำกับดูแลกิจการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล เพื่อเป็นมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติให้บุคลากรของ สสส. ปฏิบัติงานอย่างมีคุณธรรม เปิดเผย โปร่งใส และปราศจากการทุจริตโดยยึดถือปฏิบัติควบคู่กับการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และข้อบังคับอื่น ๆ ที่เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล ดังนี้

1. หลักความเปิดเผยโปร่งใส (Transparency)

สสส. มีการเปิดเผยข้อมูลขององค์การในรูปแบบที่สาธารณชนสามารถเข้าใจได้และเข้าถึงได้อย่างเสรีในทุกขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมหรือกระบวนการต่างๆ องค์การ รวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการจัดทำแผนซึ่งมีการเปิดเผยข้อมูลในแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน และมีการประชาสัมพันธ์แจ้งให้สาธารณชนทราบล่วงหน้า

2. หลักภาระรับผิดรับชอบตรวจสอบได้ (Accountability)

สสส. มีการดำเนินการกำหนดเป้าหมายเกณฑ์ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่ชัดเจน และมีกระบวนการสื่อสารถึงแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องต่อการวางแผนยุทธศาสตร์ พร้อมทั้งชี้แจงผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบ เพื่อนำข้อเสนอแนะมาพัฒนา/ปรับปรุงกระบวนการดำเนินงาน

3. หลักการมีส่วนร่วม (Participation)

สสส. มีกระบวนการสื่อสารถึงแนวทางปฏิบัติส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมในการวางแผนยุทธศาสตร์ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ โดยได้มีการกำหนดกรอบระยะเวลา/ช่องทางการมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนในหลายช่องทาง รวมทั้งมีการเปิดให้ตัวแทนของกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียได้มีโอกาสรับรู้ และมีส่วนร่วมในกระบวนการการตัดสินใจในกระบวนการวางแผนตามความเหมาะสม 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. และส่วนที่เกี่ยวข้องในทุกๆกระบวนการ

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. จึงกำหนดนโยบายต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อเป็นการแสดงเจตนารมณ์และภาระรับผิดชอบในการดำเนินงานเพื่อให้สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสำคัญ ดังนี้

- นโยบายต่อประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีตามวัตถุประสงค์ของกองทุนอย่างทั่วถึงทันกาลและมีประสิทธิภาพคุ้มค่า โยดำเนินการอย่างเปิดเผย รับฟังและสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ
- นโยบายต่อหน่วยงานที่กำกับดูแลและสนับสนุนการดำเนินงาน กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ตอบสนองตามวัตถุประสงค์ของกองทุนอย่างโปร่งใส สร้างการมีส่วนร่วม มีความสอดคล้องกับนโยบายของรัฐ เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพตามวิสัยทัศน์ขององค์กร จัดกระบวนการทำงานและการใช้จ่ายงบประมาณให้เป็นไปอย่างประหยัด ถูกต้อง ปลอดจากการขัดกันของผลประโยชน์ ครบถ้วนตามระเบียบ มีประสิทธิภาพ คุ้มค่าทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมและตอบสนองวัตถุประสงค์ โดยให้มีการทบทวนปรับปรุงและพัฒนาระบบงานด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งจัดให้มีการกำกับติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผล และรายงานผล เพื่อแสดงความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจและสังคม อย่างโปร่งใส ตรวจสอบได้
- นโยบายต่อภาคีเครือข่าย เปิดโอกาสและอำนวยความสะดวกให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำงานกับ สสส. ได้โดยสะดวก และเป็นธรรม เปิดเผย รับฟัง สื่อสาร สร้างความเข้าใจร่วมกัน และให้ความร่วมมือในการเสริมสร้างสุขภาพตามวัตถุประสงค์ของกองทุนจัดการสนับสนุนด้านวิชาการ และทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างขีดความสามารถในการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของกองทุนโดยมีหลักเกณฑ์การพิจารณาที่ชัดเจน โปร่งใส ตรวจสอบได้ รวมทั้งจัดให้มีการติดตาม ประเมินผล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อพัฒนาการดำเนินงานร่วมกันให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างต่อเนื่อง
- นโยบายต่อบุคลากรของ สสส. มุ่งดูแลให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จอย่างเต็มศักยภาพ มีขวัญกำลังใจและคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีโดยจัดโครงสร้างและระบบบริหารงานที่ดี เปิดเผย รับฟังและสื่อสารข้อมูลข่าวสารความรู้เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและส่งเสริมการมีสวนร่วมของบุคลากรยึดหลักของธรรมาภิบาลและระบบคุณธรรมอย่างเคร่งครัดในการบริหารทรัพยากรบุคคล จัดให้มีการพัฒนาทรัพยากรบุคคลให้มีทักษะความรู้ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน รวมถึงการเสริมสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน ความภาคภูมิใจในองค์การและยึดมั่นในอุดมการณ์ร่วมกัน

การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment: ITA)

การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment: ITA) เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญต่อการประเมินองค์กรในมิติของการส่งเสริมคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งการประเมิน ITA เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (สำนักงาน ป.ป.ช.) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 มาจนถึงปัจจุบัน ประกอบด้วยรูปแบบการประเมิน ดังนี้

<u>ส่วนที่ 1</u> การเก็บข้อมูลจากบุคลากรในหน่วยงานภาครัฐ (Internal Integrity and Transparency Assessment: IIT) โดยเปิดโอกาสให้บุคลากรภาครัฐทุกระดับที่ปฏิบัติงานมา ไม่น้อยกว่า 1 ปี ได้มีโอกาสสะท้อนและแสดงความคิดเห็นต่อคุณธรรมและความโปร่งใส ของหน่วยงานตนเอง โดยสอบถามการรับรู้และความคิดเห็นใน 5 ตัวชี้วัด ได้แก่

ตัวชี้วัดที่ 1 การปฏิบัติหน้าที่
ตัวชี้วัดที่ 2 การใช้งบประมาณ
ตัวชี้วัดที่ 3 การใช้อำนาจ
ตัวชี้วัดที่ 4 การใช้ทรัพย์สินของราชการ
ตัวชี้วัดที่ 5 การแก้ไขปัญหาการทุจริต

<u>ส่วนที่ 2</u> การเก็บข้อมูลจากผู้รับบริการหรือผู้ติดต่อหน่วยงานภาครัฐ (External Integrity and Transparency Assessment: EIT) โดยเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการหรือผู้ติดต่อหน่วยงานภาครัฐในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ได้มีโอกาสสะท้อนและแสดงความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ โดยสอบถามการรับรู้และความคิดเห็นใน 3 ตัวชี้วัด ได้แก่

ตัวชี้วัดที่ 6 คุณภาพการดำเนินงาน
ตัวชี้วัดที่ 7 ประสิทธิภาพการสื่อสาร
ตัวชี้วัดที่ 8 การปรับปรุงระบบการทำงาน

<u>ส่วนที่ 3</u> การเปิดเผยข้อมูลทางเว็บไซต์ของหน่วยงาน (Open Data Integrity and Transparency Assessment: OIT) เป็นการตรวจสอบระดับการเปิดเผยข้อมูลของหน่วยงานภาครัฐที่เผยแพร่ไว้ทางหน้าเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน โดยมีคณะที่ปรึกษาการประเมิน ITA ในฐานะผู้เชี่ยวชาญและคนกลาง (third party) เป็นผู้ตรวจสอบข้อมูลและให้คะแนน พร้อมข้อเสนอแนะตามหลักเกณฑ์การประเมินที่กำหนด แบ่งออกเป็น 2 ตัวชี้วัด ได้แก่

ตัวชี้วัดที่ 9 การเปิดเผยข้อมูล (ข้อมูลพื้นฐาน,การบริหารงาน,การบริหารเงินงบประมาณ การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล,การส่งเสริมความโปร่งใส)
ตัวชี้วัดที่ 10 การป้องกันการทุจริต (การดำเนินการเพื่อป้องกันการทุจริต,มาตรการภายในเพื่อป้องกันการทุจริต)

ทั้งนี้ ในช่วงที่ผ่านมา สสส. ได้มีการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานตามกรอบการประเมิน ITAและตามข้อเสนอแนะจากผลการประเมิน ITA มาอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 สสส. ยังคงยึดหลักการตามกรอบการประเมิน ITA คือ การเปิดโอกาสให้เกิดการมีส่วนร่วมเหมือนเช่นทุกปีที่ผ่านมา โดยได้มีกระบวนการในการรับฟังความคิดเห็นและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องจากภาคส่วนต่างๆ เพื่อร่วมกันกำหนดทิศทางในการทำงานร่วมกัน

ซึ่งกระบวนการดังกล่าวแสดงถึงการที่ สสส. ให้ความสำคัญต่อการเปิดเผยข้อมูลและการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถเข้าถึงข้อมูล ตรวจสอบการดำเนินงาน รวมถึงการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของ สสส. ถือเป็นหัวใจสำคัญของการส่งเสริมคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน