แผนการดำเนินงาน
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

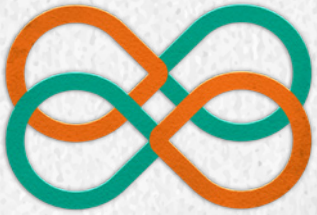


สสส
สำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ
สานพลัง สร้างนวัตกรรม สื่อสารสุข

ThaiHealth
Annual Plan
2024



สานพลัง
สร้างนวัตกรรม
สื่อสารสุข



คำนำ

พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 มาตรา 21 (2) กำหนดให้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีซึ่งประกอบด้วย เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด แผน กลุ่มแผนงาน และงบประมาณประจำปี ในระยะเวลา 1 ปี รวมถึงข้อบังคับว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. 2565 ที่กำหนด ให้ผู้จัดการและคณะกรรมการบริหารแผนร่วมจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีให้สอดคล้องกับเป้าหมายตามแผน ภายใต้วงเงินงบประมาณประจำปีที่คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพกำหนด และเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาเห็นชอบ ภายในเดือนสิงหาคมของทุกปี

แผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เป็นแผนการดำเนินงานภายใต้ทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) และแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) ของกองทุน จึงมีการดำเนินงานที่สอดคล้องและเชื่อมโยงกันทั้งหมด เพื่อส่งมอบผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ตามแต่ละระยะของแผน ที่ประกอบด้วยแผนการดำเนินงานประจำปีของ 15 แผน พร้อมทั้งแผนงานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง รวมทั้งแผนงานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน โดยให้ความสำคัญกับความสอดคล้องของนโยบายและยุทธศาสตร์ของประเทศ นโยบายการปฏิรูปและการพัฒนาประเทศในด้านที่เกี่ยวข้องและกรอบนโยบายการจัดทำแผนฯ ของคณะกรรมการกองทุน รวมทั้งคำนึงถึงสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะที่ดีของประชาชน เช่น การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีดิจิทัล การเข้าสู่สังคมสูงวัย เป็นต้น ทั้งนี้ ในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี สำนักงานได้ให้ความสำคัญกับดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาล เน้นความโปร่งใสตรวจสอบได้ การมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้เสีย การกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่ชัดเจนเพื่อสร้างประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงาน พร้อมทั้งรายละเอียดของคำแถลงประกอบงบประมาณประจำปีที่สอดคล้องกับการดำเนินงานตามข้อบังคับกองทุนฯ

สำนักงานขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ภาคีเครือข่าย และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เพื่อใช้เป็นแนวทางการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกันตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเพื่อประโยชน์แก่คนไทยทุกคนสืบต่อไป

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
สิงหาคม 2566

สารบัญ

บทที่ 1 ภาพรวมแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

1. กรอบนโยบายและแนวทางการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 5
2. นโยบายการบริหารเพื่อกำกับ ติดตาม และประเมินผล 8
3. การบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ 12
4. คำแถลงประกอบงบประมาณแสดงฐานะและนโยบายทางการเงินตามแผนการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 16

บทที่ 2 รายละเอียดแผนการดำเนินงาน

1. แผนควบคุมยาสูบ 23
2. แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด 37
3. แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม 54
4. แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ 75
5. แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ 91
6. แผนสุขภาวะชุมชน 113
7. แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว 123
8. แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร 134
9. แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย 153
10. แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา 162
11. แผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะ 180
12. แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ 199
13. แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ 208
14. แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ 220
15. แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ 230

งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน 243

งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง 253

บรรณานุกรม 257

ภาคผนวก

กรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่และลูกจ้างสำนักงาน พ.ศ. 2567 260

การดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลในการจัดทำแผนการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 262

การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment: ITA) 264



บทที่ 1

ภาพรวม แผนการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

**

การจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จัดทำขึ้นภายใต้ข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.2562 ตามความในมาตรา 21(3) แห่งพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 เพื่อใช้เป็นแผนการดำเนินงานของกองทุน ซึ่งจะแสดงรายละเอียดของเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด แผน กลุ่มแผนงาน และงบประมาณในระยะเวลา 1 ปี โดยมีภาพรวมการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ดังนี้

1. กรอบนโยบายและแนวทางการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีพันธกิจหลักตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดในมาตรา 5 ของ พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.2544 ซึ่งได้กำหนดบทบาทของกองทุนไว้ 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. สนับสนุนการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ในลักษณะที่เป็นสื่อเพื่อให้ประชาชนสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์และลดบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสารหรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ

จากวัตถุประสงค์ทั้ง 6 ข้อนี้ เมื่อพิจารณาร่วมกับคำนิยามตามมาตรา 3 แล้ว สามารถสรุปออกมาเป็นเป้าประสงค์ได้ 6 ข้อ ดังต่อไปนี้

1. สานและเสริมพลังการดำเนินงานของหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง และภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม เพื่อให้บรรลุผลการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด การลดอุบัติเหตุจราจรและอุบัติภัย และสร้างสุขนิสัยในการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารสุขภาพ
2. พัฒนากลไกที่จำเป็นสำหรับการลดปัจจัยเสี่ยงนอกเหนือจากเป้าประสงค์ที่ 1 โดย สสส. ลงทุนแต่น้อยในส่วนที่จำเป็นและก่อให้เกิดผลกระทบสูง และสร้างขีดความสามารถของบุคคลที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก เยาวชนและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ
3. เพิ่มขีดความสามารถเชิงสถาบันและส่งเสริมบทบาทของชุมชนและองค์กร ในการพัฒนาสุขภาวะองค์รวมหรือแก้ไขปัญหาสำคัญของตน โดยพัฒนากระบวนการต้นแบบ และกลไกขยายผลเพื่อมุ่งพัฒนาสังคมสุขภาวะในระยะยาวอย่างยั่งยืน
4. สร้างค่านิยมและโอกาสการเรียนรู้ในการสร้างเสริมสุขภาวะให้เกิดขึ้นในสังคมไทย สังคมให้ความร่วมมือกับการรณรงค์เพื่อบรรลุเป้าประสงค์อื่น ๆ
5. ขยายโอกาสและพัฒนาศักยภาพในการสร้างนวัตกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาวะ
6. เพิ่มสมรรถนะระบบบริการและระบบสนับสนุนในการสร้างเสริมสุขภาวะ และเพิ่มประสิทธิภาพกลไกการบริหารจัดการ

จากพันธกิจ บทบาท และเป้าประสงค์ กองทุนได้วางโครงสร้างแผนการดำเนินงานของกองทุน เพื่อให้ตอบสนองและสอดคล้องกัน 15 แผน ดังต่อไปนี้ [1]

1 งานของ สสส. ในแต่ละแผนมีลักษณะที่ตอบสนองไม่เพียงต่อเป้าประสงค์ใดประสงค์หนึ่ง แต่สามารถตอบสนองได้หลายเป้าประสงค์ ตารางนี้แสดงถึงความสัมพันธ์ของแต่ละแผนที่ตอบสนองต่อเป้าประสงค์หลักเท่านั้น ซึ่งในทางปฏิบัติแต่ละแผนงานนั้นอาจตอบเป้าประสงค์อื่น ๆ ด้วย

เป้าประสงค์ 1

แผน 1: แผนควบคุมยาสูบ

แผน 2: แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

แผน 3: แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม

แผน 9: แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

แผน 14: แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ

เป้าประสงค์ 2

แผน 4: แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

แผน 5: แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ

แผน 7: แผนสุขภาวะเด็กเยาวชน และครอบครัว

เป้าประสงค์ 3

แผน 6: แผนสุขภาวะชุมชน

แผน 8: แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

เป้าประสงค์ 4

แผน 10: แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา

แผน 15: แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ

เป้าประสงค์ 5

แผน 11: แผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะ

เป้าประสงค์ 6

แผน 12: แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ

แผน 13: แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

การจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567

คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีมติเห็นชอบกรอบนโยบายและวาระกลางในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. 2567 เมื่อวันที่ 20 เมษายน 2566 โดยกรอบนโยบายในการจัดทำแผนมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

1. **ใช้ทิศทางและเป้าหมายกองทุน ระยะ 10 ปี (พ.ศ.2565-2574)** เป็นกรอบในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับนโยบาย กฎหมาย และทิศทางการพัฒนาประเทศตามยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 และแผนระดับชาติที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนนโยบายของรัฐบาลที่เปลี่ยนแปลงไป และให้ความสำคัญกับการใช้ห่วงโซ่ผลลัพธ์ตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนและบูรณาการการทำงาน ตลอดจนการใช้กลไกการกำกับ ติดตาม และประเมินผลที่มีประสิทธิภาพควบคู่กันไป
2. **สร้างและขยายผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างทั่วถึงและยั่งยืน** ด้วยการขยายผลงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้ความสำเร็จของแผนเชิงพื้นที่ องค์กร และกลุ่มประชากร เป็นฐานการขยายผลต้นแบบและกลไกงานสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับทุกภาคส่วน ผ่านการผลักดันนโยบาย การพัฒนาศักยภาพ องค์ความรู้ และการสื่อสารที่มีประสิทธิผล ตลอดจนคำนึงถึงพลวัตและความแตกต่างเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร
3. **สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ** โดยคำนึงถึงการสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงองค์ความรู้และฐานข้อมูลการสร้างเสริมสุขภาพได้ง่าย พร้อมทั้งสร้างความรู้ให้เท่าทันต่อการคุกคามและความปลอดภัยทางดิจิทัลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสร้างและรองรับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านการเรียนรู้ การสื่อสาร การพัฒนาศักยภาพ และการจัดการ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สภาพแวดล้อม และสังคมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพในยุคดิจิทัล
4. **ให้ความสำคัญกับการลดผลกระทบของประชากรกลุ่มเปราะบางจากความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอุบัติใหม่** โดยคำนึงถึงผลกระทบที่ส่งผลต่อพฤติกรรม วิถีชีวิต สภาพแวดล้อม และสังคม เพื่อสร้างความพร้อมให้สามารถรับมือต่อวิกฤตการณ์ทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมในปัจจุบัน
5. **เชื่อมโยงเครือข่ายการทำงานกับภาคีเครือข่ายทุกกลุ่ม** โดยเฉพาะกลุ่มคนรุ่นใหม่ เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ ระดับชาติ และระดับสากล ด้วยการผลักดันนโยบาย การพัฒนางานวิชาการ และประสานทรัพยากรเพื่อสร้างความร่วมมือและส่งเสริมบทบาท ภาพลักษณ์ และภารกิจด้านการสร้างเสริมสุขภาพของคนไทย

วาระกลางประจำปี พ.ศ. 2567

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

1. ประเด็นการทำงานที่มีผลกระทบและมีความท้าทายต่อการสร้างเสริมสุขภาวะทั้งในเชิงประเด็น เชิงประชากร เชิงพื้นที่ หรือระบบกลไกที่เกี่ยวข้อง
2. ประเด็นการทำงานที่สามารถสร้างความร่วมมือและทำงานร่วมกันได้หลายแผน
3. วัดผลสำเร็จและเห็นความก้าวหน้าได้ชัดเจน ภายในระยะเวลา 1 ปี

สำหรับข้อเสนอวาระกลางประจำปี พ.ศ. 2567 คณะกรรมการกองทุนได้พิจารณาเห็นชอบให้สำนักงานดำเนินการเรื่อง “การลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมือง” เมื่อวันที่ 20 เมษายน 2566

2. นโยบายและการบริหาร การกำกับ ติดตาม และประเมินผล

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพได้ดำเนินการตามบทบัญญัติภายใต้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยมีการกำหนดโครงสร้างและกลไกทั้งการกำหนดนโยบาย การบริหารงาน การกำกับติดตามและประเมินผล ดังนี้

2.1 นโยบายและการบริหาร

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 โดยกำหนดให้มีคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมีอำนาจหน้าที่ควบคุมดูแลการดำเนินกิจการกองทุนให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการจัดตั้ง และให้คณะกรรมการประเมินผลเป็นผู้ประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนในภาพรวม

โดยคณะกรรมการกองทุนฯ เป็นผู้กำหนดนโยบายในการบริหารกิจการของกองทุน กำหนดกรอบงบประมาณในการดำเนินการ ออกหลักเกณฑ์ระเบียบข้อบังคับที่สำคัญในการดำเนินงาน ให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงาน กำกับดูแลฝ่ายบริหาร รวมทั้งควบคุมผลการปฏิบัติงานของผู้จัดการซึ่งเป็นหัวหน้าฝ่ายบริหารให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 นอกจากนี้ คณะกรรมการกองทุนฯ มีอำนาจในการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเฉพาะด้านเพื่อทำหน้าที่กำกับดูแลและให้คำปรึกษาต่อฝ่ายบริหารในการดำเนินกิจการของกองทุน เช่น คณะอนุกรรมการที่ปรึกษาสำนักงาน คณะอนุกรรมการนโยบายการเงิน คณะอนุกรรมการเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นต้น

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

การบริหารจัดการกองทุนและการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

การบริหารจัดการกองทุน มีสำนักงานกองทุนเป็นหน่วยงานปฏิบัติโดยมีผู้จัดการกองทุนเป็นผู้บริหารสูงสุด มีผู้อำนวยการส่วนงานต่าง ๆ มีบทบาทในการกำกับดูแลการดำเนินงานตามภารกิจหลักของกองทุน และมีเจ้าหน้าที่มีบทบาทในการดำเนินงานและการสนับสนุน ซึ่งเป็นไปตามนโยบายของกองทุน โดยระเบียบกองทุน ว่าด้วยการจัดแบ่งส่วนงานและการบริหารภายในสำนักงาน ได้สามารถแบ่งส่วนงานออกเป็น 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)

นอกจากการแบ่งส่วนงานออกเป็น 3 กลุ่มแล้ว กองทุนยังมีโครงสร้างการบริหารงานเพื่อสนับสนุนการบูรณาการแผนกต่าง ๆ ของ สสส. โดยให้สำนักงานสามารถจัดส่วนงาน (สำนักหรือฝ่าย) ที่มีลักษณะงาน ภารกิจ พื้นที่ทำงาน หรือกลุ่มเป้าหมายที่ใกล้เคียงหรือสอดคล้องกัน รวมเป็นกลุ่มงานภายใต้สายงานบริหารเดียวกัน (cluster) เพื่อเสริมความเข้มแข็งในการบูรณาการและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน

ทั้งนี้ ในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ สำนักงานจะรับมอบแนวนโยบายและจุดเน้นการทำงาน โดยแต่ละส่วนงานจะศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ โอกาส หาจุดคานงัดเพื่อสนับสนุนให้กลไกหลักที่มีอยู่ประสบผลสำเร็จ รวมทั้งการสนับสนุนและพัฒนาสมรรถนะและสมรรถภาพของบุคลากรและภาคีเครือข่ายไปพร้อมกัน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนโดยมีประชาชนเป็นผู้รับประโยชน์สูงสุด

2 ฝ่ายตรวจสอบภายในจัดตั้งขึ้นภายใต้ระเบียบกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยการตรวจสอบภายในของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2565

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

2.2 การกำกับติดตามและประเมินผล

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเป็นองค์กรของรัฐที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 ที่กำหนดให้กองทุนจัดเก็บเงินบำรุงกองทุนโดยตรงจากผู้เสียภาษีสุราและยาสูบโดยไม่ต้องผ่านกลไกการจัดสรรงบประมาณแผ่นดิน ส่งผลให้ สสส. จึงต้องจัดให้มีกลไกการกำกับ ติดตาม และประเมินผลที่เข้มข้นกว่าหน่วยงานของรัฐอื่น ทั้งนี้ กฎหมายจัดตั้งกองทุนยังกำหนดให้มีคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน 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. การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงานรัฐ (Integrity & Transparency Assessment: ITA) ตามข้อกำหนดของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ
4. การตรวจสอบโดยสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน ที่ครอบคลุมการบริหารจัดการด้านการเงินและบัญชี

2.3 การกำกับดูแลภายในและการบริหารความเสี่ยง

เพื่อให้การดำเนินงานของสำนักงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ มีการรองรับสถานการณ์ต่างที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต รวมถึงพัฒนากระบวนการทำงานของสำนักงานให้มีความโปร่งใสสอดคล้องตามหลักธรรมาภิบาล สำนักงานจึงได้จัดให้มีระบบการกำกับดูแล ดังนี้

2.3.1 การควบคุมภายใน (Internal Control)

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

2.3.2 การตรวจสอบภายใน (Internal Audit)

การตรวจสอบภายใน เป็นเครื่องมือสนับสนุนสำคัญของฝ่ายบริหาร เพื่อให้การดำเนินงานขององค์การ สามารถบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายได้ ด้วยการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานและระบบการควบคุมภายในขององค์กร ว่ามีการดำเนินงานที่ถูกต้องสมบูรณ์เพียงพอ เหมาะสม มีระบบปฏิบัติงานที่ดี มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และคุณภาพตามมาตรฐานที่ดีเพียงใด รวมถึงให้ความเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบงานต่าง ๆ ขององค์กร อีกทั้งเป็นการสร้างความเชื่อมั่นขององค์การ แก่ประชาชน ภาคี ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ ตลอดจนผู้มีส่วนได้เสียทุกกลุ่ม เพื่อยกระดับการบริหารองค์การเชิงคุณภาพ เป็นองค์กรโปร่งใส และมีธรรมาภิบาล

ฝ่ายตรวจสอบภายในใช้ยุทธศาสตร์การดำเนินงานเชิงบวก “การตรวจสอบแบบกัลยาณมิตรและเพิ่มมูลค่าการปฏิบัติงาน” เพื่อตอบสนองผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกกลุ่มดังกล่าวได้ใช้ประโยชน์มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ยังมุ่งเน้นการสร้างมูลค่าเพิ่มจากรายงานผลการตรวจสอบภายในด้านระบบปฏิบัติงานต่าง ๆ โดยนำมาสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแบบบูรณาการเชื่อมร้อยทุกฝ่ายงานอย่างเป็นองค์รวม เสนอต่อ ผู้บริหารระดับสูงขององค์กรเพื่อใช้เป็นข้อมูลพิจารณาขับเคลื่อนงานเชิงระบบและโครงสร้างในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว อันจะนำไปสู่การเป็นองค์การที่มีคุณภาพ มีเสถียรภาพมั่นคง สร้างคุณประโยชน์ต่อประชาชน สังคม และประเทศอย่างยั่งยืนต่อไป

2.3.3 การบริหารความเสี่ยง (Risk Management)

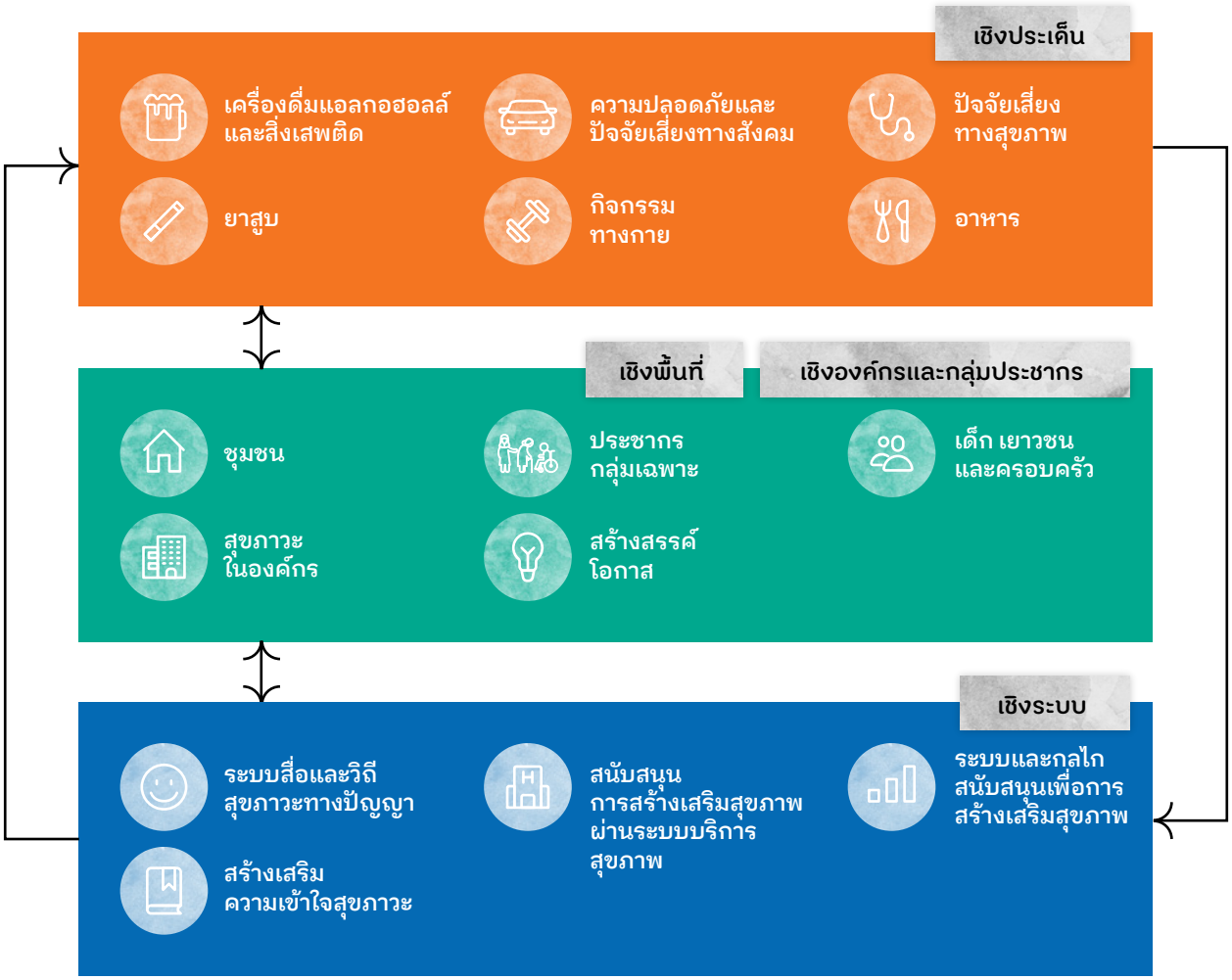
สสส. ดำเนินการบริหารความเสี่ยงระดับองค์กรในเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อจัดการความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานของ สสส. ให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ทั้งนี้ สสส. ได้วิเคราะห์ความเสี่ยงจากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินงาน โดยดำเนินการในระดับองค์กร ทั้งภาพรวมองค์กร (top-down) และระดับส่วนงาน (bottom-up) โดยในการจัดการความเสี่ยง สสส. ดำเนินการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงระดับองค์กร แผนควบคุมภายใน และแผนบริหารความต่อเนื่องทางธุรกิจ (Business Continuity Plan: BCP) ตามความเหมาะสมกับความเสี่ยงแต่ละประเภท เพื่อให้การจัดการความเสี่ยงเป็นไปอย่างทันท่วงที มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ โดยกระบวนการบริหารความเสี่ยงของ สสส. เป็นไปตามแนวคิดการบริหารความเสี่ยงระดับสากลที่มีมาตรฐาน ได้แก่ COSO ERM และ ISO31000 ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงที่มีองค์ประกอบจากผู้แทนคณะกรรมการกองทุน ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ ตลอดจนผู้บริหารระดับสูง โดยรายงานต่อคณะกรรมการกองทุนเป็นรายไตรมาส

3. การบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ

3.1 แนวทางการบูรณาการการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ จำเป็นต้องมีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ สำนักงานได้จัดโครงสร้างกลุ่มแผนเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการและเน้นให้เกิดการทำงานแนวราบเพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยสามารถจำแนกวิธีการทำงานออกเป็น 4 กลุ่มแผน เพื่อให้สอดรับต่อบริบทของงานและสนับสนุนการบูรณาการในการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้

การจัดโครงสร้างกลุ่มแผนดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ



1. กลุ่มแผนเชิงประเด็น เน้นการทำงานเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพเชิงลึก พัฒนางานวิชาการและนวัตกรรมให้เท่าทันกับปัจจัยเสี่ยงที่มีพลวัตและความเปลี่ยนแปลง โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อสนับสนุนให้เกิดสภาพแวดล้อมที่ดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
2. กลุ่มแผนเชิงกลุ่มองค์กรและประชากร เน้นการนำองค์ความรู้การสร้างเสริมสุขภาพมาใช้พัฒนาศักยภาพ พัฒนาเครือข่าย สร้างความเข้มแข็งให้กับประชากรกลุ่มเป้าหมายและเครือข่ายองค์กรสุขภาวะ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย
3. กลุ่มแผนเชิงพื้นที่ เน้นการสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายชุมชน พื้นที่เข้มแข็ง มีขีดความสามารถในการแก้ปัญหาสุขภาพเพื่อให้เกิดกลไกการสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงที่ชุมชนเป็นเจ้าของ เป็นผู้ดำเนินการให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และชุมชน
4. แผนเชิงระบบและกลไก เป็นกลุ่มแผนที่ทำหน้าที่สนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาระบบกลไกทางสังคมและการสื่อสารร่วมกับทุกกลุ่มแผน เพื่อให้เกิดการทำงานเชิงระบบอันจะทำให้เกิดการขยายผลไปสู่ประชาชนในวงกว้าง

การจัดโครงสร้างกลุ่มแผนและการดำเนินงานข้างต้นเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยขับเคลื่อนงานตามเป้าหมายและยุทธศาสตร์ขององค์กร ร่วมกันเรียนรู้และแลกเปลี่ยนแนวทางการทำงานเพื่อสร้างผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากสุขภาพเป็นองค์รวมที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งสภาพแวดล้อมรอบตัวก็ยังส่งผลต่อสุขภาพเช่นกัน ดังนั้น การทำงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจึงต้องอาศัยการทำงานร่วมกันทั้งในเชิงประเด็นทางสุขภาพร่วมกับการทำงานในเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากรเป้าหมาย โดยมีระบบงานต่าง ๆ เช่น การสื่อสาร การนำนวัตกรรมทางสุขภาพมาใช้ เป็นต้น เป็นกลไกสนับสนุนการทำงานให้เกิดการขยายผลการทำงานและสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ในวงกว้าง

ดังนั้น แผนการดำเนินงานประจำปีฉบับนี้ จึงได้มีการกำหนดให้มีตัวชี้วัดร่วมเพื่อสร้างความเข้มแข็งในการทำงานเชิงบูรณาการ และเพื่อขยายผลลัพธ์การทำงานให้บรรลุเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)

3.2 วาระกลาง “การลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมือง”

วาระกลางเป็นรูปแบบของการบูรณาการการทำงานระหว่างส่วนงานภายในของ สสส. ที่สำคัญ เพื่อกำหนดประเด็นการดำเนินงานที่ทุกแผนการดำเนินงานทั้ง 15 แผน และส่วนงานที่เกี่ยวข้อง สามารถทำงานร่วมกันและเกิดผลลัพธ์ภายในระยะเวลา 1 ปี ตลอดจนเป็นสร้างความเข้มแข็งในการบูรณาการการทำงานโดยการนำจุดแข็งและต้นทุนของแต่ละแผนมาร่วมกันสร้างประโยชน์ต่อภาพรวมการสร้างเสริมสุขภาพ

ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ เป็นคำที่เกิดจากการนำนิยามของ “ความเหลื่อมล้ำ” ซึ่งหมายถึง ความไม่เท่าเทียมกันระหว่างผู้มีโอกาสกับผู้ที่ขาดโอกาสที่มีอยู่หลายมิติ เช่น ความมั่งคั่งและรายได้ การกระจายโอกาส สิทธิและอำนาจในการต่อรอง เป็นต้น และคำว่า “สุขภาพ” มารวมเป็นคำเดียวกัน โดยสรุปแล้ว “ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ” หมายถึง ความไม่เท่าเทียมกันของสุขภาพระหว่างประชากรหรือกลุ่มบุคคลซึ่งส่งผลต่อคุณภาพและความยืนยาวของชีวิต และขัดต่อความเป็นธรรมทางสังคม ทั้งนี้ มีข้อสังเกตว่าความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพเป็นสิ่งที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ โดยการจัดการกับปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ (Social Determinant of Health) ซึ่งอยู่นอกเหนือจากการควบคุมของปัจเจกบุคคล โดยมีปัจจัยหลักที่เป็นองค์ประกอบพื้นฐานของความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพอยู่ 4 ประการ [4] ได้แก่

4 Public Health Scotland. (2021). “What are health inequalities?”. เข้าถึงได้จาก https://www.healthscotland.scot/health-inequalities/what-are-health-inequalities .

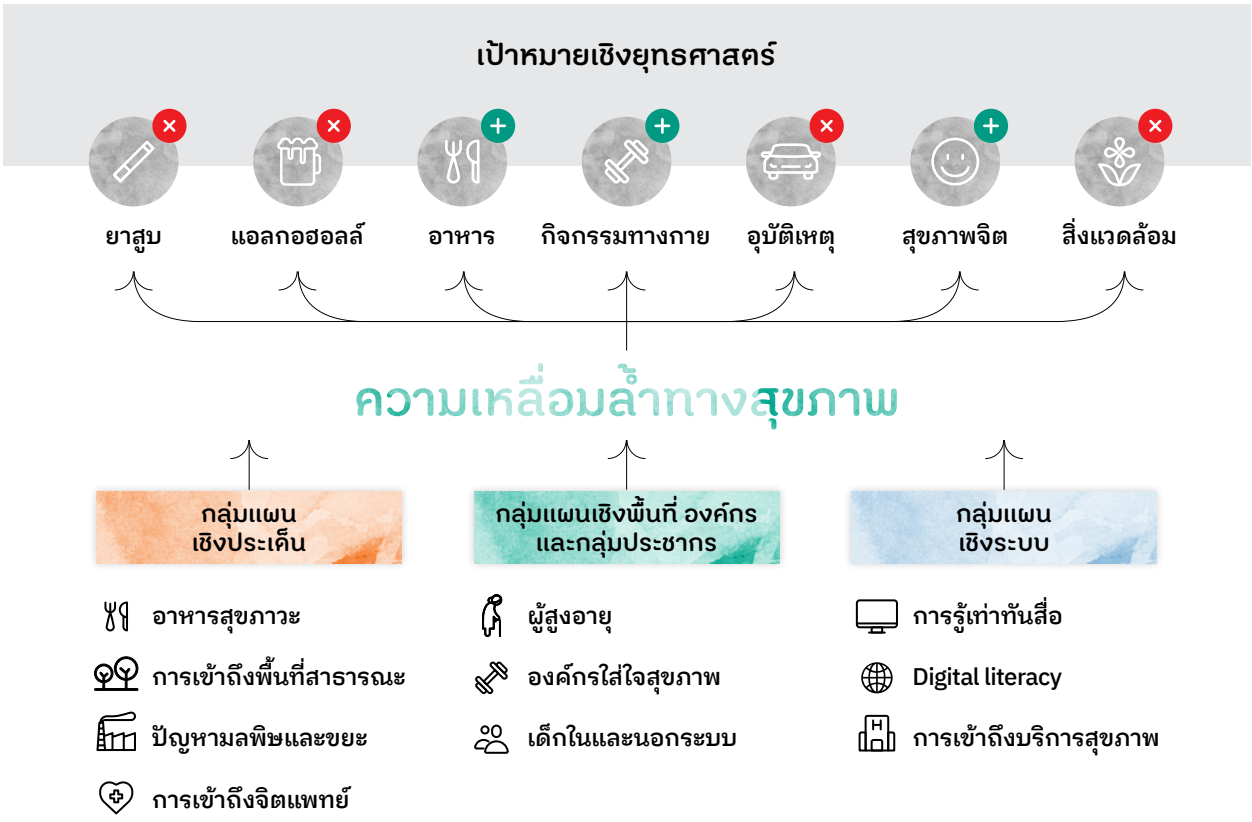
1. สภาพเศรษฐกิจโลก ที่เกิดขึ้นและส่งผลต่อการกระจายรายได้ และทางเลือกต่าง ๆ ด้านสุขภาพ
2. สภาพแวดล้อมทางสังคมการเมือง (socio-political) ที่เกิดจากสภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น สิทธิในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น
3. การตัดสินใจและการให้ความสำคัญในนโยบายของประเทศ
4. การให้คุณค่าของสังคมต่อความเท่าเทียมและความเป็นธรรม

ส่วนคำว่า “เขตเมือง” ในที่นี้ หมายถึง พื้นที่ที่มีจำนวนประชากรอยู่รวมกันหนาแน่น ได้แก่ พื้นที่ในเขตกรุงเทพมหานครปริมณฑล และเขตเทศบาลในระดับเทศบาลเมืองขึ้นไป

ดังนั้น หากสรุปนิยามของการทำงานตามวาระกลาง ในประเด็น “การลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมือง” จึงหมายถึง การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในกลุ่มประชากรที่อาศัยในเขตเมือง โดย สสส. และภาคีเครือข่าย เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนในพื้นที่เขตเมืองมีวิถีชีวิตและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถเข้าถึงบริการและสวัสดิการทางสุขภาพต่าง ๆ ได้อย่างไม่มีข้อจำกัด

โดยการดำเนินงานวาระกลางของปีนี้จะช่วยสนับสนุนภาพรวมการดำเนินงานได้ดังนี้

1. สนับสนุนการบรรลุเป้าหมายความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ที่ในปัจจุบันยังไม่มีการกำหนดผลลัพธ์อย่างชัดเจน
2. สนับสนุนประเด็นการทำงานบูรณาการของคลัสเตอร์เชิงพื้นที่ องค์กร และกลุ่มประชากร โดยใช้กลไกการทำงานของสำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชน (สำนัก 3) เป็นฐาน
3. สอดรับกับสถานการณ์และบริบทของสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ประเด็นความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพมีความรุนแรงมากขึ้น รวมทั้งบริบทของสังคมในเขตเมืองที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาในเขตเมือง เช่น มลพิษ ความแออัด สภาพแวดล้อมที่ไม่สนับสนุนต่อการมีสุขภาวะที่ดี เป็นต้น



สำนักงานได้รวบรวมต้นทุนการทำงานในประเด็นการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมือง จากส่วนงานต่าง ๆ ที่ได้ดำเนินการในช่วงปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2566) โดยสามารถจัดกลุ่มการดำเนินงานได้เป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่

1. การดำเนินงานในประเด็นการลดความเหลื่อมล้ำในเขตเมือง อาทิ พัฒนาองค์ความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะและขับเคลื่อนนโยบายสุขภาวะของคนไร้บ้าน สื่อสารความรู้การสร้างเสริมสุขภาพผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล สังคมจักรยานยนต์ปลอดภัย การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเมือง การสร้างนวัตกรรมเมืองสุขภาวะ การสร้างพื้นที่สุขภาวะและส่งเสริมความมั่นคงและความปลอดภัยทางอาหารในกรุงเทพมหานคร
2. การดำเนินงานในประเด็นการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ อาทิ บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์และบริการบำบัดการติดนิโคติน เครือข่ายการอ่านในเด็กปฐมวัย พัฒนาเครือข่ายในแต่ละกลุ่มวัยเพื่อร่วมกันขับเคลื่อนเมือง ระบบฐานข้อมูลเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะพึ่งพิง
3. การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในเขตเมือง อาทิ การพัฒนาศูนย์วิชาการเพื่อสนับสนุนงาน ธนาคารเวลา การบูรณาการเพื่อเสริมสร้างสุขภาพวะในชุมชนแออัดและชุมชนเมืองในเขตกรุงเทพมหานคร การเพิ่มขีดความสามารถของผู้นำชุมชนท้องถิ่น เครือข่ายมหาวิทยาลัย วัด และองค์กรสุขภาวะ

ทั้งนี้ แนวทางการดำเนินการตามวาระกลางของปี พ.ศ. 2567 เรื่อง “การลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมือง” จะเน้นการทำงานร่วมกันของทุกกลุ่มแผน ได้แก่ กลุ่มแผนเชิงประเด็น กลุ่มแผนเชิงพื้นที่ องค์กร และกลุ่มประชากร และกลุ่มแผนเชิงระบบ ผ่านกลไกคณะทำงาน ที่ทำหน้าที่ในการคัดเลือกประเด็นการทำงาน วางแผนการดำเนินงาน และกำหนดแนวทางการวัดผลร่วมกัน

4. คำแถลงประกอบงบประมาณแสดงฐานะและนโยบายทางการเงิน ตามแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

ตามข้อบังคับกองทุนว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565 กำหนดว่า ข้อ 7 (1) การจัดทำแผนหลัก “ให้ผู้จัดการจัดทำแผนหลักที่ประกอบด้วยแผนต่าง ๆ ที่มีรายละเอียดสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายกองทุน และกรอบวงเงินงบประมาณประจำปีที่คณะกรรมการกำหนด เพื่อขอความเห็นชอบต่อคณะกรรมการภายในเดือนสิงหาคมของปีที่พิจารณาโดยอาจทบทวนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ได้ทุกปี และให้จัดทำฉบับใหม่ทุก 5 ปี...” และตามข้อบังคับกองทุนว่าด้วยการงบประมาณ การเงิน และการบัญชีของกองทุน พ.ศ. 2562 หมวดที่ 2 ส่วนที่ 1 ซึ่งกำหนดให้สำนักงาน กองทุนต้องจัดทำ “คำแถลงประกอบงบประมาณแสดงฐานะและนโยบายทางการเงิน สาระสำคัญของงบประมาณและความสัมพันธ์ระหว่างรายรับและงบประมาณรายจ่ายที่ขอตั้ง” โดยมีรายละเอียด ดังนี้

กรอบนโยบายทางการเงิน

การจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณสำหรับการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 สำนักงานกองทุนได้จัดทำกรอบวงเงินภายใต้ “แนวนโยบายทางการเงิน” ที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด ดังนี้

1. รักษาปริมาณเงินทุนให้มีสภาพคล่องและเพียงพอต่อภาระผูกพัน
2. รักษาเงินทุนสำรองเพื่อรองรับความผันผวนที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต (1,500-2,000 ล้านบาท) [5]
3. รักษายอดเงินรวมผูกพันโครงการต่าง ๆ มิให้มีเงินคงเหลือสุทธิของกองทุนมากเกินไปโดยไร้เหตุผลอันสมควร
4. การบริหารจัดการเงินทุนที่ยังไม่ถึงกำหนดเบิกจ่ายให้เกิดผลตอบแทนที่เหมาะสม

กระบวนการในการจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณ

การดำเนินงานที่ผ่านมา คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงิน ร่วมกับสำนักงานกองทุน ใช้การติดตามสถานการณ์รายได้รับจริงและผลการดำเนินงานจริง 6 เดือนที่ผ่านมาของปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และการประมาณการแนวโน้มของช่วง 6 เดือนหลัง ร่วมกับการใช้ข้อมูลจากกรมสรรพสามิตและข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และได้คำนึงถึงปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการประมาณการรายได้กองทุน ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ด้านเศรษฐกิจไทยและเศรษฐกิจโลก เช่น แนวโน้มการฟื้นตัวของเศรษฐกิจไทย สภาวะความตึงเครียดระหว่างรัสเซียและยูเครน ปัญหาเงินเฟ้อ มาตรการกระตุ้นทางเศรษฐกิจของภาครัฐ การบังคับใช้กฎหมายและมาตรการต่าง ๆ ที่น่าจะส่งผลต่อการบริโภคบุหรี่ สุรา และเบียร์ เพื่อทบทวนกรอบวงเงินงบประมาณประจำปี พ.ศ. 2566 (6 เดือนหลัง) และกรอบวงเงินงบประมาณ 5 ปี ประจำปี พ.ศ. 2567-2571 จากกรอบเดิมที่คณะกรรมการกองทุนได้อนุมัติไว้ รวมถึงใช้การประเมินภาระผูกพันของโครงการล่าช้า เพื่อรักษายอดเงินรวมผูกพันโครงการต่าง ๆ มิให้สูงเกินจริง ซึ่งมีหลักการในการจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณของกองทุน ดังนี้

1. เงินที่กองทุนจะสามารถเบิกจ่ายได้ในแต่ละปีจะพิจารณาจากประมาณการรายได้ภาษี ตาม “ผลการพยากรณ์ประมาณการรายได้”บนพื้นฐานที่มีความเหมาะสมกับสภาวะเศรษฐกิจ รวมกับประมาณการรายได้อื่น
2. การรักษาระดับเงินทุนสำรองคงเหลือแต่ละปีภายในวงเงินที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด คือ 1,500–2,000 ล้านบาท
3. การประมาณการรายจ่าย มาจาก 2 ส่วนคือ งบเบิกจ่ายบริหารจัดการสำนักงาน และงบเบิกจ่ายอุดหนุนโครงการ โดยแบ่งเป็นกรอบเบิกจ่ายโครงการใหม่ และโครงการต่อเนื่อง
4. การจัดทำกรอบวงเงินอนุมัติโครงการใหม่ โดยคำนึงถึงยอดเบิกจ่ายโครงการใหม่ในปีงบประมาณและภาระผูกพันที่จะเกิดขึ้นในปีงบประมาณถัดไป
5. งบประมาณรายจ่ายเพื่อบริหารจัดการสำนักงานจะต้องไม่เกินร้อยละ 15 ของงบประมาณรายจ่ายประจำปีของกองทุน

5 ในการประชุมคณะกรรมการกองทุนครั้งที่ 5/2566 วันที่ 18 พฤษภาคม 2566 ได้เห็นชอบให้ปรับระดับเงินทุนสำรองเพื่อรองรับความผันผวนที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต จาก 1,000-1,500 ล้านบาท เป็น 1,500-2,000 ล้านบาท

สาระสำคัญของงบประมาณและความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับงบประมาณสำหรับการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567

คำอธิบายเกี่ยวกับประมาณการรายได้ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567

ในการจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณประจำปี คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงิน ได้ประมาณการรายได้ของกองทุน เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์ด้านรายจ่ายที่พึงสามารถใช้จ่ายได้ในปีงบประมาณนั้น ๆ ทั้งนี้การพยากรณ์ประมาณการรายได้ของกองทุน ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566–2571 โดยความร่วมมือของศูนย์ความเป็นเลิศทางเศรษฐมิติ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีการใช้ข้อมูลตั้งต้น ดังนี้

1. ข้อมูลรายเดือน รายไตรมาส และรายปีของมูลค่าภาษีที่จัดเก็บได้ และปริมาณบุหรี่ (มวน) สุรา (ล้านลิตร) และเบียร์ (ล้านลิตร) และต้นทุนการดำเนินงาน (ล้านบาท) ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2550-กุมภาพันธ์ 2566
2. อัตราภาษีบุหรี่ สุรา และเบียร์ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2550-กุมภาพันธ์ 2566
3. ข้อมูลรายได้ประชาชาติ หรือข้อมูลผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ ตั้งแต่ปี 2553-2565
4. ข้อมูลอัตราเงินเฟ้อ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2553-ธันวาคม 2565
5. ข้อมูลความไม่แน่นอนทางเศรษฐกิจ (Economic Policy Uncertainty) ตั้งแต่ปี 2553-2565
6. ข้อมูลสถานการณ์ด้านเศรษฐกิจไทย และเศรษฐกิจโลก เช่น แนวโน้มการฟื้นตัวของเศรษฐกิจไทย สภาวะความตึงเครียดระหว่างรัสเซียและยูเครน ปัญหาเงินเฟ้อ และการเพิ่มขึ้นของอัตราดอกเบี้ยทั่วโลก เป็นต้น
7. ข้อมูลการบังคับใช้มาตรการต่าง ๆ มาตรการกระตุ้นทางเศรษฐกิจของภาครัฐ รวมถึงนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่อาจส่งผลต่อการบริโภคบุหรี่ สุรา และเบียร์

วิธีการในการพยากรณ์รายได้ของกองทุน มีกระบวนการดังนี้

1. พยากรณ์ปริมาณบุหรี่ สุรา และเบียร์ ด้วยวิธี Recursive Forecasting
2. ในกระบวนการพยากรณ์ทั้งหมดได้พิจารณาความถี่ของข้อมูลต่าง ๆ เพื่อเช็ค Consistency ของผลการพยากรณ์ โดยทำการประเมินความถี่ตั้งแต่ รายเดือน รายไตรมาส และรายครึ่งปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (6 เดือนหลัง) และปีงบประมาณ พ.ศ. 2567-2571 รวมระยะเวลาการพยากรณ์ทั้งหมด 5 ปีครึ่ง
3. รวมมูลค่าของสินค้าทุกชนิด เพื่อประมาณการภาษีทั้งหมดของรัฐบาล
4. ทำการประเมินรายได้ของกองทุน โดยคิดเป็นร้อยละ 2 ของรายได้จากภาษีบุหรี่ สุรา และเบียร์ ที่คาดว่ารัฐบาลจะเก็บได้
5. สถานการณ์ทางเศรษฐกิจไทย และเศรษฐกิจโลก รวมถึงการบังคับใช้มาตรการต่าง ๆ มาตรการกระตุ้นทางเศรษฐกิจของภาครัฐ รวมถึงนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ที่อาจส่งผลต่อการบริโภคบุหรี่ สุรา และเบียร์ ดังนั้นในการพยากรณ์จึงได้คำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้เข้ามาร่วมวิเคราะห์ในแบบจำลองด้วย

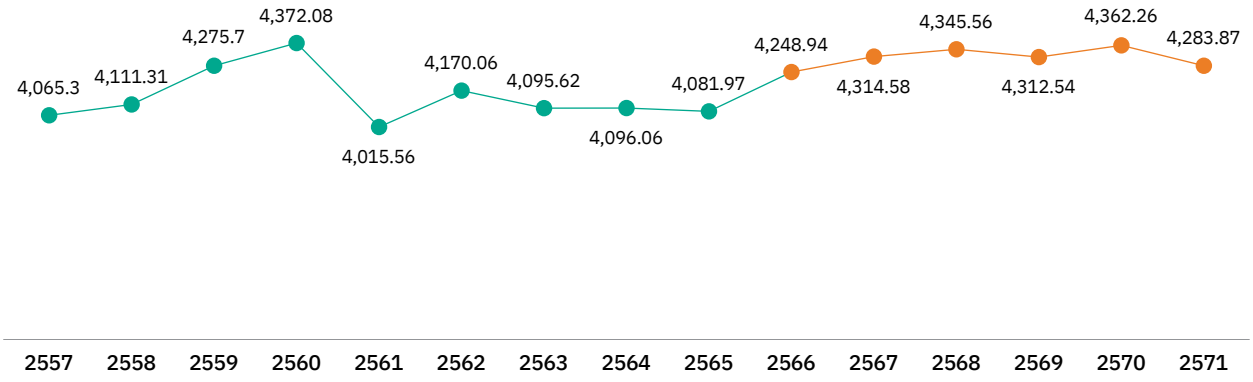
การที่ไม่พยากรณ์ที่รายได้โดยตรงเนื่องจาก ราคาเป็นสิ่งที่ค่อนข้างคงที่ เนื่องจากถูกกำหนดจากรัฐเป็นหลัก แต่สิ่งที่ผันผวนและไม่แน่นอนคือปริมาณ ดังนั้นการที่พยากรณ์ปริมาณที่ถูกต้องจะนำไปคำนวณรายได้ในอนาคตได้แม่นยำกว่า และถึงแม้จะมีการปรับค่าภาษีในอนาคต ก็จะสามารถปรับผลพยากรณ์รายได้ให้ทันตามสถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว

จากผลการประมาณการใหม่ของศูนย์เศรษฐมิติฯ พบว่าประมาณการรายได้ภาษีของกองทุน ปี พ.ศ. 2566 รายได้ภาษีของกองทุน มีจำนวน 4,248.94 ล้านบาท ขณะที่ประมาณการเดิม จำนวน 4,067.53 ล้านบาท และจากการติดตามผลการจัดเก็บรายได้ของกองทุน 9 เดือน แรกพบว่า กองทุนมีรายได้ภาษี จำนวน 3,236.11 ล้านบาท (จากประมาณการ 3,309.11 ล้านบาท) ซึ่งต่ำกว่าประมาณการจำนวน 73.00 ล้านบาท หรือร้อยละ 2.21 และคาดว่าปี พ.ศ. 2566 แนวโน้มรายได้ภาษีอาจเพิ่มขึ้น 181.41 ล้านบาท

ผลการพยากรณ์ประมาณการรายได้ภาษีของกองทุน ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 4,314.58 ล้านบาท ขณะที่ประมาณการเดิมจำนวน 4,076.25 ล้านบาท และคาดว่าปี พ.ศ. 2567 แนวโน้มรายได้ภาษีอาจเพิ่มขึ้น 238.33 ล้านบาท พร้อมทั้งคาดการณ์ว่ารายได้ภาษีของกองทุน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568-2571 จะมีจำนวน 4,345.56 , 4,312.54 , 4,362.26 และ 4,283.87 ล้านบาทตามลำดับ

กราฟแสดงผลการประมาณการรายได้ภาษีของกองทุน ปี 2566-2571

หน่วย: ล้านบาท



สรุปกรอบวงเงินงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงิน ได้ดำเนินการทบทวนกรอบวงเงินงบประมาณ พ.ศ.2567 จากสถานการณ์รายได้ที่เปลี่ยนไป เพื่อเสนอคณะกรรมการกองทุนใช้เป็นกรอบวงเงินงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ดังนี้

1. วงเงินอนุมัติโครงการใหม่ จากแผนเดิม 4,157.02 ล้านบาท ปรับเพิ่มเป็น 4,439.51 ล้านบาท
2. วงเงินเบิกจ่ายอุดหนุนโครงการ จากแผนเดิม 3,825.03 ล้านบาท ปรับเพิ่มเป็น 4,184.96 ล้านบาท
3. วงเงินค่าใช้จ่ายบุคลากรและบริหารจัดการสำนักงาน จากแผนเดิม จำนวน 426.14 ล้านบาท ปรับเพิ่มเป็น 441.02 ล้านบาท

กรอบวงเงินงบประมาณประจำปี พ.ศ. 2567 ของกองทุน โดยจัดทำเป็นระยะเวลา 5 ปี ที่คณะกรรมการกองทุนพิจารณาเห็นชอบ มีรายละเอียดดังนี้

หน่วย: ล้านบาท

	ปี 2565(A)	ปี 2566(P)	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	ปี 2571
วงเงินอนุมัติโครงการใหม่	**3,826.84**	**4,051.90**	**4,439.51**	**4,340.06**	**4,249.96**	**4,258.91**	**4,190.92**
รายได้เงินบำรุงกองทุน	4,081.97	4,248.94	4,314.58	4,345.56	4,312.54	4,362.26	4,283.87
รายได้อื่น	210.41	208.81	194.30	204.51	202.54	200.45	202.50
รายได้จากการดำเนินงาน 2 BU	9.05	17.50	17.10	19.00	22.10	25.20	28.30
รายได้รวม	**4,301.43**	**4,475.25**	**4,525.98**	**4,569.07**	**4,537.18**	**4,587.91**	**4,514.67**
ค่าใช้จ่ายอุดหนุนโครงการ	3,604.16	3,827.50	4,184.96	4,277.04	4,134.49	4,087.07	3,990.26
เบิกจ่ายโครงการใหม่	1,577.12	1,681.54	1,842.40	1,801.12	1,763.73	1,767.45	1,739.23
เบิกจ่ายโครงการต่อเนื่อง	2,027.04	2,145.96	2,342.56	2,475.92	2,370.76	2,319.62	2,251.03
ค่าใช้จ่ายบุคลากร	199.16	201.20	216.64	235.30	255.12	269.50	286.90
ค่าใช้จ่ายบุคลากร 2 BU	-	20.70	23.08	25.51	27.88	30.21	32.10
ค่าใช้จ่ายบริหารจัดการสำนักงาน	99.63	194.57	201.30	201.22	199.69	201.13	205.41
งบลงทุน (ภาระผูกพันยกยอดมา)	24.00	-	-	-	-	-	-
ค่าเสื่อมราคา	63.99	60.37	73.47	64.05	50.15	40.27	31.74
ค่าใช้จ่ายรวม	**3,990.94**	**4,304.34**	**4,699.45**	**4,803.12**	**4,667.33**	**4,628.18**	**4,546.41**
รายรับสูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ	310.49	170.91	-173.47	-234.05	-130.15	-40.27	-31.74
เงินทุนสำรองเพื่อลงทุนปลายงวด	1,337.62	1,654.07	1,674.42	1,695.02	1,715.87	1,736.98	1,758.34
เงินทุนที่ยังไม่ถึงกำหนดเบิกจ่าย	903.75	832.60	732.60	562.60	482.60	482.60	482.60
เงินทุนหมุนเวียนปลายงวด	197.57	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00
สถานะเงินปลายงวด ณ สิ้นปี	2,438.94	2,686.67	2,607.02	2,457.62	2,398.47	2,419.58	2,440.94
ค่าใช้จ่ายบริหารสำนักงาน ข้อ 14 (2.1)	298.79	410.13	434.68	455.54	475.89	493.31	518.23
ค่าใช้จ่ายบริหารสำนักงาน ต่องบประมาณทั้งหมด (ร้อยละ)	7.49%	9.53%	9.25%	9.48%	10.20%	10.66%	11.40%

คำชี้แจงเกี่ยวกับงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567

ในการประชุมครั้งที่ 5/2566 คณะกรรมการกองทุนได้เห็นชอบกรอบวงเงินงบประมาณสำหรับแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 โดยมีวงเงินอนุมัติโครงการใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 4,439.51 ล้านบาท และวงเงินค่าใช้จ่ายบุคลากรและบริหารจัดการสำนักงาน (ไม่รวมค่าเสื่อมราคา) จำนวน 441.02 ล้านบาท เนื่องจากกรอบวงเงินงบประมาณดังกล่าวจะทำให้กองทุนสามารถรักษาวินัยทางการเงินไว้ได้ในอนาคต รวมถึงได้คำนึงถึงข้อสังเกตของหน่วยตรวจสอบและการรองรับความเสี่ยงด้านรายได้ไว้ด้วยแล้ว

จากวงเงินงบประมาณสำหรับโครงการใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ดังกล่าว คาดว่าจะเกิดการเบิกจ่ายโครงการใหม่ในปีงบประมาณเดียวกันจำนวน 1,842.40 ล้านบาท นอกจากนั้น ยังมีการเบิกจ่ายโครงการต่อเนื่องซึ่งเป็นการอนุมัติจากปีก่อนหน้าจำนวน 2,342.56 ล้านบาท รวมการเบิกจ่ายเงินอุดหนุนโครงการรวมทั้งสิ้น 4,184.96 ล้านบาท ทั้งนี้ การอนุมัติตามกรอบงบประมาณและการเบิกจ่ายทั้งหมดจะไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อกองทุน เนื่องจากคาดการณ์ว่าสถานะเงินลงทุนปลายงวดสุทธิ ณ สิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ของกองทุนยังเหลืออยู่อีก 1,674.42 ล้านบาท

อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การบริหารจัดการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สำนักงานกองทุนได้ทำงานร่วมกับศูนย์ความเป็นเลิศทางเศรษฐมิติ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อย่างต่อเนื่อง และจะนำกรอบวงเงินงบประมาณนี้กลับมาให้คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินทบทวนใหม่อีกครั้ง หากระหว่างปีงบประมาณ ระดับเงินทุนสำรองของกองทุนมีมากเกินไปจนไม่มีประสิทธิภาพหรือน้อยเกินไปจนไม่เพียงพอรองรับความเสี่ยงหรือมีสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจนอาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินงาน

แนวทางการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำแนกรายแผน

การจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในการดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ได้คำนึงถึงความสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 – 2574) กรอบนโยบายการจัดทำแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) และแผนดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ทั้ง 5 ข้อจากคณะกรรมการกองทุน สอดคล้องกับห่วงโซ่ผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพ (CoO1-7) รวมถึงการตอบสนองยุทธศาสตร์ชาติ นโยบายรัฐบาล และความจำเป็นเร่งด่วนของประเด็นปัญหาสุขภาพตามลำดับของภาระโรค ตลอดจนประสิทธิภาพการอนุมัติและการเบิกจ่ายรายแผน และปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย

การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

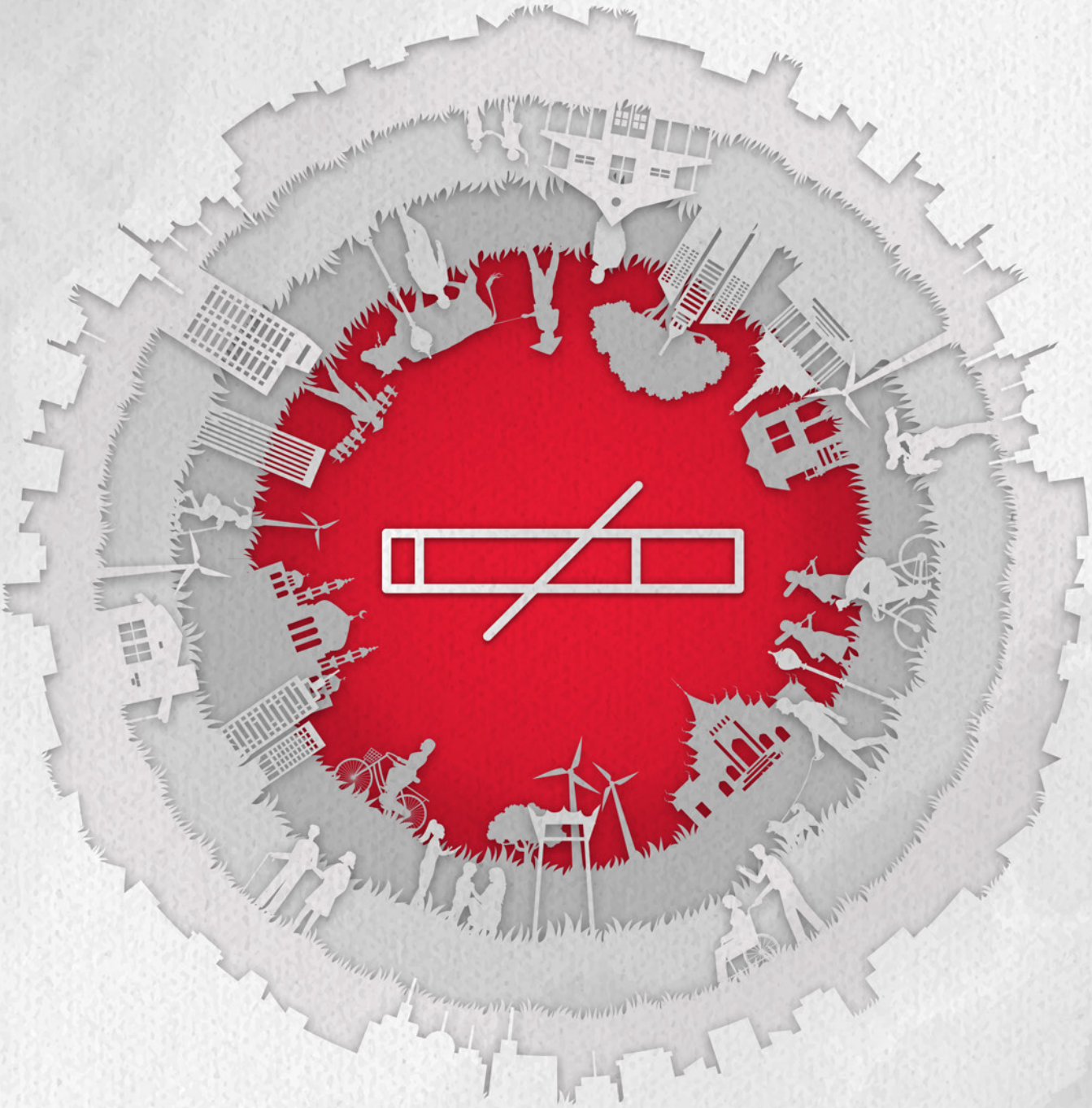
จำแนกรายแผน รวม 15 แผน 1 งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง และ 1 งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน

หน่วย: ล้านบาท

		ปี 2567
1	แผนควบคุมยาสูบ	330.00
2	แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	330.00
3	แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม	280.00
4	แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	240.00
5	แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ	390.00
6	แผนสุขภาวะชุมชน	380.00
7	แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	250.00
8	แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร	150.00
9	แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	240.00
10	แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา	225.00
11	แผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะ	370.00
12	แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	200.00
13	แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	165.00
14	แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ	155.00
15	แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ	495.00
	รวม 15 แผน	**4,200.00**
16	งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง	239.51
	รวมงบประมาณสนับสนุนโครงการ	**4,439.51**
17	งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน	441.02
	รวมงบประมาณทั้งหมด	**4,880.53**

บทที่ 2

รายละเอียดแผนการดำเนินงาน



แผน 1

แผนควบคุมยาสูบ

สถานการณ์และแนวโน้ม

แผนควบคุมยาสูบประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 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 ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านความมั่นคง ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ในประเด็นปรับเปลี่ยนค่านิยมและวัฒนธรรม และประเด็นเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคมในประเด็นการเสริมสร้างพลังทางสังคม ยุทธศาสตร์ที่ 5 ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และยุทธศาสตร์ที่ 6 ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐในประเด็นกฎหมายมีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทต่าง ๆ และมีเท่าที่จำเป็น รวมถึงแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ.2565 - 2570) ทั้งนี้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ตามห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome: CoO) เพื่อลดการบริโภคยาสูบ โดยการลดความชุกของการเสพยาสูบของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป

เมื่อพิจารณาผลกระทบของการบริโภคยาสูบ ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า ยาสูบยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการมีสุขภาวะที่ดี โดยในปี 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 [6] พร้อมกันนี้ ยังพบว่าคนสูบบุหรี่ แม้สูบไม่ทุกวัน มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตก่อนเวลาเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 โดยคนสูบทุกวัน มีความเสี่ยงเสียชีวิตเพิ่มขึ้นตามจำนวนมวนของบุหรี่ที่สูบต่อวัน สำหรับคนที่สูบน้อยกว่า 20 มวนต่อวัน 20-40 มวนต่อวัน และมากกว่า 40 มวนต่อวัน มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 54 เป็นร้อยละ 109 และร้อยละ 178 ตามลำดับ [7] สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลองค์การสหประชาชาติร่วมกับองค์การอนามัยโลก และกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยในปี 2564 [8]

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

7 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

8 UNDP, WHO, and the Ministry of Public Health (Thailand). (2021). "Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in Thailand-The Case of Investment". UNDP and WHO.

พบว่า ในแต่ละปี มีผู้เสียชีวิตจากบุหรี่กว่า 80,000 คน หรือร้อยละ 18 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ในจำนวนนี้ เสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่มือสองกว่า 6,000 คน คิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจเฉลี่ย 352,000 ล้านบาทต่อปี (ร้อยละ 2.1) ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ยิ่งกว่านั้นการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) เป็นอันดับ 1 จาก 74 ปัจจัยเสี่ยงที่ศึกษาในปี 2562 โดยมีการสูญเสียปีสุขภาวะเท่ากับ 2,817,347 ปี คิดเป็นร้อยละ 14.6 ของการสูญเสียทั้งหมด ในจำนวนการสูญเสียนี้เป็นเพศชายสูงกว่าหญิง 29 เท่า

นอกจากนี้ องค์การสหประชาชาติให้คำแนะนำว่า การลงทุนในงานควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องใช้เงินลงทุนเฉลี่ย 2,500 ล้านบาทต่อปี (น้อยกว่าร้อยละ 1 ของความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการสูบบุหรี่) ภายในระยะเวลา 15 ปี ทั้งนี้ เพื่อลดจำนวนคนเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่และคนป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลง 35,790 คน และ 169,117 คน ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาสถานการณ์การบริโภคยาสูบจากผลสำรวจระดับประเทศล่าสุดในปี 2564 พบประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่รวมทั้งสิ้น 9.9 ล้านคน คิดเป็นอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 17.4 ถือเป็นแนวโน้มที่ลดลง แต่ลดลงอย่างชะลอตัว หากวิเคราะห์ในภาพรวมของอัตราการสูบบุหรี่ตั้งแต่ปี 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

สำหรับสถานการณ์การได้รับควันบุหรี่มือสอง แม้พบการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น แต่ประชาชนยังได้รับควันบุหรี่มือสองในสถานที่สาธารณะที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ตามที่กฎหมายกำหนด โดยสถานที่สาธารณะที่ประชาชนได้รับควันบุหรี่มือสองสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ตลาดสด/นัด สถานที่บริการอาหาร/เครื่องดื่ม และบริการขนส่งสาธารณะ และขณะเดียวกันก็พบว่ามีการสูบบุหรี่ในบ้าน ร้อยละ 23.7 และพบมากที่สุดในพื้นที่ภาคใต้

สถานการณ์การบริโภคบุหรี่ไฟฟ้า

ผลสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย (Global School-based Student Health Survey) พ.ศ. 2564 โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้เก็บรวบรวมข้อมูลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 จำนวน 5,661 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 13-17 ปี พบว่า นักเรียนใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี 2558 จากร้อยละ 14.1 เป็น ร้อยละ 14.7 และสูบบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 13.6 โดยนักเรียนชายสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่านักเรียนหญิง ร้อยละ 18.7 และร้อยละ 8.9 ตามลำดับ ซึ่งนักเรียนส่วนใหญ่มีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า เช่น เชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่อันตราย ไม่เสพติด เป็นต้น นอกจากนี้ การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2564 พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 0.14 หรือ 78,742 คน ในจำนวนนี้ พบเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีสัดส่วนการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.5 ขณะที่คนไทยที่รู้จักบุหรี่ไฟฟ้าส่วนใหญ่ยังเชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าอันตรายเท่ากับหรือมากกว่าบุหรี่ธรรมดา ร้อยละ 88.7

นอกจากนี้ ผลวิจัยในโครงการศึกษาการรับรู้และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชนไทย พ.ศ. 2565 [9] เก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสารเสพติดอื่น ๆ จากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศ จำนวน 6,045 คน พบว่า เด็กนักเรียนที่ไม่เคยสูบบุหรี่มาก่อน หากเริ่มสูบบุหรี่จะมีแนวโน้มสูบบุหรี่ธรรมดาเพิ่มขึ้น 5 เท่า และมีแนวโน้มสูบบุหรี่ไฟฟ้าและบุหรี่ธรรมดาเพิ่มขึ้นถึง 7 เท่า ด้วยสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กไทยติดบุหรี่ไฟฟ้า ได้แก่ มีคนในครอบครัวและเพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อนและคนรอบข้างมองว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องปกติ และมีความเข้าใจผิดว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่มีอันตราย ดังนั้น บุหรี่ไฟฟ้าจึงถือว่าเป็นประตูสู่การสูบบุหรี่ธรรมดาและปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กและเยาวชนโดยตรง

การเฝ้าระวังบุหรี่ไฟฟ้าในแพลตฟอร์มออนไลน์

การขายบุหรี่ไฟฟ้าในแพลตฟอร์มออนไลน์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยข้อมูลจากการสำรวจในปี 2563 พบว่า มี 300 ร้าน และเพิ่มขึ้นเป็น 436 ร้านในปี 2565 สำหรับการเฝ้าระวังตลาดบุหรี่ไฟฟ้าในแพลตฟอร์มออนไลน์ ที่เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคมถึงกันยายน 2565 ได้ติดตามผู้ขายบุหรี่ไฟฟ้าทั้งแพลตฟอร์มของสื่อสังคมออนไลน์ เว็บไซต์ขายบุหรี่ไฟฟ้า และเว็บไซต์อีคอมเมิร์ซ 391 บัญชีรายชื่อ กระจาย 16 จังหวัดทั่วประเทศ พบว่า ร้อยละ 66.5 เป็นผู้ขายรายใหม่ (เริ่มขายปี 2565) รองลงมาคือ ผู้ขายรายย่อย ร้อยละ 52.9 และ ผู้ขายรายเก่า (ขายก่อนปี 2565) ร้อยละ 33.5 ตามลำดับ ทั้งนี้ยังพบว่ามีการโพสต์ขายบนแพลตฟอร์มทวิตเตอร์มากที่สุด ร้อยละ 36.0 รองลงมาคือ แพลตฟอร์มเฟซบุ๊ก ร้อยละ 26.0 และ แพลตฟอร์มอินสตาแกรม ร้อยละ 22.9 ตามลำดับ สำหรับรูปแบบการตลาดบุหรี่ไฟฟ้าบนแพลตฟอร์มออนไลน์จะเน้นการสร้างประสบการณ์บุหรี่ไฟฟ้าโดยเริ่มจากสร้างการรับรู้ด้วยการแสดงข้อความ ภาพ กลิ่น ความรู้สึก อุปกรณ์วิธีการใช้บุหรี่ไฟฟ้า รองลงมาคือ (1) การโพสต์เพื่อกระตุ้นให้เกิดการซื้อผ่านร้านค้าออนไลน์และการบอกสถานที่ขาย (2) การโพสต์ด้วยการลด แจก แถม จัดส่งฟรี เพื่อรักษาฐานผู้ซื้อเก่าสนับสนุนด้วยการบอกต่อ/รีวิวบุหรี่ไฟฟ้าที่ผู้ขายได้โพสต์ขาย และ (3) การจ้างอินฟลูเอนเซอร์รีวิวบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อให้ข้อมูลเปรียบเทียบก่อนตัดสินใจซื้อและโน้มน้าวกลุ่มเด็กเยาวชนและผู้หญิงให้หันมาสนใจเพิ่มมากขึ้น [10]

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลข้างต้น สามารถวิเคราะห์ขนาดตลาดด้วยการประเมินการโพสต์ขายบุหรี่ไฟฟ้า 2,010 รายการ โดยมูลค่าการขายคิดจากราคาที่โพสต์และใช้สมมติฐานที่ว่า 1 โพสต์ของการขายสินค้าที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้าสามารถขายสินค้าได้อย่างน้อย 1 รายการ ซึ่งพบว่ามูลค่าการขายต่ำสุด 1,354,732 บาท มีสัดส่วนการขายพอต (ร้อยละ 40.9) มากกว่าเครื่องบุหรี่ไฟฟ้า (ร้อยละ 33.8) ชุดบุหรี่ไฟฟ้า (ร้อยละ 23.3) และน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้า (ร้อยละ 1.7) นอกจากนี้ ได้มีการใช้เครื่องมือ social listening ในแพลตฟอร์มทวิตเตอร์ เพื่อสืบค้นจากแฮชแท็กที่สื่อถึงบุหรี่ไฟฟ้า พบการโพสต์ขาย 940,951 โพสต์ (เฉลี่ย 42,771 โพสต์ต่อวัน) โดยส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นข้อความมากกว่ารูปภาพ บล็อก เว็บไซต์ และวิดีโอ โดยจะโพสต์ขายเพศหญิง (ร้อยละ 58.6) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 41.4) ดังนั้น **บุหรี่ไฟฟ้าถือเป็นสินค้าที่เป็นกระแสนิยมและมีความต้องการเพิ่มมากขึ้น ซึ่งช่องทางการจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าในแพลตฟอร์มออนไลน์เป็นช่องทางสำคัญที่เพิ่มโอกาสการเข้าถึงได้ง่าย ดังนั้น จึงควรหาแนวทางกำหนดมาตรการในการกำกับและป้องกันการขายบุหรี่ไฟฟ้าออนไลน์ เพื่อลดการเข้าถึงของผู้สูบรายใหม่และรายเก่า อีกทั้งควรมีการศึกษาเฝ้าระวังติดตามสถานการณ์บุหรี่ไฟฟ้าในทุกแพลตฟอร์มอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้รู้เท่าทันต่อกลไกการตลาดของผู้ขาย**

9 Patanavanich R, Worawattanakul M, Glantz S. (2022). “Longitudinal bidirectional association between youth electronic cigarette use and tobacco cigarette smoking initiation in Thailand”. Tobacco Control Published Online First: 14 September 2022. doi: 10.1136/tc-2022-057491

10 กนิษฐา ไทยกล้า. (2565). รายงานการเฝ้าระวังตลาดบุหรี่ไฟฟ้าบนอินเทอร์เน็ต. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ

จากสถานการณ์และแนวโน้มของการดำเนินงานควบคุมยาสูบที่กล่าวถึงข้างต้น สามารถสรุปการดำเนินงานที่สำคัญของปีที่ผ่านมา รวมถึงการวิเคราะห์ช่องว่างและโอกาสในการดำเนินงานของแผนควบคุมยาสูบในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จของการบรรลุเป้าหมายของการดำเนินงานควบคุมยาสูบ ประกอบด้วย 1) มีกลไกเชิงโครงสร้างของการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับชาติ (คผยช.) และระดับจังหวัด (คผยจ.) 2) มีกลุ่มเป้าหมายการทำงานที่ชัดเจนและครอบคลุมประชากรในทุกกลุ่มวัย 3) มีเครื่องมือสนับสนุนและเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมยาสูบ เช่น มีหลักสูตรพัฒนาสมรรถนะการควบคุมยาสูบของกลุ่มเป้าหมาย และ มีต้นแบบการเชื่อมโยงฐานข้อมูลการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ระหว่างเครือข่ายให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ เป็นต้น 4) มีการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ฉบับที่ 5 กำหนดให้ผู้สูบบุหรี่ทุกคนต้องได้รับการรักษา ทั้งนี้ ก่อนมีประเด็นรับรองนี้ มิใช่ทุกโรงพยาบาลในประเทศไทย เสนอตัวเข้ารับการรับรองและผ่านการรับรอง ดังนั้น หากมุ่งให้ประเด็นนี้ เป็นปัจจัยเอื้อต่อความสำเร็จของการควบคุมยาสูบ โดยเฉพาะการช่วยให้เลิกสูบสำเร็จ จำเป็นขับเคลื่อนเชิงนโยบายเพื่อให้ทุกโรงพยาบาลเสนอตัวเข้าสู่การรับรองมาตรฐานนี้ 5) มีอนุบัญญัติที่ออกตาม พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 อย่างต่อเนื่อง และอนุวัติอย่างสอดคล้องกับกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) 6) มีงานวิจัยจากหลักฐานเชิงประจักษ์ คู่มือวิชาการ และแนวปฏิบัติเพื่อการควบคุมยาสูบเชิงประเด็นและสถานที่ต่าง ๆ เผยแพร่อย่างต่อเนื่อง และ 7) ตัวชี้วัดการประเมินประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Local Performance Assessment: LPA) โดยกำหนดอยู่ในตัวชี้วัดที่ 80 เรื่องการบริหารจัดการสถานศึกษา ให้มีการนำ 7มาตรการสถานศึกษาปลอดบุหรี่ไปขับเคลื่อนในโรงเรียน และตัวชี้วัดที่ 85 ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการดำเนินการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบกฎหมายว่าด้วยการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ปัจจัยที่มีส่วนในการชะลอการบรรลุเป้าหมายการดำเนินงานควบคุมยาสูบ ประกอบด้วย 1) การแทรกแซงนโยบายของอุตสาหกรรมยาสูบ ที่มีเป้าหมายทั้งการสร้างวาทกรรมเพื่อบิดเบือนหรือสร้างให้เกิดความเข้าใจผิดต่อตัวผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ (บุหรี่ไฟฟ้า) ต่อสังคมโดยรวมและทุกกลุ่มวัย มีเนื้อหาที่คลาดเคลื่อนไปจากหลักการและเจตนารมณ์ของการควบคุมยาสูบ การใช้กลุ่มการเมืองที่มีอำนาจรัฐในการขัดขวางหรือทำให้เกิดความล่าช้าในการจัดทำนโยบาย/มาตรการ/กฎหมาย รวมถึงแทรกแซงเพื่อให้นโยบาย/มาตรการ/กฎหมายที่มีผลบังคับใช้ เช่น กรณีระบบโครงสร้างภาษียาสูบที่ไม่เอื้อต่อการปรับพฤติกรรมการบริโภคยาสูบ หรือความพยายามยกเลิกการห้ามนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้า เป็นต้น 2) การแพร่ระบาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ (บุหรี่ไฟฟ้า) ที่มีรูปลักษณ์ที่สอดคล้องหรือตรงกับความสนใจของคนรุ่นใหม่ (Gen Z) 3) ระบบและกลไกการช่วยเลิกบุหรี่ทั้งเชิงรับและเชิงรุกที่ยังไม่เข้มแข็ง ทั้งเชิงรับในสถานพยาบาล และเชิงรุกในชุมชนหรือองค์กร 4) ความไม่ชัดเจนของการขยายต้นแบบการควบคุมยาสูบในรูปแบบต่าง ๆ ที่ค้นพบจากบุคคลหรือพื้นที่ต้นแบบให้เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด 5) ความไม่เข้มงวดของการบังคับใช้กฎหมาย โดยเฉพาะในสถานที่สาธารณะตามที่กฎหมายกำหนด รวมถึงการไม่สามารถบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยเฉพาะบุหรี่ไฟฟ้าผ่านสื่อสังคมออนไลน์ 6) การเปลี่ยนผ่านอย่างรวดเร็วของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารออนไลน์ ที่ส่งผลให้ง่ายต่อการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ใช้ช่องทางออนไลน์ในการสื่อสารการตลาดไปยังกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชน 7) ร้านค้าปลีกที่จำหน่ายยาสูบมีจำนวนมาก ด้วยเหตุที่ใบอนุญาตขายยาสูบราคาถูก 8) ยังขาดมาตรการช่วยเหลือชาวไร่ยาสูบเพื่อให้ปรับเปลี่ยนไปทำการเกษตรอื่น ทดแทนการปลูกยาสูบ 9) ยังขาดทรัพยากรด้านกำลังคนและต้องหนุนเสริมให้กลไกภาครัฐมีความเข้มแข็งด้านการควบคุมยาสูบในระดับจังหวัด และ 10) ยังไม่มีกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ ที่ชัดเจน เช่น บุหรี่ไฟฟ้าผสมน้ำมันกัญชา เป็นต้น

จากการพัฒนาเครื่องมือการพยากรณ์อัตราการสูบบุหรี่ โดยอนุกรมเวลาด้วยแบบจำลอง ARIMA [11] แสดงให้เห็นว่าในปี 2570 อัตราการสูบบุหรี่มีค่าเท่ากับร้อยละ 15.93 ของจำนวนประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป หรือคิดเป็นจำนวนผู้สูบบุหรี่ 9.05 ล้านคน ขณะที่เป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ 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 ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่มีจำนวนลดลงสูงถึง 330,251 คนต่อปี ด้วยเหตุนี้ แผนควบคุมยาสูบประจำปี 2567 จึงให้ความสำคัญทั้งการส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งและยั่งยืนของประเด็นที่เอื้อต่อความสำเร็จของการบรรลุเป้าหมายของการดำเนินงานควบคุมยาสูบ พร้อมกับการกระตุ้นและสานพลังภาคีเพื่อเร่งขจัดหรือบรรเทาประเด็นที่เป็นอุปสรรคในการชะลอการบรรลุเป้าหมายการดำเนินงานควบคุมยาสูบ

จุดเน้นของแผน

แผนควบคุมยาสูบ ประจำปี 2567 มีจุดเน้น ที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของแผน ซึ่งสอดคล้องกับมาตรการ MPOWER [12] ขององค์การอนามัยโลก และสอดคล้องกับมาตรการการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย [13] ที่ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ รวมถึงครอบคลุมปัจจัยที่ส่งผลต่อตัวกำหนดสุขภาพ ตามห่วงโซ่ผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการลดอัตราการบริโภคยาสูบ (CoO1)

ทั้งนี้จุดเน้นแต่ละด้านมีรายละเอียดดังนี้

ระบบ/กลไกการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันนักสูบหน้าใหม่และลดผู้สูบรายเดิม

1. หนุนเสริมการดำเนินงานด้านการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ (โดยเฉพาะกลุ่มเด็ก/เยาวชน กลุ่มเปราะบาง และกลุ่มผู้มีเศรษฐฐานะต่ำ) ของหน่วยงานต่าง ๆ ให้เข้มแข็งขึ้นทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม เช่น กระทรวงศึกษาธิการ เครือข่ายครูเพื่อการไม่สูบบุหรี่ และกลุ่มยุวทัศน์ เป็นต้น
2. สนับสนุน/เปิดโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมยาสูบ ทั้งในระดับส่วนกลาง เขต และจังหวัด
3. ผลักดันให้บูรณาการการให้บริการบำบัดรักษาการติดนิโคตินในหน่วยบริการสุขภาพ ให้มีการคัดกรองพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลในการส่งต่อระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้เกิดระบบการรับ–ส่งต่อผู้เข้ารับการบำบัด และการติดตามผลลัพธ์การช่วยเลิกที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

11 ศรัณญา เบญจกุล. (2564). “แนวโน้มการสูบบุหรี่ของประเทศไทย”. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนควบคุมยาสูบ 3 ปี และแผนดำเนินการ 1 ปี (ครั้งที่ 1) ผ่านระบบออนไลน์ Zoom. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และศูนย์พัฒนาศักยภาพกำลังคนด้านการควบคุมยาสูบ (พศย.)

12 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)

13 ที่ประชุมคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2566 เมื่อวันพุธที่ 29 มีนาคม 2566 มีมติเห็นชอบมาตรการการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย 5 มาตรการ ได้แก่ มาตรการที่ 1 พัฒนาและจัดการองค์ความรู้ (Knowledge Management) มาตรการที่ 2 สร้างการรับรู้โทษพิษภัยบุหรี่ไฟฟ้าแก่เด็ก เยาวชน และสาธารณชน (Public Awareness) มาตรการที่ 3 เฝ้าระวังและการบังคับใช้กฎหมายควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า (Surveillance and Enforcement) มาตรการที่ 4 การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายเพื่อสนับสนุนมาตรการป้องกัน ควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า (Social Movement) และมาตรการที่ 5 ยืนยันนโยบายและมาตรการป้องกันและปราบปรามการแพร่ระบาดบุหรี่ไฟฟ้า (Policy and Legislation)

นโยบาย กฎหมาย ระเบียบ มาตรการ แนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบที่มีการบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

1. พัฒนางานวิจัย/วิชาการ และการจัดการความรู้ที่มีผลต่อการขับเคลื่อนเชิงนโยบายตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 – 2570
2. สนับสนุนให้หน่วยงานและกลไกต่าง ๆ ทั้งภาครัฐในระดับชาติ (คผยช.) และระดับจังหวัด (คผยจ.) และภาคประชาสังคม ให้ดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 – 2570
3. สนับสนุนการผลักดันนโยบายที่เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานควบคุมยาสูบ ได้แก่ ร่างกฎกระทรวงกำหนดส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบและสารที่เกิดจากการเผาไหม้ของส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ การผลักดันยาบำบัดรักษาการติดนิโคตินเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ การวางแผนการขึ้นภาษียาเส้นในระยะยาว การสนับสนุนให้รัฐบาลไทยเข้าร่วมลงนามการให้สัตยาบันพิธีสารว่าด้วยการขจัดการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมายภายใต้กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก การป้องกันการแทรกแซงของธุรกิจยาสูบตามมาตรา 5.3 แห่งกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลก เป็นต้น
4. เพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ประเด็นการห้ามนำเข้าและห้ามขายบุหรี่ไฟฟ้า ห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่ที่กฎหมายกำหนด โดยเฉพาะสถานที่ที่พบเห็นการได้รับควันบุหรี่มือสองสูง ได้แก่ ตลาดสด/นัด สถานที่บริการอาหาร/เครื่องดื่ม บริการขนส่งสาธารณะ และศาสนสถาน
5. สนับสนุนให้เกิดมาตรการชุมชนในการควบคุมยาสูบ
6. ปกป้องการได้รับควันบุหรี่มือสองและมือสาม โดยเน้นการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนและเจ้าของสถานที่ต่าง ๆ รับทราบและปฏิบัติตามกฎหมาย โดยเฉพาะสถานที่ที่พบเห็นการได้รับควันบุหรี่มือสองสูง ได้แก่ ตลาดสด/นัด สถานที่บริการอาหาร/เครื่องดื่ม บริการขนส่งสาธารณะ และศาสนสถาน รวมถึงการรณรงค์บ้านและครอบครัวปลอดบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า

ศักยภาพเครือข่ายทั้งส่วนกลาง ภูมิภาค ท้องถิ่น ชุมชน ครอบครัว ในการดำเนินงานควบคุมยาสูบ และรู้เท่าทันธุรกิจยาสูบทั้งทางตรงและทางอ้อม

1. พัฒนาศักยภาพและขยายเครือข่ายนักวิชาการควบคุมยาสูบในมิติต่าง ๆ เช่น เศรษฐศาสตร์การควบคุมยาสูบ กฎหมาย สื่อสารสาธารณะ เป็นต้น
2. พัฒนาและขยายเครือข่ายควบคุมยาสูบผ่านการบูรณาการการทำงานร่วมกับแผนเชิงประเด็นอื่น ๆ เพื่อขับเคลื่อนการทำงานร่วมกับเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ เครือข่ายสถาบันการศึกษา เครือข่ายคนรุ่นใหม่ท้องถิ่น (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ท้องที่ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) ชุมชน และสื่อมวลชนท้องถิ่น รวมถึงค้นหาและสนับสนุนอินฟลูเอนเซอร์ (influencer) หรือบุคคลที่มีผู้ติดตามบนแพลตฟอร์มโซเชียลมีเดีย และ change agent ในพื้นที่ รวมถึงพัฒนาให้เกิดพื้นที่สร้างสรรค์ปลอดปัจจัยเสี่ยง
3. เฝ้าระวังและเปิดโปงกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ โดยเฉพาะกลยุทธ์ที่มีผลต่อนโยบายการควบคุมยาสูบของประเทศ และการตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่

ทักษะและความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมยาสูบที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

1. ใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลในการจัดทำข้อมูลความรู้ และสกัดข้อมูลนำมาสื่อสารรณรงค์ เพื่อสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงองค์ความรู้และข้อมูล ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องต่อสังคม ในประเด็น Hot Issue เช่น ประเด็นบุหรี่ไฟฟ้า/ผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ de-normalization บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ โดยเน้นการเผยแพร่ผ่านช่องทางออนไลน์
2. สร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมยาสูบ (Tobacco Control Literacy) เพื่อให้ประชาชนรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง ตระหนักถึงปัญหา และนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม รวมทั้งการมีบทบาท/มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบในวาระต่าง ๆ เป็นต้น
3. พัฒนาทักษะการอดกลั้นต่อสิ่งยั่วยุ ทักษะการปฏิเสธบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า ในกลุ่มเด็กและเยาวชน

จากจุดเน้นของแผนฯ ข้างต้น ประกอบกับกรอบนโยบาย 5 ด้านตามที่คณะกรรมการกองทุน สสส. เห็นชอบ สามารถสรุปเป็นแนวทางในการจัดทำแผนการดำเนินงานระยะ 1 ปี ดังนี้

1. **ใช้ทิศทางและเป้าหมายกองทุน ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)** เป็นกรอบในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีของแผนควบคุมยาสูบ โดยคำนึงถึงนโยบายปัจจุบันของภาครัฐ ความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2565 - 2570) และการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ห่วงโซ่ผลลัพธ์ของการลดอัตราการบริโภคยาสูบ
2. **สร้างและขยายผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างทั่วถึงและยั่งยืน** แนวทางการดำเนินงานของแผนควบคุมยาสูบผ่านงานบูรณาการทำงานร่วมกับแผนเชิงประเด็นอื่น ๆ แผนเชิงกลุ่มประชากร และพื้นที่ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ของ สสส. ในประเด็น ยาสูบ แอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด การบริโภคอาหารที่สมดุล มีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ ความปลอดภัยทางถนน สุขภาพจิต และมลพิษทางสิ่งแวดล้อม รวมถึงปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น
3. **สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ** โดยการนำใช้ผ่านข้อมูลความรู้ทางวิชาการของแผนฯ ผ่านงานรณรงค์ประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องของสังคมในประเด็น เช่น ประเด็นบุหรี่ไฟฟ้า/ผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ รวมถึงการรู้เท่าทันกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ เป็นต้น
4. **ให้ความสำคัญกับการลดผลกระทบของประชากรกลุ่มเปราะบางจากความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอุบัติใหม่** โดยแผนฯ มีแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมยาสูบที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย การรณรงค์บ้านและครอบครัวปลอดบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า และการผลักดันให้เกิดการเข้าถึงบริการบำบัดรักษาการติดนิโคติน รวมถึงระบบการรับ–ส่งต่อผู้เข้ารับการบำบัด และการติดตามผลลัพธ์การช่วยเลิกที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
5. **เชื่อมโยงเครือข่ายการทำงานกับภาคีเครือข่ายทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มคนรุ่นใหม่ เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ ระดับชาติ และระดับสากล** โดยการดำเนินงานพัฒนาและขยายเครือข่ายร่วมขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ ผ่านสถาบันการศึกษา เครือข่ายคนรุ่นใหม่ ท้องถิ่น (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ท้องที่ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) ชุมชน สื่อมวลชน รวมถึงสนับสนุนให้เกิดผู้นำการเปลี่ยนแปลง ในพื้นที่ และการมีส่วนร่วมกับการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับสากล

เป้าหมายการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก

1 ชุดสื่อกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างให้เด็กเล็ก [14] มีทักษะในการปกป้องตนเองจากพิษภัยของบุหรี่ จำนวน **1 ชุด**

2 กระบวนการสร้างความร่วมมือ [15] ของภาคีเครือข่ายด้านการควบคุมยาสูบและร้านค้าในการปฏิบัติตามกฎหมายไม่ขายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้กับผู้ที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ไม่น้อยกว่า **1 กระบวนการ**

3 สืบค้นและเฝ้าระวังการโฆษณาและจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ [16] ผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์และแพลตฟอร์มค้าขายสาธารณะ

4 กระบวนการพัฒนาศักยภาพ [17] ภาคีด้านการควบคุมยาสูบให้มีความรู้ในประเด็นการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ [18] ไม่น้อยกว่า **1 กระบวนการ**

5 ขับเคลื่อนกิจกรรมเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทักษะให้เด็กและเยาวชน ไม่น้อยกว่า **1,000 คน** มีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านยาสูบ

ตัวชี้วัดร่วม

1. การนำใช้ข้อมูล นวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อดำเนินการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาวะทั้ง 4 มิติ และสนับสนุนการทำงานเชิงพื้นที่ องค์กร กลุ่มประชากร และระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ 30 องค์กรใหม่ (ปี 2567) และมีผลการติดตามถอดบทเรียนใน 20 องค์กรเดิม (ปี 2566)
2. การบูรณาการร่วมกันระหว่างแผนควบคุมยาสูบ (แผน 1) และแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ (แผน 5) เพื่อพัฒนาคู่มือมาตรฐานมัสยิดปลอดบุหรี่สำหรับการขับเคลื่อนมัสยิดปลอดบุหรี่

14 ชุดสื่อกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างให้เด็กเล็กมีทักษะในการปกป้องตนเองจากพิษภัยของบุหรี่ เป็นสื่อที่ออกแบบเฉพาะให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเด็กเล็ก เช่น เพลง นิทาน การ์ตูน ละครเพลง เกม เป็นต้น โดยสื่อกิจกรรม 1 ชุด ประกอบด้วยชุดกิจกรรมที่มีเนื้อหาครอบคลุมการสร้างความตระหนัก สร้างภูมิคุ้มกัน รู้เท่าทันพิษภัยและผลกระทบจากบุหรี่

15 กระบวนการสร้างความร่วมมือ หมายถึง ขั้นตอนการปฏิบัติที่ทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายในการทำงานที่มุ่งไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

16 ผลิตภัณฑ์ยาสูบ หมายถึง ผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกประเภท ได้แก่ บุหรี่มวน บุหรี่นอก บุหรี่ไฟฟ้าทุกประเภท น้ำยาบุหรี่ไฟฟ้าทุกประเภท บาระกู่ทุกประเภท บุหรี่ซูรส บุหรี่กานพลู บุหรี่ DIY บุหรี่พันลำ และผลิตภัณฑ์คล้ายยาสูบ เช่น วิตามินเวป ชาแบบมวน (Teabacco) เป็นต้น

17 กระบวนการพัฒนาศักยภาพ หมายถึง กระบวนการเสริมสร้างให้บุคคลหรือภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะเครือข่ายเยาวชน มีความรู้ ความเข้าใจ และเกิดทักษะด้านการควบคุมยาสูบ เช่น การฝึกอบรม การลงพื้นที่ศึกษาดูงาน การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นต้น โดยสามารถนำความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่ได้รับไปปรับใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

18 การควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ หมายถึง การนำกฎหมายมาใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุม ตลอดจนการรู้เท่าทันธุรกิจยาสูบทั้งทางตรงและทางอ้อม ได้แก่ การรับรู้ถึงข้อมูล และ/หรือสถานการณ์ที่ธุรกิจยาสูบปรับกลยุทธ์ทางการตลาดในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อเพิ่มจำนวนผู้สูบบุหรี่รายใหม่ เช่น การโฆษณาและขายบุหรี่ไฟฟ้าทั้งทางตรงและทางอ้อม การออกแบบผลิตภัณฑ์และการใช้ชื่อผลิตภัณฑ์ที่ดึงดูดความสนใจ การใช้สื่อสังคมและผู้มีชื่อเสียงในการนำเสนอผลิตภัณฑ์ เป็นต้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนา/หนุนเสริมระบบ/กลไกการสร้างเสริมสุขภาพการเพื่อการป้องกันนักสูบหน้าใหม่และลดผู้สูบรายเดิม
2. เพื่อพัฒนาและสนับสนุนให้เกิดกลไกทางด้านนโยบาย กฎหมาย ระเบียบ มาตรการ แนวทางปฏิบัติ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ที่มีการบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพภาคีเครือข่ายทั้งในระดับส่วนกลาง ภูมิภาค ท้องถิ่น ชุมชน และครอบครัว ในการดำเนินงานควบคุมยาสูบและการรู้เท่าทันธุรกิจยาสูบทั้งทางตรงและทางอ้อม
4. เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมยาสูบ (Tobacco Control Literacy) ที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

แนวทางการดำเนินงาน

ขอบเขตการดำเนินงาน

ประสานและหนุนเสริมการพัฒนานโยบาย การขับเคลื่อนสังคม และการดำเนินงานทางวิชาการ ให้เชื่อมโยงและสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมยาสูบอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. พัฒนา และสนับสนุนให้เกิดนโยบาย มาตรการ กิจกรรม และการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคยาสูบรายใหม่
2. เสริมสร้างให้ประชาชนเกิดความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมยาสูบ (Tobacco Control Literacy) เพื่อสนับสนุนให้เกิดค่านิยมไม่สูบบุหรี่ และบุหรี่ไฟฟ้า โดยดำเนินการดังนี้
   - กำหนดประเด็นสื่อสารสาธารณะจากฐานงานวิจัย วิชาการ และการจัดการความรู้ เช่น ผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ ผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากยาสูบและผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ การบังคับใช้กฎหมาย การรู้เท่าทันธุรกิจยาสูบ เป็นต้น
   - สนับสนุนให้เกิดการสื่อสารสาธารณะที่เข้าถึงทุกภาคส่วน ทุกกลุ่มเป้าหมายตามช่องทางต่าง ๆ ที่เหมาะสม
   - สร้างกระแสสังคมเพื่อสร้างความตระหนักต่อปัญหา โดยการมีส่วนร่วมของสังคมและการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ
3. พัฒนา และสนับสนุนให้เกิดนโยบาย มาตรการ และกิจกรรมที่เอื้อให้เกิดพื้นที่ปลอดควันบุหรี่
4. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายให้สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมยาสูบโดยใช้ข้อมูลเป็นฐาน โดยดำเนินการดังนี้
   - สนับสนุนให้เกิดการเชื่อมร้อยการทำงานระหว่างภาคีหลักทั้งพลังนโยบาย พลังปัญญา และพลังสังคมเพื่อสานพลังการดำเนินงานควบคุมยาสูบและมุ่งสู่การมีสุขภาวะที่ดี
   - พัฒนาฐานข้อมูลการวิจัย งานวิชาการ การจัดการความรู้ การประเมินผล รวมถึงการพัฒนาต้นแบบต่าง ๆ สำหรับใช้ประโยชน์ในการผลักดันงานควบคุมยาสูบ สนับสนุนงานรณรงค์ ขับเคลื่อนเชิงนโยบาย และติดตามประเมินผล
   - พัฒนาและผลักดันนโยบายสาธารณะ ตลอดจนสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สังคม ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม และประชาชน
   - พัฒนาต้นแบบ นวัตกรรม หรือรูปแบบการดำเนินงานใหม่ ๆ ที่ช่วยให้การดำเนินงานควบคุมยาสูบมีประสิทธิภาพทั้งการลดอัตราการบริโภคยาสูบ ลดนักสูบหน้าใหม่ ลดการได้รับควันบุหรี่

5. เพิ่มความเข้มแข็งของระบบและกลไกของระบบบริการเลิกบุหรี่
   - ขยายการเข้าถึงระบบบริการเลิกบุหรี่ทั้งใน (เชิงรับ) และนอก (เชิงรุก) ระบบบริการสาธารณสุข
   - ผลักดันให้มียารักษาการเสพติดนิโคตินในบัญชียาหลักให้มากขึ้น เพื่อการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ
   - พัฒนาและสนับสนุนการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยียุคดิจิทัลเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการบำบัดรักษาการติดนิโคติน
   - เชื่อมประสานและสนับสนุนให้เกิดการเชื่อมโยงหรือบูรณาการการบำบัดรักษาการติดนิโคตินระหว่างภาคีที่เกี่ยวข้อง
   - สนับสนุน และผลักดันให้สถานพยาบาลขอรับการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ที่เกี่ยวข้องกับบริการเลิกบุหรี่
6. ผลักดันและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนามาตรการหรือแนวทางลดผลกระทบของชาวไร่ยาสูบ และการปลูกพืชทดแทน

กลุ่มแผนงาน

แผนควบคุมการบริโภคยาสูบ ประกอบด้วย 4 กลุ่มแผนงาน ซึ่งแต่ละกลุ่มแผนงานมีภารกิจโดยสังเขป ดังนี้

1. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย

- 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
- พัฒนานโยบายและมาตรการใหม่ โดยลำดับความสำคัญจากข้อสรุปทางวิชาการ และเงื่อนไขทางยุทธศาสตร์ เช่น การควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ การป้องกันบุหรี่หนีภาษีและบุหรี่ปลอม การยกเลิกสิทธิประโยชน์ทางภาษียาสูบ การขยายการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และสนับสนุนให้ปลูกพืชทดแทนการปลูกใบยาสูบ เป็นต้น
- สนับสนุนการผลักดันให้เกิดการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 โดยมุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการบังคับใช้กฎหมาย
- การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการมีบทบาทการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย โดยเปิดช่องทางการสื่อสารเพื่อรับเรื่องร้องเรียนให้ประชาชนแจ้งเหตุได้สะดวกมากขึ้น
- การสนับสนุนการดำเนินงานตามกรอบอนุสัญญาควบคุมการบริโภคยาสูบ และการพัฒนาศักยภาพคณะผู้แทนไทยในเวทีสากล

2. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร

สนับสนุนให้ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ (ศจย.) ร่วมกับภาคีทางวิชาการต่าง ๆ ในการพัฒนางานวิจัย จัดการความรู้ การศึกษา และฝึกอบรม

- การสนับสนุนการวิจัย โดยการพัฒนางานวิชาการที่สำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ทั้งในเชิงนโยบาย และการศึกษาผลลัพธ์ ผลกระทบจากการบริโภคยาสูบในมิติด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ พร้อมทั้งเน้นการพัฒนางานวิชาการที่เป็นจุดคานงัดให้สร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคยาสูบ เช่น งานวิจัยเพื่อการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมหรือการสร้างภูมิคุ้มกันทางบวกให้แก่เด็กและเยาวชนซึ่งเป็นนักสูบหน้าใหม่ ภาษีสรรพสามิตโดยเฉพาะภาษียาเส้น การวิเคราะห์ทางเลือกผู้ปลูกยาสูบ แนวทางการปรับปรุงโควต้าปลูก/รับซื้อใบยาสูบ เป็นต้น

- สังเคราะห์งานวิชาการ/งานวิจัยเพื่อผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบาย (policy advocacy) จากการถอดบทเรียนและจัดการองค์ความรู้ด้านการควบคุมยาสูบ และดำเนินการให้มีการสื่อสารผ่านสื่อสาธารณะอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะข้อเสนอที่สามารถผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับประเทศและนำไปสู่การรณรงค์กับภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคม รวมทั้งสนับสนุนการจัดทำรายงานและการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับหน่วยงานสากลตามกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (WHO Framework Convention on Tobacco Control: FCTC)
- การพัฒนาระบบฐานข้อมูล องค์ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ รวมถึงการสื่อสารข้อมูลงานวิจัยต่อผู้กำหนดนโยบายและผู้ขับเคลื่อนทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่
- การพัฒนาเครือข่ายนักวิชาการด้านการควบคุมยาสูบ (knowledge generator) เชื่อมต่อกับผู้ใช้ข้อมูลความรู้ (knowledge user) ในระดับต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนงานการควบคุมยาสูบอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน
- การพัฒนาระบบการประเมินผลการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทยตามกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (WHO-FCTC)

3. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่าย การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ และการขยายสถานที่ปลอดบุหรี่

- สร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมยาสูบ (Tobacco Control Literacy) โดยสนับสนุนการจัดกิจกรรมพิเศษและสร้างกระแสสังคม เพื่อรณรงค์กระตุ้นให้เกิดการตื่นตัวและปลูกฝังค่านิยมการไม่สูบบุหรี่ การขยายพื้นที่รูปธรรมปลอดบุหรี่ การรณรงค์บ้านปลอดบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า การรักษาสิทธิของตนเองจากการได้รับอันตรายของควันบุหรี่มือสอง การสนับสนุนนโยบายที่สำคัญ การเลิกบุหรี่ การสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและองค์กรต่าง ๆ ในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ตลอดจนจัดตั้งเครือข่ายเฝ้าระวังและเปิดโปงกลยุทธ์ต่าง ๆ ของบริษัทบุหรี่ให้สังคมรับรู้ และผลักดันให้เกิดการพัฒนา/แก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- พัฒนาและขยายรูปแบบการทำงานกับกลุ่มเยาวชนเพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่ รวมทั้งขยายการดำเนินงานในกลุ่มอาชีวศึกษา กลุ่มผู้ด้อยโอกาส ผู้ที่มีภูมิลำเนาในชนบท และพื้นที่ภาคใต้ซึ่งมีอัตราการสูบบุหรี่สูง
- พัฒนาและขยายเครือข่ายในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่มต่าง ๆ ทั้งที่ดำเนินการมาแล้วหรือภาคีใหม่ เช่น โรงพยาบาลสตรี สื่อมวลชน ผู้ใช้แรงงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มคนที่เลิกบุหรี่ได้ กลุ่มผู้นำทางสังคมที่ไม่สูบบุหรี่ และการพัฒนาช่องทางสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ใหม่ ๆ ในกลุ่มเป้าหมายเยาวชน
- ขยายแนวร่วมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรรวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนงานด้านการรณรงค์การเฝ้าระวัง และบังคับใช้กฎหมาย เช่น เครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบจากบุหรี่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ สื่อมวลชน จังหวัดปลอดบุหรี่ เครือข่ายครูนักรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เครือข่ายเยาวชน เป็นต้น
- สนับสนุนการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัดให้มีประสิทธิภาพ เพื่อรณรงค์ลดการบริโภคและการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายในภาคประชาสังคม ตลอดจนการสนับสนุนภาคีเครือข่ายของ สสส. กับแผนอื่น ๆ ทั้งภาคีเชิงประเด็น ภาคีเชิงองค์กร และภาคีเชิงพื้นที่ เพื่อสอดแทรกการลดการบริโภคยาสูบในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอื่น ๆ
- การสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาและขยายผลนวัตกรรม ทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร ในการดำเนินงานเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบในหน่วยงานต่าง ๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน มหาวิทยาลัย เป็นต้น รวมถึงการสนับสนุนให้บุคลากรในหน่วยงานต่าง ๆ ที่ติดบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ เพื่อขยายเครือข่ายแนวร่วมการทำงานให้มากขึ้น
- การพัฒนาและขยายผลนวัตกรรมในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ในองค์กรที่มีนโยบายพัฒนาคุณภาพการจัดเขตปลอดบุหรี่ให้มีประสิทธิผล รวมทั้งการสนับสนุนบุคลากรที่ติดนิโคตินให้เลิกบุหรี่ เพื่อขยายเครือข่ายแนวร่วมให้มากขึ้น

- ส่งเสริมและสนับสนุนให้เครือข่ายภาคีการควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม โดยจะสนับสนุนการทำงานของเครือข่ายทางด้านองค์ความรู้ที่ถอดบทเรียนจากการทำงานและสื่อพร้อมใช้ รวมทั้งการจัดกระบวนการในการพัฒนาศักยภาพและติดตาม เพื่อเสริมหนุนการดำเนินโครงการของเครือข่าย ได้แก่ เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายโรงพยาบาล เครือข่ายครู และเครือข่ายเยาวชน

4. กลุ่มแผนงานสนับสนุนบริการบำบัดรักษาการติดนิโคติน

- การพัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่ระดับชาติ และระดับจังหวัด รวมทั้งสายด่วนเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (National Quitline) ให้เข้มแข็งขึ้น และการพัฒนารูปแบบบริการรับและส่งต่อผู้ติดบุหรี่ระหว่างศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติกับโรงพยาบาลนำร่องให้พร้อมสำหรับการขยายผลในระดับประเทศ
- สนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ อาทิ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ แพทย์แผนไทย สัตวแพทย์ สาธารณสุข เพื่อขยายการส่งเสริมและกระตุ้นให้บุคลากรสาธารณสุขเข้ามามีบทบาทในการผลักดันนโยบาย สนับสนุนระบบบริการเลิกบุหรี่ในสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ รวมถึงการส่งต่ออย่างเป็นระบบ ตลอดจนการขยายและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครในการให้คำแนะนำช่วยเลิกบุหรี่ และการสนับสนุนนวัตกรรมเลิกบุหรี่
- สนับสนุนให้มีการพัฒนาสถานพยาบาลเพื่อขอรับการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ที่เกี่ยวข้องกับบริการเลิกบุหรี่

******

ภาคีหลัก

แผนควบคุมยาสูบ มีภาคีหลักทั้งหน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานภาควิชาการ หน่วยงานภาคเอกชนและภาคประชาสังคม ร่วมสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมยาสูบ โดยหน่วยงานภาครัฐ เช่น คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ (คผยช.) คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด (คผยจ.) กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงการคลัง กระทรวงมหาดไทย กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงยุติธรรม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น

ในส่วนของหน่วยงานภาควิชาการ คณาจารย์ นักวิจัย และนักวิชาการ เช่น มหาวิทยาลัยมหิดล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นต้น

หน่วยงานภาคเอกชนและประชาสังคม เช่น มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี สภาเภสัชกรรม มูลนิธิเภสัชกรรมชุมชน ทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สภาเทคนิคการแพทย์ สภากายภาพบำบัด สมาคมแพทย์แผนไทย สมาคมพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อม สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย สภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย เครือข่ายพระสงฆ์ มูลนิธิสร้างสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย มูลนิธิสร้างสุขมุสลิมไทย มูลนิธิสื่อเพื่อสุขภาวะ สื่อมวลชน ภาคธุรกิจเอกชนต่าง ๆ เป็นต้น

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย	30.00
กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร	82.00
กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่าย การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ และการขยายสถานที่ปลอดบุหรี่	215.00
การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	3.00
รวม	**330.00**



แผน 2

แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

สถานการณ์และแนวโน้ม

การดำเนินงานของแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ประจำปี 2567 มุ่งตอบสนองเป้าประสงค์ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (the Sustainable Development Goals: SDGs) ที่กล่าวถึงการมีสุขภาวะในการดำรงชีวิตและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกช่วงอายุ และสอดรับกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ในประเด็นปรับเปลี่ยนค่านิยมและวัฒนธรรม และประเด็นเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี รวมถึงสอดรับกับยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคมในประเด็นการเสริมสร้างพลังทางสังคม และยุทธศาสตร์ที่ 6 ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐ ในประเด็นกฎหมายมีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทต่าง ๆ

แผนฯ จะมุ่งดำเนินการให้เกิดผลลัพธ์สำคัญ ประกอบด้วย ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ซึ่งการดำเนินงานด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสอดคล้องตามแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 พ.ศ. 2565 –2570 ซึ่งดำเนินการตามกรอบนโยบายองค์การอนามัยโลก เพื่อสร้างสังคมที่ปลอดภัยจากปัญหาผลกระทบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีเป้าหมายการดำเนินการ 4 ประการ คือ (1) ควบคุมและลดปริมาณการบริโภคของประชาชน (2) ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ และควบคุมจำนวนผู้บริโภค (3) ลดความเสี่ยงจากการบริโภค ทั้งในมิติของปริมาณการบริโภค รูปแบบการบริโภค และพฤติกรรมหลังการบริโภค และ(4) จำกัดและลดความรุนแรงของปัญหาจากการบริโภค โดยสอดคล้องกับการบรรลุเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ตามห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome: CoO) **การลดอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด (CoO2)**

สถานการณ์ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

เมื่อพิจารณาผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วงปี พ.ศ. 2544 – 2564 จากข้อมูลสัดส่วนผู้ดื่มในปัจจุบัน (current drinker) ซึ่งหมายถึง ผู้ที่ดื่มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาจนถึงวันที่ทำการสำรวจ **พบว่า อัตราเฉลี่ยการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า อัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ค่อนข้างคงที่ โดยเคลื่อนไหวอยู่ในช่วงร้อยละ 30 ในปี 2550 แล้วเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 34 ในปี 2558 ก่อนลดเหลือร้อยละ 28.4 ในปี 2560 และลดลงอย่างต่อเนื่องจนเหลือร้อยละ 28 ในปี 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 ในกลุ่มนักดื่มปัจจุบัน ยังสามารถแบ่งเป็น กลุ่มนักดื่มประจำ 6.99 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.26 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มนักดื่มเป็นครั้งคราว ที่มี 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 นักดื่มที่อยู่ในเขตเทศบาลมีสัดส่วนสูงกว่านักดื่มที่อยู่นอกเขตเทศบาลเล็กน้อย ในปี 2564 มีนักดื่มในเขตเทศบาลร้อยละ 28.34 และนอกเขตเทศบาลร้อยละ 27.72

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับภูมิภาค 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 จังหวัดน่าน (ร้อยละ 43.3) รองลงมาเป็น จังหวัดแพร่ (ร้อยละ 42.9) จังหวัดเชียงราย (ร้อยละ 41.4) จังหวัดสระแก้ว (ร้อยละ 41.0) และ จังหวัดพะเยา (ร้อยละ 40.7)** [19,20] **ตามลำดับ**

เมื่อพิจารณาข้อมูลจากการสำรวจสุขภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย พบว่า สัดส่วนของผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตรายมีแนวโน้มลดลงมาโดยตลอด จากร้อยละ 9.10 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 7.30 ในปี 2552 ลดลงเหลือร้อยละ 3.40 ในปี 2557 และลดลงอย่างต่อเนื่องเหลือร้อยละ 0.5 ในปี 2563 โดยลดลงทั้งในเพศชายและเพศหญิง ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่า **พฤติกรรมการดื่มอย่างหนักของประชากรไทยมีแนวโน้มที่ดีขึ้น คือ “มีการลดลง”** นั้นเอง [21]

ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี ซึ่งถือเป็นตัวชี้วัดสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สำคัญ เนื่องจากปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างชัดเจน ซึ่งจะเห็นได้ว่าปริมาณการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี มีปริมาณสูงกว่า 8 ลิตรต่อคนต่อปี ในช่วงปี 2549 และลดลงอย่างชัดเจนมาอยู่ที่ 6.08 ลิตรต่อคนต่อปี **ปี 2551 ซึ่งเป็นปีที่**

19 กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). “การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564”. กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร

20 กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี 2549, 2552, 2556, 2558. กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร

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

ประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 หลังจากนั้นค่อนข้างคงที่อยู่ระหว่าง 6.67-7.29 ลิตรต่อคนต่อปี นอกจากนี้ มีการลดลง ในปี 2561 มาอยู่ที่ 5.95 ลิตรต่อคนต่อปี เป็นผลมาจากการประกาศใช้พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 (เปลี่ยนฐานภาษีเป็นราคาขายปลีกแนะนำ) และเริ่มกลับมาสูงขึ้นเมื่อผู้ผลิตและผู้บริโภคเริ่มปรับตัวได้ และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องอยู่ที่ 7.12 ลิตรต่อคนต่อปี ในปี 2564 [22]

ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่บริโภค ในปี 2564 พบว่าส่วนใหญ่ดื่มเบียร์มากที่สุด คือ ร้อยละ 43.39 อันดับ 2 เป็นสุราขาว ร้อยละ 25.60 อันดับ 3 เป็นสุราสี/สุราแดง ร้อยละ 16.35 อันดับ 4 คือสุรากลั่นชุมชน ร้อยละ 3.73 และอันดับ 5 คือ ไวน์คูลเลอร์/สุราผสมน้ำผลไม้ ร้อยละ 2.56 [23]

จากข้อมูลภาวะสังคมไทย โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า ค่าใช้จ่ายในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงจาก 169,946 ล้านบาท ในปี 2563 เป็น 167,775 ล้านบาท ในปี 2564 [24] จากการวิจัยการศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคมจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2564 ได้ประมาณการ**ความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งหมดคิดเป็นมูลค่า 165,450.5 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 1.02 ของมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) และคิดเป็นมูลค่า 2,500 บาทต่อหัวประชากร และต้นทุนทางอ้อม 159,358.8 ล้านบาท (จากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและการเสียผลิตภาพจากการขาดงาน) ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ส่งผลเสียต่อเศรษฐกิจและสังคมในวงกว้าง** [25]

สถานการณ์ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

สรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

ปัญหายาเสพติดนับเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลกมายาวนาน และทวีความรุนแรงมากขึ้นทุกวัน ส่งผลกระทบในหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพทางกายและจิตของผู้เสพ ผลกระทบต่อสังคมและคนรอบข้าง นอกจากนี้ยังส่งผลไปในด้านการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนความมั่นคงของประเทศ ปัญหายาเสพติด จึงเป็นปัญหาที่มิใช่เฉพาะเนื่องจากการระบาดและการเจ็บป่วยจากโรคเท่านั้น แต่ยังมีความเกี่ยวเนื่องกับปัญหาพื้นฐานของสังคมอีกด้วย ยังรวมถึงสถานการณ์และปัญหายาเสพติดตั้งแต่ระดับโลก ระดับภูมิภาค และระดับประเทศตามลำดับ โดยแบ่งปัญหาเป็นปัญหาด้านอุปสงค์ และปัญหาด้านอุปทาน ดังนี้

ปัญหาด้านอุปสงค์ พบว่า ประชากรไทยอายุ 12 - 65 ปี มีแนวโน้มการใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจครัวเรือนระดับชาติเพื่อประมาณการจำนวนผู้ใช้สารเสพติดทั่วประเทศ พบว่าในปี 2565 มีการเพิ่มจำนวนอย่างมากของผู้ใช้ “กัญชาเพื่อการสันทนาการ” โดยมีการเปลี่ยนแปลงภายหลังจากการแก้ไขกฎหมายปลดกัญชาออกจากยาเสพติดประเภทที่ 5 เปิดกว้างให้ใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ และลดโทษทางอาญาแก่ผู้ใช้กัญชาด้วยวัตถุประสงค์อื่น โดยมีตัวเลข**ผู้ใช้กัญชา (ตลอดชีวิตที่ผ่านมา) มากถึง 12,918,662 คน ซึ่งมากกว่าการสำรวจโดยคณะสำรวจเดียวกันวิธีการสำรวจเดียวกันในปี 2564 ที่มีจำนวนผู้ใช้กัญชาเพื่อสันทนาการตลอดชีวิตที่ผ่านมา 3,370,386 คน จำนวนผู้ใช้กัญชาที่**

22 กรมสรรพสามิต. สถิติการผลิต จำหน่าย และการเก็บภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. สำนักมาตรฐานและจัดเก็บภาษี 1.
23 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). “รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2564”.
24 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ค่าใช้จ่ายและร้อยละของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ (แบบปริมาณลูกโซ่) ปี พ.ศ.2554 - 2563 รายปี.
25 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2566). “การประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์จากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2564”. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.

เพิ่มขึ้นภายหลังการเปลี่ยนกฎหมายในทางนิตินัยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 383.3 ถือว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอย่างยิ่ง ทำให้กัญชากลายเป็นสารเสพติดที่มีจำนวนผู้ใช้มากที่สุดเป็นอันดับ 3 รองจาก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ บุหรี่

ข้อค้นพบอีกสำคัญจากการสำรวจใน**ปี 2565 ที่ผ่านมาคือ การลดลงของจำนวนผู้ใช้พืช “กระท่อม”แบบเคี้ยวใบสด จากปี 2564 ที่มีจำนวนผู้ใช้ 6,841,342 คน ลดลงเหลือเพียง 3,604,878 คน ซึ่งลดลงเกือบครึ่งหนึ่ง แต่ที่น่าสนใจคือ จำนวนผู้ใช้กระท่อมแบบผสมดื่มเป็นค็อกเทลนั้นไม่ได้ลดลงเท่าไหร่นัก**

ในขณะที่ **“ยาบ้า”** ซึ่งถือเป็นยาเสพติดอีกชนิดหนึ่งที่เคยเป็น**ยาเสพติดที่มีผู้ใช้มากที่สุดของประเทศไทย ในการสำรวจปี 2565 ที่ผ่านมาก็มีจำนวนผู้ใช้ตลอดทั้งชีวิตลดลงจากปี 2564 โดยลดลงจาก 1,074,950 คน มาเป็น 479,229 คน** แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น**จำนวนผู้ใช้ในรอบ 1 ปี (ผู้ใช้ปัจจุบัน) ไม่ได้ลดลงมากนัก โดยลดลงจาก 60,159 คน มาเป็น 55,531 คน เท่านั้น**

ข้อสรุปจากข้อมูลการสำรวจผู้ใช้สารเสพติดของประเทศพบว่า “การปลดล็อกกัญชาทางการแพทย์มีผลทำให้เพิ่มผู้ใช้กัญชาเชิงสันทนาการเพิ่มขึ้นอย่างมาก” ลดจำนวนผู้ใช้กระท่อมแบบเคี้ยวลงได้ครึ่งหนึ่ง และลดจำนวนผู้ใช้ยาบ้าเป็นประจำได้น้อย [26]

ปัญหาด้านอุปทาน พบว่า สถิติการจับกุมยาเสพติด**พบการเพิ่มขึ้นของปริมาณการจับกุม “ยาอี (Ecstacy) ”อย่างมากมายในช่วงระหว่างปี 2561-2564 โดยเฉพาะในปี 2564 นั้นมีปริมาณการจับกุมทั้งสิ้น 550,923 เม็ด เพิ่มขึ้นจากปี 2561 ที่จับกุมได้ 88,847 เม็ด บ่งบอกถึงการเติบโตของตลาด คลับ ดรักส์หรือยาเสพติดที่ใช้ในสถานบันเทิง** ในขณะเดียวกันตัวเลข**การจับกุม “ยาบ้า”นั้นก็เพิ่มขึ้นในระหว่างปี 2563 และ 2564 โดยมีจำนวนการจับกุมเพิ่มมากกว่า 100 ล้านเม็ด สิ่งที่น่าสนใจอีกประการคือปริมาณการจับกุมยาเสพติดร้ายแรง (Hard Drug) อย่าง “เฮโรอีน”** ซึ่งจัดเป็นยาเสพติดชนิดเข้มข้นและรุนแรง ซึ่งผู้เสพมีโอกาสเกิดความเสี่ยงจากการใช้สูง ทั้งการ**ใช้ยาเสพติดเกินขนาดจนเสียชีวิตและโรคติดต่อการใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด ซึ่งมีปริมาณการจับกุมเพิ่มขึ้นมากกว่า 5 เท่าในช่วงระหว่างปี 2561-2564 สะท้อนถึงปริมาณการใช้ที่เพิ่มขึ้นและอาจจะเป็นปัญหาจากการเติบโตของเส้นทางขนส่งเฮโรอีน** ซึ่งมีเส้นทางจากประเทศพม่าเข้ามายังประเทศไทยเพื่อเตรียมส่งออกไปยังชายแดนประเทศมาเลเซียหรือประเทศสิงคโปร์ต่อไป [27]

ข้อมูลการจับกุมและการบำบัดยาเสพติดของประเทศไทย

สถิติการจับกุมคดียาเสพติดของประเทศไทยเพิ่มขึ้นเรื่อยนับตั้งแต่ปี 2551 และมีจำนวนคดีสูงสุดในปี 2562 ที่มีคดีการจับกุมที่ 385,771 คดี อย่างไรก็ตามตัวเลขหลังปี 2562 ก็ลดลง ในขณะที่จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดนั้นสอดคล้องเป็นไปตามตัวเลขของการจับกุม โดยมีตัวเลขสูงสุดในปี 2562 และลดลงมาเรื่อย ๆ นับตั้งแต่ปี 2563 – 2565 โดยมีช่วงที่มีจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดสูงสุดในปี 2562 อันเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายเปลี่ยนจากผู้เสพมาเป็นผู้ป่วยในช่วงแรก ๆ ในปี 2565 จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดภายในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติดของประเทศ (บสต.) เหลือเพียง 125,156 คน ลดลงจากปี 2564 ที่มีจำนวน 168,569 คน อันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายไม่ต้องให้มีระบบบังคับบำบัด และการเปลี่ยนกฎหมายควบคุมพืชกระท่อมทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดประเภทกัญชาและกระท่อมลดจำนวนลงอย่างมาก

26 สุริยัน บุญแท้ และคณะ. (2563). “การสำรวจทัศนคติและพฤติกรรมการใช้สารเสพติด กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15-65 ปี ใน 20 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ พ.ศ.2563-2565”. ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด.

27 กนิษฐา ไทยกล้า และคณะ. (2565). “ตลาดการค้ายาเสพติดประเทศไทย”. ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด.

ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งที่น่าสนใจคือ ในระบบบำบัดของประเทศไทยนั้นมีศักยภาพและเป้าหมายในการดูแลบำบัดผู้ใช้ยาเสพติดสูงถึง 235,130 รายต่อปี ในขณะที่ผู้เข้ารับการบำบัดนั้นมีเพียงร้อยละ 53.23 ของศักยภาพการให้บริการ [28] ซึ่งจำนวนผู้ต้องขังมีมากกว่าศักยภาพของทัณฑสถานที่สามารถรองรับผู้ต้องขังเพียง 200,000 คนเท่านั้น โดยมีผู้ถูกกุมขังเฉพาะคดียาเสพติดสูงถึง 349,511 คน

สถานการณ์กัญชาในประเทศไทย

การปรับปรุงพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที 7) พ.ศ. 2562 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2562 โดยมีประเด็นคลายล็อกการใช้กัญชาทางการแพทย์ นำไปสู่การนิรโทษกรรมการครอบครองกัญชาตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข จนถึงการนำร่องเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล คลินิกบริการกัญชาการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นยาเสพติดประเภทที่ห้าตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ให้นำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ การศึกษาวิจัย และการผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพได้

ต่อมามีการ**ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เพื่อปลดล็อกส่วนของกัญชาและกัญชงให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้โดยไม่จัดเป็นยาเสพติด ยกเว้นส่วนช่อดอก และเมล็ดกัญชา ไปใช้ประโยชน์ในผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทั้งอาหาร เครื่องสำอาง และผลิตภัณฑ์สมุนไพร**

โดยสรุปถึงแม้ว่ากัญชาจะมีประโยชน์ทางการแพทย์และประโยชน์อื่นมากมาย แต่การเสพกัญชาก็ทำให้เกิดอันตรายหลายอย่าง โดยเฉพาะความเสี่ยงในการติดสารเสพติดชนิดอื่น และสัมพันธ์กับการเกิดโรคทางจิตเวชได้หลายชนิด ดังนั้น การช่วยให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกัญชา การเพิ่มการเข้าถึงกัญชาเฉพาะสำหรับทางการแพทย์เท่านั้น เพื่อลดการเข้าถึงกัญชาในเด็กและเยาวชนรวมถึงประชาชนทั่วไป ดังนั้น การศึกษาและทบทวนการใช้กัญชา จึงเป็นเรื่องที่จำเป็นและเร่งด่วน รวมทั้งยังผูกโยงไปถึงความท้าทายทางนโยบายของประเทศไทย ในเรื่องกัญชาอีกด้วย ซึ่งนโยบายดังกล่าวอาจทำให้เกิดผลกระทบทางสังคมด้านอื่นตามมา ทั้งทางด้านบวกและลบ เช่น อาจช่วยลดการตีตราหรือลดการมองว่าผู้ที่ใช้สารเป็นคนไม่ดี

ในขณะเดียวกันนโยบายที่เปลี่ยนไปอาจทำให้เด็กและเยาวชนรวมถึงประชาชนทั่วไปมองไม่เห็นโทษที่ยังมีอยู่ของสาร และนำไปเสพเพื่อความรื่นเริงมากขึ้นเนื่องจากมีการปลดล็อกและมองเห็นแต่ประโยชน์ของสาร จึงควรมีการเฝ้าระวังและการทำวิจัยเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงวิชาการด้านสารเสพติดจึงเป็นสิ่งทีจำเป็นอย่างยิ่งในปัจจุบัน

ในปี 2564 มีการปรับประมวลยาเสพติดให้โทษ เน้นการบำบัดรักษาผู้ที่ติดสารเสพติด และมีการยกเลิกให้กระท่อมไม่ใช่ยาเสพติด เพื่อลดจำนวนผู้ต้องขังและเป็นการดูแลเชิงสุขภาพมากกว่าการต้องโทษอาญา โดยในปี 2565 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 5 มีการถอดกัญชาออกจากการเป็นยาเสพติด ยกเว้นสารสกัดของกัญชาที่มีค่า THC ไม่เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก และสารสกัดจากเมล็ดของพืชกัญชาหรือกัญชง ที่ได้จากการปลูกภายในประเทศ ซึ่งมีผลบังคับใช้วันที่ 9 มิถุนายน 2565 แต่ปัจจุบันนี้ยังไม่มีผลบังคับใช้ ขณะเดียวกันก็ยังไม่มีกฎหมายในการควบคุมการปลูก จึงมีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ใช้สารเสพติดและได้รับผลกระทบจากการใช้สารเสพติดที่ถอดจากบัญชียาเสพติดจะมีจำนวนสูงขึ้นหากไม่มีกฎหมายควบคุมสารหรือพืชเหล่านี้ที่รัดกุมเพียงพอ

28 สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดและฟื้นฟูยาเสพติด. ผลการดำเนินงานด้านการบำบัดยาเสพติด. เข้าถึงได้จากhttps://nccdor.nccd.go.th/dashboard/bst/boss/ (สืบค้น ณ วันที่ 20 มีนาคม 2566).

สถานการณ์และความท้าทายที่ส่งผลกระทบต่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

1. **ทิศทางของนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลง** จากการเสนอปรับเปลี่ยนกฎหมายเพื่อมุ่งลดการผูกขาด ในขณะเดียวกันจะก่อให้เกิดการขยายฐานกลุ่มผู้ประกอบธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กว้างขวางยิ่งขึ้น สร้างให้เกิดพลังจากธุรกิจที่มุ่งการแข่งขัน การทำการตลาดนำสู่การต่อรอง ลดทอนนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยบุคลากรเจ้าหน้าที่ทางการควบคุมบังคับใช้กฎหมายต่าง ๆ ตลอดจนด้านการกำกับจัดเก็บภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีจำนวนน้อยก็อาจไม่สามารถดูแลได้อย่างทั่วถึง ประกอบกับอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความแข็งแรงทั้งภายในและภายนอกที่มุ่งใช้กลยุทธ์ทางการตลาดที่แยบยลและทุ่มงบประมาณมหาศาลเจาะกลุ่มเป้าหมายนักดื่มหน้าใหม่ โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนและกลุ่มผู้หญิง รวมทั้งการสร้างบรรทัดฐานการยอมรับและการส่งเสริมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
2. **การควบคุมสุรานอกระบบภาษีทั้งการผลิตและการขาย**ยังเป็นปัญหาสำคัญ โดยรูปแบบของสุรานอกระบบได้เปลี่ยนแปลงตามยุคสมัย จากสุราพื้นบ้าน และการลักลอบนำเข้าตามแนวชายแดน มาเป็นการใช้สื่อดิจิทัลในการขายและการขนส่ง
3. **การตระหนักและมีส่วนร่วมของภาคส่วนอื่น** จากหน่วยงานรับผิดชอบโดยตรง ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคมและประชาชนทั่วไป ในการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 พ.ศ. 2565-2570 ยังมีข้อจำกัดการบังคับใช้กฎหมาย การขับเคลื่อนนโยบาย/มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่ พบว่าหลายหน่วยงานยังขาดงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงาน
4. **ความผันผวนของเทคโนโลยีสารสนเทศและสื่อดิจิทัลที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรง ประชาชนสามารถเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ในพื้นที่สื่อต่าง ๆ (social media platform)** รูปแบบการเปิดรับข้อมูลข่าวสารของที่เปลี่ยนแปลงไป การสื่อสารเดิมถูกแทนที่ด้วยนวัตกรรมใหม่ ๆ ส่งผลต่อการบริโภคข้อมูลของประชาชน จากการได้รับข้อมูลจากโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และวิทยุ กลายเป็นข้อมูลข่าวสารจากสื่อสังคมออนไลน์ทั้งหลาย (Onlinestreaming Social network Media/platforms และ Applications ต่าง ๆ) เกิดธุรกิจสื่อรูปแบบใหม่และโซเชียลมีเดีย ซึ่งส่งผลกระทบทั้งต่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดโดย
   - **กฎหมายฉบับเดิมไม่มีรายละเอียดทางกฎหมายที่ครอบคลุมการทำการตลาดในช่องทางสื่อสังคมออนไลน์อย่างชัดเจน** จึงกลายเป็นช่องว่างของกฎหมายที่เปิดให้อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำกลยุทธการสื่อสารทางการตลาดอย่างแพร่หลาย และเป็นช่องทางสื่อสารกับกลุ่มคนรุ่นใหม่ นักดื่มเยาวชน และนักดื่มหญิง
   - **ปัญหาการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่คลาดเคลื่อนกับข้อเท็จจริง ให้ข้อมูลไม่รอบด้าน ให้ข้อมูลที่ตั้งใจให้ผู้อื่นเกิดความเข้าใจผิด หรือข่าวปลอม (fake news)** ทำได้อย่างแพร่หลายยิ่งขึ้น ในขณะที่หน่วยงานรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบกำกับดูแลทำงานได้ไม่เท่าทันต่อขนาดของปัญหาและสถานการณ์ ณ ปัจจุบันจึงเป็นช่องว่างสำคัญที่ก่อให้เกิดความไม่เท่าทันและการสร้างความเข้าใจผิดให้กับผู้บริโภคได้ง่ายขึ้น อาจก่อให้เกิดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสิ่งเสพติด เช่น การใช้พืชกระท่อมและกัญชาไปในทางที่ไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดอันตรายทั้งทางสุขภาพและปัญหาอื่น ๆ เช่น อุบัติเหตุทางถนน ความรุนแรงในครอบครัวและอาชญากรรมตามมา

จุดเน้นของแผน

แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ประจำปี 2567 มีจุดเน้น ที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของแผน ซึ่งสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565 - 2570) และครอบคลุมปัจจัยที่ส่งผลต่อตัวกำหนดสุขภาพ ตามห่วงโซ่ผลลัพธ์ของการลดอัตราการบริโภคสุราและสิ่งเสพติด (CoO2) ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

กลไกการป้องกันนักดื่ม/นักเสพหน้าใหม่ และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้มีปัญหาจากสุราและสิ่งเสพติด

1. สนับสนุนการรณรงค์ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ และการลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยพัฒนานวัตกรรม เครื่องมือ สื่อ และช่องทางการสื่อสาร ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยง อาทิ กลุ่มเด็กเยาวชน กลุ่มคนรุ่นใหม่ กลุ่มผู้ใช้แรงงาน กลุ่มผู้มีเศรษฐฐานะต่ำ กลุ่มผู้หญิง และเชิงพื้นที่/จังหวัดที่มีอัตราการบริโภคสูง เช่น ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นต้น
2. สนับสนุนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนานวัตกรรมหรือต้นแบบในการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะการดำเนินงานเพื่อการควบคุมการเข้าถึงกลุ่มเปราะบาง อาทิ เด็กเยาวชน ผู้สูงอายุ รวมถึงการบังคับใช้กฎหมายในระดับพื้นที่ ตลอดจนการถอดบทเรียนการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อนำไปสู่การขยายผลเชิงระบบ
3. การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะโดยการขยายผลการสร้างความตระหนักในคุณค่าของงานประเพณีวัฒนธรรมที่มีความปลอดภัย หนุนให้เกิดบรรทัดฐานทางสังคม (วิถีชุมชน จารีตประเพณี และการบัญญัติกฎหมาย) ที่ไม่พึ่งพาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผ่านการสนับสนุนงานบุญประเพณี งานเทศกาล งานวัฒนธรรม โดยสร้างความร่วมมือกับเจ้าภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงมหาดไทย กระทรวงวัฒนธรรม ก่อให้เกิดการกำหนดนโยบายสาธารณะและมาตรการการกำกับดูแลพื้นที่/การจัดงานต่าง ๆ และการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนากิจกรรมเชิงบวก “ความสุขทางเลือก” (สุขได้ไร้แอลกอฮอล์) ในงานเทศกาลหรือบุญประเพณี กิจกรรมเยาวชน งานดนตรี กีฬา ศิลปวัฒนธรรม รวมทั้งพื้นที่สร้างสรรค์ในรูปแบบต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมค่านิยมชุมชนสังคม และสนับสนุนการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้มีปัญหาจากสุราและสิ่งเสพติด
4. สนับสนุนให้เกิดการช่วยเหลือผู้มีปัญหาจิตเวช/ผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/สารเสพติดนอกระบบบริการสุขภาพให้กว้างขวางยิ่งขึ้น เช่น กลุ่มช่วยเหลือผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/สารเสพติดในชุมชน การขยายเครือข่ายพระและวัด เพื่อช่วยลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/สารเสพติด เป็นต้น ตลอดจนการสนับสนุนให้เกิดระบบการรับ-ส่งต่อผู้เข้ารับการบำบัดระหว่างระบบบริการสุขภาพกับชุมชน และการติดตามผลการบำบัด รวมถึงการเพิ่มการเข้าถึงบริการช่วยเลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/สารเสพติด เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ตลอดจนการสนับสนุนการเพิ่มยาเพื่อใช้บำบัดผู้ติดสุราในบัญชียาหลักแห่งชาติ และสิทธิในการเบิกจ่ายสำหรับผู้เข้ารับการบำบัดรักษาการติดสุรา
5. สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ เครื่องมือการให้คำปรึกษา การคัดกรอง การรักษาผู้มีปัญหาจิตเวช/ผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง
6. สนับสนุนการประเมินประสิทธิผลของนโยบาย มาตรการและกลไกการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพัฒนารูปแบบและวิธีประเมินผลที่มีประสิทธิภาพโดยเน้นการประเมินทั้ง (1) การประเมินเชิงมาตรการ/นโยบายสาธารณะเพื่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง และ (2) การประเมินเชิงกลยุทธ์การทำงานในระดับพื้นที่/ระดับโครงการที่ส่งผลต่อการลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

นโยบาย กฎหมาย ระเบียบ มาตรการ แนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในการป้องกัน ควบคุม และลดอันตรายจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

1. สนับสนุนให้หน่วยงานต่าง ๆ ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 พ.ศ. 2565-2570
2. สนับสนุนให้เกิดการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ให้มีความเหมาะสมกับสภาวการณ์ในปัจจุบัน โดยรักษาไว้ซึ่งเจตนารมณ์ของกฎหมายในการคุ้มครองประชาชนจากผลกระทบของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเท่าทันต่อกลยุทธ์ทางการตลาดและการสื่อสารที่เปลี่ยนแปลงไป โดยความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ ทุกภาคส่วน และทุกระดับ (ระดับพื้นที่และระดับชาติ) อาทิ
   - มาตรการ หลักเกณฑ์ การห้ามโฆษณาผ่านโซเชียลมีเดีย สื่อออนไลน์ รูปแบบต่าง ๆ และกิจกรรมส่งเสริมการขายทุกรูปแบบ
   - มาตรการจำกัดจำนวนใบอนุญาต/เพิ่มค่าธรรมเนียม กำหนดหลักเกณฑ์ในการขอ/ต่อใบอนุญาต และอัตราโทษ และการควบคุมจุดจำหน่าย
   - มาตรการการปกป้องการแทรกแซงนโยบายแอลกอฮอล์จากการค้าเสรี
   - มาตรการภาษีและราคา เพื่อลดการเข้าถึงและลดการเอาเปรียบผู้บริโภค
   - มาตรการกำหนดพื้นที่ห้ามขาย-ห้ามดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การกำหนดโซนนิ่ง และการสร้างพื้นที่ปลอดภัย
3. พัฒนางานวิจัย งานวิชาการ รวมถึงองค์ความรู้ที่จำเป็นและมีผลต่อการดำเนินงานขับเคลื่อนเชิงนโยบาย (evidence-based policy) ทั้งด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และด้านนโยบายการป้องกันดูแลและแก้ไขปัญหาจากยาเสพติด ให้สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทสังคมปัจจุบัน
   - มาตรการควบคุมโฆษณา ควบคุมลักษณะ และวิธีการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ครอบคลุมมาตรการของหน่วยงานหรือองค์กรอื่นมาใช้ร่วมกับมาตรการเดิมที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 เช่น กฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค กฎหมายเกี่ยวกับเยาวชน เพื่อครอบคลุมไปถึงการเข้าถึง การเผยแพร่โฆษณา และการเปิดรับสารในสื่อสังคมออนไลน์ รวมถึงการป้องกันการใช้ตราเสมือน
   - มาตรการกำหนดประเภทของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาทิ การห้ามใช้ จ้างวาน หรือยินยอมให้ผู้เยาว์ (อายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์) เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และกำหนดให้ผู้จ้างวานต้องมีส่วนในการรับผิด
   - มาตรการสนับสนุนให้ผู้จำหน่ายมีการจำหน่ายอย่างรับผิดชอบ ซึ่งผู้จำหน่ายมีหน้าที่พึงระวังต่อความเสียหายต่อลูกค้าและผู้อื่น โดยไม่ระวังหรือมีความประมาทเลินเล่อ ถือว่ามีส่วนก่อให้เกิดความเสียหาย
4. เสริมสร้างความเข้าใจในข้อกฎหมายแก่บุคลากรของรัฐ ได้แก่ ผู้พิพากษา อัยการ พนักงานสอบสวน และหนุนเสริมบทบาทของพนักงานเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมไปถึงหน่วยงานอื่น อาทิ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการสถานศึกษา ฯลฯ ซึ่งได้รับมอบหมายให้เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ และลดข้อจำกัดต่าง ๆ ในการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ เช่น การมีบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ และงบประมาณในการดำเนินงาน
5. ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สภากรุงเทพมหานคร สถานประกอบการ สถานศึกษา เพื่อพัฒนานโยบาย มาตรการ กฎกติกา ข้อตกลงร่วมในระดับพื้นที่/ชุมชน มาตรการองค์กร/สถานศึกษา เพื่อป้องกันควบคุมการเข้าถึงของกลุ่มเปราะบาง การกำหนดโซนนิ่ง และการสร้างพื้นที่ปลอดภัย พื้นที่ห้ามขาย-ห้ามดื่ม ตลอดจนการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดภัย
6. สนับสนุนการป้องกันการแทรกแซงนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ รวมทั้งป้องกันผลกระทบของการค้าเสรีต่อพื้นที่นโยบายแอลกอฮอล์ของประเทศ

ศักยภาพและแนวปฏิบัติของชุมชน/องค์กร/ภาคีเครือข่ายในการจัดการป้องกันแก้ไขปัญหาแอลกอฮอล์และสารเสพติด (ส่วนกลาง ภูมิภาค ท้องที่ ท้องถิ่น)

1. เพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังของภาคประชาสังคม และการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของภาครัฐ โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของทั้งสองฝ่าย โดยเฉพาะมาตรการการควบคุมและจำกัดการเข้าถึงการควบคุมพฤติกรรมการขับขี่หลังการดื่ม การควบคุมการโฆษณาส่งเสริมการขาย การขึ้นราคาผ่านระบบภาษี และการเฝ้าระวังการเจรจาการค้าเสรี (ข้อตกลงความเข้าใจและความคืบหน้าเพื่อหุ้นส่วนข้ามแปซิฟิก: CPTPP)
2. สร้างความเข้มแข็งและขยาย “เครือข่ายนักรณรงค์” ในแต่ละกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง อาทิ เครือข่ายคนเลิกเหล้าตลอดชีวิต (คนหัวใจเพชร) เครือข่ายนายอำเภอนักรณรงค์ เครือข่ายผู้นำท้องถิ่นท้องที่ เครือข่ายผู้นำศาสนา เครือข่ายครูดีไม่มีอบายมุข เครือข่ายเยาวชน ตลอดจนเครือข่ายคนรุ่นใหม่ เพื่อเป็นผู้นำในการสื่อสารให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในการลด ละ เลิก พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสนับสนุนนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
3. ขยายการทำงานเพื่อการขับเคลื่อนป้องกันแก้ไขปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด มุ่งเน้นอำเภอเป็นศูนย์กลาง โดยการเชื่อมประสานสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดแกนนำในระดับพื้นที่ และพัฒนาแผนปฏิบัติการโดยใช้กฎกติกา/มาตรการชุมชนตลอดจนกลไกการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือ หนุนเสริมกระบวนการรณรงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควบคู่กับการติดตามประเมินผลเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการทำงาน
4. สนับสนุนให้เกิดการสร้างกลไกการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับจังหวัด โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคม เพื่อเป็นการจัดการปัญหาภายในพื้นที่ อาทิ การสนับสนุนการออกนโยบายระดับชุมชนพื้นที่/จังหวัด และท้องถิ่น เพื่อเป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนให้เกิดผลเชิงระบบ รวมถึงการสนับสนุนให้การใช้สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัดมาเป็นข้อมูลสำคัญในการจัดทำแผนปฏิบัติการระดับจังหวัดต่อไป
5. สนับสนุนการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างประเด็นปัจจัยเสี่ยง (ยาสูบ แอลกอฮอล์ สิ่งเสพติด การพนัน อุบัติเหตุทางถนน) ตลอดจนการขยายผลพื้นที่ต้นแบบงานต่าง ๆ บูรณาการสู่กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ต่าง ๆ ร่วมกับแผนที่เกี่ยวข้อง อาทิ แผนสุขภาวะชุมชน แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ โดยคำนึงถึงความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพเป็นสำคัญ

ความรอบรู้ทางสุขภาพและทักษะความรู้เท่าทันด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด

1. สนับสนุนให้เกิดการสื่อสารเชิงรุกเพื่อสร้างบรรทัดฐานทางสังคมให้เห็นว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสินค้าไม่ธรรมดา (de-normalization) อย่างต่อเนื่อง การเฝ้าระวังกลยุทธ์ธุรกิจที่ขาดความรับผิดชอบต่อสังคม ตลอดจนการสร้างความรู้เท่าทันกลยุทธ์การโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เฉพาะแต่ละกลุ่มเป้าหมาย อาทิ กลุ่มเด็กเยาวชน กลุ่มคนรุ่นใหม่ กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงวัย กลุ่มผู้หญิง และกลุ่มเปราะบาง
2. สนับสนุนให้มีกลไกภาคประชาสังคมในการรณรงค์และสื่อสารสู่สาธารณะสร้างกระแสสังคมเพื่อสร้างความตระหนักรู้เท่าทันต่อปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด การใช้กระท่อม กัญชา ในทางที่ไม่เหมาะสม โดยเน้นการพัฒนาแพลตฟอร์ม (platform) ที่เข้าถึงประชาชน และการสร้างการรับรู้ที่ต่อเนื่องโดยมุ่งเน้นไปที่ social media platform เป็นหลักตามบริบทสังคมปัจจุบัน

3. พัฒนาเทคโนโลยีสนับสนุนการจัดทำฐานข้อมูลเพื่อสร้างความรอบรู้ ตลอดจนการพัฒนาศูนย์ข้อมูลบนระบบดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการใช้ประโยชน์ของบุคคล หน่วยงาน/องค์กรต่าง ๆ ให้มากยิ่งขึ้น
4. พัฒนาเชื่อมโยงความร่วมมือทางวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การพัฒนาบุคลากร และการชี้แนะนโยบายทั้งในประเทศและระดับสากล เชื่อมการทำงานด้านยุทธศาสตร์โลกในการลดอันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนประสานสนับสนุนให้มีเวทีในระดับสากลทั้งด้านนโยบาย วิชาการ และการเฝ้าระวังกลยุทธ์ธุรกิจแอลกอฮอล์
5. สนับสนุนการจัดการข้อมูลทางวิชาการ เพื่อสร้างองค์ความรู้ในด้านผลกระทบจากมาตรการและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับปัญหาอันเกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนบูรณาการการศึกษาวิจัยและการจัดการความรู้ด้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ยาสูบ สิ่งเสพติด อุบัติเหตุทางถนน อาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพอื่น ๆ รวมทั้งความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ อาทิ การวิจัย/พัฒนาฐานข้อมูลเพื่อควบคุมพฤติกรรมดื่มแล้วขับ

จากจุดเน้นของแผนฯ ข้างต้น ประกอบกับกรอบนโยบาย 5 ด้านตามที่คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเห็นชอบ สามารถสรุปเป็นแนวทางในการจัดทำแผนการดำเนินงานระยะ 1 ปี ดังนี้

1. ใช้ทิศทางและเป้าหมายกองทุน ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) เป็นกรอบในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีของแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565- 2570) และการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ห่วงโซ่ผลลัพธ์ของการการลดอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด (CoO2)
2. สร้างและขยายผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างทั่วถึงและยั่งยืน แนวทางการดำเนินงานของแผนควบคุมแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ผ่านงานบูรณาการทำงานร่วมกับแผนเชิงประเด็นอื่น ๆ แผนเชิงกลุ่มประชากร และพื้นที่ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของ สสส. ในประเด็น ยาสูบ แอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด การบริโภคอาหารที่สมดุล มีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ ความปลอดภัยทางถนน สุขภาพจิต และมลพิษทางสิ่งแวดล้อม ตลอดจนปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น
3. สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการนำใช้ข้อมูลและความรู้ทางวิชาการของแผนฯ ผ่านงานรณรงค์ประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องของสังคมในประเด็น เช่น การควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ และการรู้เท่าทันกลยุทธ์การตลาดของธุรกิจแอลกอฮอล์
4. ให้ความสำคัญกับการลดผลกระทบของประชากรกลุ่มเปราะบางจากความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอุบัติใหม่ โดยแผนฯ มีแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย อาทิ กลุ่มเด็กเยาวชน กลุ่มผู้ใช้แรงงาน กลุ่มผู้มีเศรษฐฐานะต่ำ กลุ่มผู้หญิง กลุ่มชาติพันธ์ และเชิงพื้นที่/จังหวัดที่มีอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูง ได้แก่ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
5. เชื่อมโยงเครือข่ายการทำงานกับภาคีเครือข่ายทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มคนรุ่นใหม่ เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ ระดับชาติ และระดับสากล โดยการดำเนินงานพัฒนาและขยายเครือข่ายร่วมขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ ผ่านสถาบันการศึกษา เครือข่ายคนรุ่นใหม่ ท้องถิ่น (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ท้องที่ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) ชุมชน สื่อมวลชน รวมถึงสนับสนุนให้เกิดผู้นำการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ และการมีส่วนร่วมกับการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับสากล

เป้าหมายการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก

1 กระบวนการพัฒนานโยบาย/มาตรการ/กติกา เพื่อปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมเพื่อควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และลดการเข้าถึงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่ [29] ระดับจังหวัด และระดับชาติ

ไม่น้อยกว่า
3 เรื่อง

2 การพัฒนาองค์ความรู้เชิงวิชาการทั้งจากการวิจัย เอกสารเชิงวิชาการ หรือการจัดการความรู้สำหรับการเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Control Literacy)

ไม่น้อยกว่า
10 เรื่อง

3 กระบวนการลดอันตรายจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือสนับสนุนผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เข้าถึงบริการบำบัดรักษา

ไม่น้อยกว่า
1 กระบวนการ

4 กระบวนการเสริมศักยภาพของภาคีเครือข่ายระดับส่วนกลาง/ภูมิภาค/ท้องที่/ท้องถิ่น ในการจัดการป้องกันแก้ไขปัญหา

ไม่น้อยกว่า
1 กระบวนการ

5 การพัฒนาองค์ความรู้เชิงวิชาการทั้งจากการวิจัย เอกสารเชิงวิชาการ หรือการจัดการความรู้สำหรับการเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันสารเสพติด (Drug Protection Literacy)

ไม่น้อยกว่า
3 เรื่อง

ตัวชี้วัดร่วม

1. การนำใช้ข้อมูล นวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อดำเนินการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาวะทั้ง 4 มิติ และสนับสนุนการทำงานเชิงพื้นที่ องค์กร กลุ่มประชากร และระบบบริการสุขภาพ ในพื้นที่ 30 องค์กรใหม่ (ปี 2567) และมีผลการติดตามถอดบทเรียนใน 20 องค์กรเดิม (ปี 2566)
2. การบูรณาการร่วมกันระหว่างแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด (แผน 2) และแผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ (แผน 12) เพื่อสนับสนุนให้บุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน ไม่น้อยกว่า 20 พื้นที่

29 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

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนากลไกการป้องกันเด็กเยาวชนและกลุ่มเสี่ยงนักดื่ม/นักเสพ (หน้าใหม่) และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้มีปัญหาจากแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด
2. เพื่อพัฒนานโยบาย กฎหมาย ระเบียบ มาตรการ แนวทางปฏิบัติ ที่เกี่ยวข้องในการควบคุม ลดอันตราย และลดผลกระทบจากแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด และการบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อศักยภาพและแนวปฏิบัติของชุมชน/องค์กร/ภาคีเครือข่ายในการรณรงค์ สื่อสาร การควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด
4. เพื่อพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและทักษะความรู้เท่าทันสถานการณ์ การควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

แนวทางการดำเนินงาน

ขอบเขตการดำเนินงาน

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

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด ดำเนินการตามยุทธศาสตร์ไตรพลังหรือสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา (พลังนโยบาย พลังปัญญา และพลังสังคม) โดยมีบทบาทในการเชื่อมโยงและสนับสนุนการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การขับเคลื่อนสังคม และการพัฒนานโยบายให้เชื่อมโยงและสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. **ควบคุมการเข้าถึงทางเศรษฐศาสตร์และทางกายภาพ**
   - การพัฒนาแนวทาง/แนวปฏิบัติ เพื่อควบคุมจุดจำหน่าย
   - การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเพื่อการควบคุมการเข้าถึงของกลุ่มเปราะบาง (เด็กและเยาวชน ผู้สูงอายุ ฯลฯ) เช่น การกำหนดอายุผู้ซื้อ-ผู้ขาย
   - การกำหนดพื้นที่ปลอดภัย พื้นที่ห้ามขาย-ห้ามดื่ม
   - การสนับสนุนแนวทางการขึ้นภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
   - การสนับสนุนมาตรการต่าง ๆ ด้านราคา เพื่อลดการเข้าถึงและลดการเอาเปรียบผู้บริโภค และข้อตกลงทางการค้า

2. **ปรับเปลี่ยนค่านิยมและลดแรงสนับสนุนในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด**
   - การสื่อสาร สร้างความตระหนัก เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ป้องกันหน้าใหม่
   - การเฝ้าระวังการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย การกระตุ้นการเข้าถึง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
   - การส่งเสริมการรู้เท่าทันกลยุทธการโฆษณาและสื่อสารการตลาดของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
   - การพัฒนาศักยภาพและขยายเครือข่ายนักรณรงค์
3. **ลดอันตรายจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด**
   - การสนับสนุนการควบคุมพฤติกรรมการขับขี่หลัง การดื่ม/เสพ การพัฒนาระบบ/ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
   - การสนับสนุนการป้องกันและลดปัญหาจิตเวชอันเนื่องมาจากผู้ติดสิ่งเสพติด
   - การสนับสนุนการพัฒนาหลักเกณฑ์และระบบติดตามผลการบำบัด ฟื้นฟูสภาพ
   - การสนับสนุนการพัฒนาการบริการบำบัดรักษาทั้งในและนอกระบบบริการสุขภาพ
4. **การจัดการปัญหาในระดับพื้นที่**
   - การพัฒนานโยบาย/มาตรการ/กฎกติกา/ข้อตกลงร่วม ระดับพื้นที่/ชุมชน
   - การพัฒนาศักยภาพแกนนำ/คณะทำงานป้องกันแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่
   - การขยายชุมชน สถานศึกษา สถานประกอบการ ตลอดจนชุมชนออนไลน์ ควบคุมป้องกันเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด
   - การขยายเครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหา เช่น อุบัติเหตุ ความรุนแรงในครอบครัว อาชญากรรม เป็นต้น
   - การส่งเสริมกิจกรรม และสร้างพื้นที่สร้างสรรค์เชิงบวกให้กับเด็กและเยาวชน
   - การบูรณาการการทำงานร่วมทั้งเชิงประเด็น เชิงพื้นที่ และเชิงกลุ่มเป้าหมาย
5. **การพัฒนากลไกการจัดการและสนับสนุนที่เข้มแข็ง**
   - การพัฒนานโยบายสาธารณะและกฎหมาย เพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด
   - สนับสนุนกลไกการบังคับใช้กฎหมาย และสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการบังคับใช้กฎหมาย
   - ศึกษาวิจัย พัฒนาวิชาการเพื่อสนับสนุนนโยบาย กฎหมาย มาตรการ แนวปฏิบัติ ตลอดจนสนับสนุนการสื่อสารสร้างความตระหนัก/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
   - สนับสนุนการขับเคลื่อนงานของกลไกการจัดการส่วนกลาง และระดับพื้นที่
   - กระตุ้น และหนุนเสริมบทบาทหน่วยงานเจ้าภาพหลัก หน่วยงานร่วมรับผิดชอบ ดำเนินการเพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด
   - การจัดทำระบบฐานข้อมูล และประเมินประสิทธิภาพนโยบาย มาตรการ การดำเนินการเพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

กลุ่มแผนงาน

แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ประกอบด้วย 4 กลุ่มแผนงาน ซึ่งแต่ละกลุ่มแผนงานมีภารกิจโดยสังเขป ดังนี้

1. **กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย**
   สนับสนุนสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยการพัฒนาข้อเสนอผลักดันให้เกิดกลไกการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ เพราะนโยบายและกฎหมายเป็นเครื่องมือหลักที่ใช้ในการขับเคลื่อนเพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งการดำเนินงานตามกลไกนี้ สสส. เน้นการสร้างความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ทุกภาคส่วน และทุกระดับ ทั้งระดับพื้นที่และระดับชาติ เช่น มาตรการหลักเกณฑ์ การห้ามโฆษณาผ่านโซเชียลมีเดีย ซึ่งเป็นสื่อสมัยใหม่ที่มีอิทธิพลมากในยุคนี้ การห้ามโฆษณาในรูปแบบต่าง ๆ และกิจกรรมส่งเสริมการขาย

ทุกรูปแบบ มาตรการจำกัดจำนวนใบอนุญาต/เพิ่มค่าธรรมเนียม กำหนดหลักเกณฑ์ในการขอ/ต่อใบอนุญาต และอัตราโทษ การขึ้นภาษี และปกป้องการแทรกแซงนโยบายแอลกอฮอล์จากการค้าเสรี และมาตรการเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (demand side) ของประชาชน

2. **กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร**
   สนับสนุนศูนย์ศึกษาวิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพัฒนางานวิจัยและวิชาการเพื่อสนับสนุนการผลักดันนโยบาย การขับเคลื่อนทางสังคม และการสื่อสารสาธารณะ โดยทำงานร่วมกับภาคีวิชาการร่วมกันในการสนับสนุน/ให้ทุนสำหรับภาคีเพื่อการสร้างองค์ความรู้ที่ตอบการสนองการขับเคลื่อนนโยบายและการทำงานในพื้นที่ ตลอดจนการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อกำกับติดตามสถานการณ์และการประเมินผล
3. **กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์**
   สนับสนุนสำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า (สคล.) ประชาคมงดเหล้าระดับภูมิภาคและระดับจังหวัด เพื่อดำเนินกิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายต่าง ๆ เช่น เครือข่ายคนหัวใจหิน (คนงดเหล้าครบพรรษา) และคนเลิกเหล้าตลอดชีวิต (คนหัวใจเพชร) และยกระดับเป็นนักรณรงค์ชวนคนเลิกเหล้าในองค์กรต่างๆ เช่น โรงเรียน โรงงาน หน่วยงานราชการ สถานประกอบการ เป็นต้น อย่างต่อเนื่อง และเป็นกลไกสำคัญในการรณรงค์งดเหล้าตามเทศกาลและงานบุญประเพณีต่าง ๆ

   นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนศูนย์ปรึกษาปัญหาการเลิกสุราและการเสพติด (1413 สายด่วนเลิกสุราและการเสพติด) และสนับสนุนสมาคมรักชุมชนการขับเคลื่อนการดูแลผู้มีปัญหาสุราในชุมชนโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน
4. **กลุ่มแผนงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด**
   สนับสนุนศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเป็นศูนย์วิชาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดและเพื่อให้เกิดการพัฒนางานวิชาการอย่างต่อเนื่องทันต่อสถานการณ์ปัญหาของยาเสพติด และมูลนิธิศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ เพื่อจัดทำฐานข้อมูลเครือข่ายภาคประชาชนที่ดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการแก้ไขปัญหาและมีแกนนำภาคประชาชนที่ขับเคลื่อนงานในระดับพื้นที่

   นอกจากนี้ แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดได้สนับสนุนการทำงานเพื่อให้เกิดการบูรณาการงานร่วมกัน โดยเฉพาะแผนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงหลักและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม ดังนี้

   - มุ่งเน้นบูรณาการทำงานระหว่างภาคีเครือข่ายภายในแผนฯ เพื่อหนุนเสริมการทำงานร่วมกัน และบูรณาการการทำงานร่วมกับแผนควบคุมยาสูบ โดยจัดประชุมภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเป็นระยะ เพื่อร่วมกันกำหนดยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด กลุ่มเป้าหมาย และมีการจัดทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อ กำหนดพื้นที่ดำเนินงานของแต่ละภาคีเพื่อใช้ประกอบการคัดเลือกพื้นที่และเชื่อมการทำงานร่วมกัน รวมทั้งวางแผนการสื่อสารสังคม ในด้านที่เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสิ่งเสพติด โดยมีเป้าหมายร่วมอยู่ที่การส่งเสริมและรณรงค์ให้ประชาชนในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย มีการ ลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยง และการรู้เท่าทัน
   - ร่วมกับแผนการทำงานภายใน เพื่อร่วมกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) (แผนควบคุมยาสูบ แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม แผนสุขภาวะชุมชน แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และแผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ) โดยมุ่งเป้าให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับผลลัพธ์ที่ระดับประชาชน ด้วยการส่งเสริมให้ประชาชนมีการลดพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสิ่งเสพติด

- ร่วมกับแผนต่าง ๆ พัฒนานวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อการสื่อสารที่ส่งเสริมพฤติกรรมการลด ละ เลิก การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด (แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ และแผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะ)
- ร่วมกับแผนต่าง ๆ จัดการความรู้และถอดบทเรียนการส่งเสริมพฤติกรรมการลด ละ เลิก การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสิ่งเสพติด ในสถาบันการศึกษา ชุมชน และองค์กรต่าง ๆ เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสิ่งเสพติด โดยแผนฯ จะนำองค์ความรู้และบทเรียนความสำเร็จที่เกิดขึ้นไปใช้ขยายผลโดยประสานการทำงานร่วมกับแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร แผนสุขภาวะชุมชน แผนควบคุมยาสูบ แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ และแผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะ
- พัฒนางานสื่อสารด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสิ่งเสพติด ร่วมกับแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะด้วยการสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสิ่งเสพติด และก่อให้เกิดความตื่นตัว/ รู้เท่าทันต่อสถานการณ์พิษภัยของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนค่านิยม ทัศนคติ และพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อลด ละ เลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผ่านช่องทางการสื่อสารสาธารณะในรูปแบบต่าง ๆ โดยเฉพาะช่องทางออนไลน์ และแพลตฟอร์มต่าง ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในยุคปัจจุบัน และขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้กว้างขวางขึ้น

ภาคีหลัก

1. **ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์** อาทิ
   - สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค
   - กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
   - กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง
   - กระทรวงยุติธรรม
   - กรมพลศึกษา กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา
   - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
   - สำนักเฝ้าระวังทางวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรม
   - สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ
   - กรุงเทพมหานคร
   - เครือข่ายหมออนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า (สคล.)
- มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล
- มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
- สมาคมฮักชุมชน
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ศวส.)
- คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- มหาเถรสมาคม และเครือข่ายพระภิกษุสงฆ์
- ภาคธุรกิจและองค์กรเอกชน
- มูลนิธิเด็ก เยาวชน และครอบครัว
- เครือข่ายละครเฉพาะกิจเธียร์เตอร์
- ศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด (1413 สายด่วนเลิกเหล้า)

2. **ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด** อาทิ
   - สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.)
   - กระทรวงยุติธรรม (กรมราชทัณฑ์ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กรมคุมประพฤติ)
   - กระทรวงมหาดไทย
   - สำนักงานตำรวจแห่งชาติ (กองบัญชาการตำรวจปราบปรามยาเสพติด)
   - กระทรวงศึกษาธิการ
   - กระทรวงสาธารณสุข (กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต และสนง.คณะกรรมการอาหารและยา)
   - กระทรวงการคลัง (กรมศุลกากร)
   - กรุงเทพมหานคร
   - ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ศศก.)
   - มูลนิธิศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ
   - เครือข่ายพระภิกษุสงฆ์
   - เครือข่ายองค์กรงดเหล้า (สคล.)
   - เครือข่ายภาคีรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่
   - เครือข่ายภาคีภาคประชาชนของ ป.ป.ส.

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
กลุ่มแผนงานพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย	30.00
กลุ่มแผนงานพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร	25.00
กลุ่มแผนงานพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์	262.00
กลุ่มแผนงานการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด	10.00
การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	3.00
รวม	**330.00**



แผน 3

แผนการจัดการความปลอดภัย และปัจจัยเสี่ยงทางสังคม

สถานการณ์และแนวโน้ม

ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

การสร้างความปลอดภัยทางถนนต้องอาศัยความร่วมมือและการบูรณาการจากหลายภาคส่วน เพื่อร่วมกันทำให้เกิดการลดความสูญเสียของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนลงให้ได้ สำหรับประเทศไทย ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) เป็นหน่วยงานหลักในการบูรณาการการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนของประเทศ และปัจจุบันได้จัดทำ “แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565 – 2570” ซึ่งเป็นแผนฉบับที่ 5 ของประเทศ โดยได้พิจารณากรอบการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนระดับโลก ซึ่งประกอบด้วย 5 เสาหลัก มาใช้ประกอบการจัดทำแผน คือ (1) การบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน และการจัดการข้อมูล การติดตามและประเมินผล และการศึกษาวิจัย (2) ถนนและการสัญจรอย่างปลอดภัย (3) ยานพาหนะที่ปลอดภัย (4) ผู้ใช้รถใช้ถนนอย่างปลอดภัย และ (5) การตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุ รวมไปถึงการพิจารณาประเด็นที่ผู้เชี่ยวชาญต่างประเทศให้ความสนใจ ประกอบด้วย การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน การสื่อสารสาธารณะ และการเข้าร่วมของชุมชนและการสัญจรที่ปลอดภัยและการเดินทางที่ไม่ใช้ยานยนต์ และอีก 1 ประเด็นภาพรวม (Cross-cutting) คือ ประเด็นการจัดการความเร็ว โดยแต่ละประเด็นได้ถูกบรรจุในยุทธศาสตร์และกลยุทธ์โดยมีการกำหนดตัวชี้วัด และมาตรการแนะนำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเอาไว้ สำหรับเป้าหมายและยุทธศาสตร์การทำงานของแผน มีดังนี้

เป้าหมาย (ตัวชี้วัดระดับผลลัพธ์) ประกอบด้วย 1) ลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในปี 2570 เหลือ 8,474 คน หรือ 12 คนต่อประชากรแสนคน และ 2) ลดจำนวนผู้บาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุทางถนนในปี 2570 เหลือ 106,376 คน

ยุทธศาสตร์ 4 ด้านสำคัญ ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ที่ 1 มุ่งเป้าลดการเสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัสของผู้ใช้รถใช้ถนน (ประกอบด้วย 2 กลยุทธ์) ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยกระดับมาตรฐานด้านความปลอดภัยของยานพาหนะ (ประกอบด้วย 3 กลยุทธ์) ยุทธศาสตร์

ที่ 3 พัฒนาสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและการเดินทางที่ยั่งยืน (ประกอบด้วย 4 กลยุทธ์) และ ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนารากฐานโครงสร้างการทำงานด้านความปลอดภัยทางถนน (ประกอบด้วย 7 กลยุทธ์)

จากเป้าหมายและยุทธศาสตร์ของแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน ฉบับที่ 5 นี้ ต้องการความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง รวมถึง สสส. เพื่อการบรรลุเป้าหมายที่ตั้งเอาไว้อย่างท้าทาย โดยหากพิจารณาถึงสถานการณ์และแนวโน้มการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนปัจจุบัน รวมไปถึงองค์ประกอบและประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ มีประเด็นที่ควรนำมาวิเคราะห์เพื่อประกอบการทำงานดังนี้

ข้อมูลการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในช่วง 12 ปี (ปี 2554 - 2565) จากข้อมูลการเสียชีวิต 3 ฐานของประเทศ **พบว่ามีจำนวนผู้เสียชีวิตลดลงคิดเป็น ร้อยละ 21** จากปี 2554 ซึ่งมีผู้เสียชีวิต 21,996 คน หรือคิดเป็น 34.27 คนต่อประชากรแสนคน โดยข้อมูลการเสียชีวิตล่าสุดในปี 2565 พบมีผู้เสียชีวิต 17,379 คน หรือคิดเป็น 26.65 คนต่อประชากรแสนคน ซึ่งข้อมูลการเสียชีวิตของปี 2565 ยังสูงกว่าค่าเป้าหมายในแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนฉบับที่ 5 คือ ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเท่ากับ 22.86 คนต่อประชากรแสนคน อย่างไรก็ตามถือว่าประเทศไทยสามารถลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลงได้เป็นลำดับ แต่ยังคงต้องเร่งหากลยุทธ์และแนวทางการทำงานเพื่อยกระดับของงานให้สัมฤทธิ์ผลได้รวดเร็วขึ้น อีก อุบัติเหตุทางถนนยังมีผลกระทบในเชิงเศรษฐกิจของประเทศโดยจากการศึกษาของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจจากปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยคาดประมาณไว้สูงถึง 545,435 ล้านบาทต่อปี และหากพิจารณารายจังหวัดโดยเฉพาะ 10 จังหวัดที่มีมูลค่าความสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนนสูงที่สุด พบว่า ส่วนใหญ่มีสัดส่วนความสูญเสียต่อระบบเศรษฐกิจสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศที่ร้อยละ 5.9 ของ GDP เช่น กรุงเทพมหานคร ชลบุรี และสงขลา มีขนาดเศรษฐกิจสูง 20 อันดับแรกของประเทศ แต่ต้องสูญเสียให้กับอุบัติเหตุทางถนนสูงเช่นกัน แสดงให้เห็นถึงการจำเป็นต้องมีการกระจายอำนาจการบริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนไปยังระดับพื้นที่พร้อมกับการจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ ให้เพียงพอต่อการแก้ปัญหา

ในส่วนสถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน อายุ 10-19 ปี พบแนวโน้มที่ลดลงถึงร้อยละ 44 โดยลดลงตามลำดับ ตั้งแต่ปี 2560 จนถึงปี 2565 โดยพบผู้เสียชีวิต 3,336 คน ในปี 2560 และ 2,975 คน 2,945 คน 2,318 คน 1,897 คน และ 1,869 คน ในปี 2561 จนถึงปี 2565 ตามลำดับ โดยในกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 10-19 ปี ที่ทราบพาหนะ ในปี 2554 - 2564 มีจำนวน 18,504 ราย พบว่า รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะที่มีการใช้มากที่สุดของผู้เสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 88 และมีแนวโน้มสัดส่วนเพิ่มขึ้นทุกปี กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค ได้คาดการณ์แนวโน้มการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของกลุ่มเด็กและเยาวชน 10-19 ปี โดยการวิเคราะห์อนุกรมเวลา (time series) ว่าหากไม่มีการเร่งจัดการเพื่อสร้างความปลอดภัยทางถนนและป้องกันเด็กและเยาวชนจากอุบัติเหตุในปี 10 ปีข้างหน้า (ปี 2564-2573) จะมีเด็กและเยาวชนเสียชีวิตเพิ่มอีก 30,204 คน และหากสามารถลดการเสียชีวิตลงได้ปีละ ร้อยละ 5 ในระยะเวลา 10 ปี จะช่วยชีวิตเด็กและเยาวชนไทยที่เป็นอนาคตของชาติและเป็นกลุ่มที่เป็นดั่งแก้วตาดวงใจของพ่อแม่ผู้ปกครอง รวมถึงครูได้ถึง 9,675 คน ซึ่งการลดการเสียชีวิตในกลุ่มนี้จะช่วยให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายตามแผนแม่บทได้เร็วขึ้น

ปัจจุบัน**จำนวนรถจักรยานยนต์ที่จดทะเบียนสะสมของไทยเท่ากับ 22,361,257 คัน** (ข้อมูลกรมการขนส่งทางบก วันที่ 31 พฤษภาคม 2566) คิดเป็นมากกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนพาหนะทุกประเภทที่จดทะเบียน และ**ร้อยละ 70-80 ของการเกิดอุบัติเหตุและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน**ก็ยังอยู่ในกลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์เช่นกัน และพบด้วยว่าในกลุ่มที่บาดเจ็บและเสียชีวิตนี้มีการบาดเจ็บที่ศีรษะสูง ซึ่งสัมพันธ์กับการไม่สวมหมวกนิรภัย สสส. ได้สำรวจอัตราการสวมหมวกนิรภัย โดยสนับสนุนให้มูลนิธิไทยโรดส์ (ThaiRoads) สำรวจ พบว่า อัตราการสวมหมวกนิรภัยโดยเฉลี่ย 10 ปี (ปี 2553-2562) ภาพรวมอยู่ที่ร้อยละ 44 หากแยกเฉพาะผู้ขับขี่อยู่ที่ร้อยละ 52 ส่วนคนซ้อนท้ายร้อยละ 21 ถือเป็นอัตราที่ยังไม่สูงนัก แต่หากแยกสำรวจในเฉพาะเขตหรือพื้นที่ที่มีการทำงานและรณรงค์เข้มข้นจะสูง อาทิ พื้นที่นิคมอุตสาหกรรมบางแห่ง สูงถึง

ร้อยละ 70 พื้นที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือในบางโรงเรียนสวมหมวกนิรภัยถึงร้อยละ 100 พื้นที่ของท้องถิ่นบางแห่งสวมหมวกนิรภัยถึงร้อยละ 70-80 และมีบางพื้นที่จังหวัดที่มีความน่าสนใจ อาทิ จังหวัดเชียงใหม่ ใน 5 อำเภอ เป็นพื้นที่ควบคุมเข้มข้นด้วยกล้อง CCTV ที่มีการติดตั้งระบบ AI ตรวจจับหมวกนิรภัยตามสี่แยกไฟแดง ข้อมูลพบว่า มีการสวมหมวกนิรภัยสูงขึ้นชัดเจนจากร้อยละ 54.54 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 83.90 ระบบหรือเทคโนโลยีจะเป็นตัวช่วยสำคัญที่จะช่วยให้เพิ่มอัตราการสวมหมวกนิรภัยให้สูงขึ้นไปอีกได้ อย่างไรก็ดี หากมองลึกลงไปที่รากปัญหา จะพบสาเหตุหรือปัจจัยเชิงโครงสร้าง อาทิ ระบบการจัดการสภาพแวดล้อมทั้งเรื่องถนนและยานพาหนะ สังคมยังมีทัศนคติต่ออุบัติเหตุทางถนนว่าเป็นเรื่องเคราะห์กรรม ไม่สามารถป้องกันได้ มีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงข้อมูล การใช้ระบบขนส่งสาธารณะที่ปลอดภัย ฯลฯ

ศูนย์วิจัยอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย สถาบันเทคโนโลยีแห่งเอเชีย ค้นพบจากการศึกษาวิจัยว่า สาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์นั้น เกิดจากทั้งผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์และผู้ขับขี่รถยนต์ที่เป็นคู่กรณีในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน แต่สาเหตุที่เกิดจากความผิดพลาดของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์นั้น พบว่า ร้อยละ 50 เกิดจากความผิดพลาดของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในการประเมินสถานการณ์ (Perception Failure) รองลงมาได้แก่ ความผิดพลาดในการตัดสินใจเมื่อต้องเผชิญหน้ากับสถานการณ์ฉุกเฉิน (Decision Failure) และความผิดพลาดในการควบคุมรถ (Reaction Failure) ส่วนในอุบัติเหตุที่มีความรุนแรงถึงขั้นมีผู้เสียชีวิตนั้น พบว่า ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์มีความผิดพลาดในการประเมินสถานการณ์ (Perception Failure) สูงถึงร้อยละ 62 และพบว่า ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ที่ประสบอุบัติเหตุมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มเยาวชน อายุ 15-24 ปี โดยมีสัดส่วนในการเกิดอุบัติเหตุในช่วงกลางคืนสูงถึงร้อยละ 44

จากข้อมูลประสบการณ์การประสบอุบัติเหตุของไรเดอร์ พบว่า เคยประสบอุบัติเหตุ 1-4 ครั้ง มากที่สุด ร้อยละ 65.96 รองลงมาก็คือ 5-10 ครั้ง ถึงร้อยละ 17.72 อีกทั้งข้อมูลจากศูนย์วิจัยกสิกรไทย พบว่า 1 ใน 3 ของไรเดอร์ประสบอุบัติเหตุระหว่างทำงาน และกว่าร้อยละ 40 เป็นการบาดเจ็บสาหัส บางรายถึงขั้นเสียชีวิต อีกทั้งข้อมูลการศึกษาการเกิดอุบัติเหตุทางถนน “Comparative Study: Behaviors of Occupation-related Motocyclists with Road Traffic Injuries Bang Rak district” โรงพยาบาลเลิดสิน พบว่ามีจำนวนชั่วโมงการขับขี่เฉลี่ยต่อวันในกลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง ประมาณ 6 ชั่วโมงต่อวัน และในกลุ่มไรเดอร์ ประมาณ 8 ชั่วโมงต่อวัน ในขณะที่ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุพบว่า ความเร็วเฉลี่ยขณะเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง มากกว่า 61 กิโลเมตรต่อชั่วโมง ถึงร้อยละ 54 ขณะที่ในกลุ่มไรเดอร์ ช่วง 41-60 กิโลเมตรต่อชั่วโมง ถึงร้อยละ 59.5 และการดูโทรศัพท์ขณะเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มไรเดอร์ สูงถึงร้อยละ 86.5 รวมถึงการคุยโทรศัพท์ขณะเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง ร้อยละ 16.2 และในกลุ่มไรเดอร์ สูงถึงร้อยละ 37.8 กลุ่มไรเดอร์จึงเป็นกลุ่มเฉพาะที่จะต้องเร่งดำเนินการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงมากขึ้น

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลกล่าวว่า ในปี 2565 อัตราการเพิ่มประชากรจะใกล้เคียงกับศูนย์ คือ อัตราการเกิดในแต่ละปีมีจำนวนที่ใกล้เคียงกับอัตราการตายในแต่ละปี ส่งผลให้ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุในอนาคต โดยประชากรในวัยเด็กจะลดลงในขณะเดียวกันประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบสำคัญต่อการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศในอนาคต กลุ่มผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มสำคัญที่ต้องเฝ้าระวังในเรื่องสุขภาพรวมไปถึงการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งอาจมีสาเหตุที่มาจากการหย่อนสมรรถนะของร่างกาย และจากสถิติการเกิดอุบัติเหตุในหลายจังหวัดก็เริ่มพบกลุ่มผู้สูงอายุที่ทยอยเพิ่มขึ้น และต้องเร่งป้องกันกลุ่มเด็กและเยาวชนที่จะเป็นกำลังสำคัญของชาติต่อไป

สรุปผลการดำเนินงานที่สำคัญของปีที่ผ่านมา

สสส. และภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ได้ร่วมบูรณาการการทำงานเพื่อทำให้เกิดการเชื่อมประสานกันทั้งในแนวดิ่งและแนวราบ ขยายและยกระดับการทำงานของบทเรียนและต้นแบบที่สามารถช่วยแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุและสร้างให้เกิดวัฒนธรรมการขับขี่ที่ดีในระดับพื้นที่ อาทิ การขยายผลต้นแบบกลไกการทำงานของจังหวัดที่บูรณาการลงถึงระดับอำเภอผ่านกลไก ศปถ. การขยายผลศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้นแบบด้านความปลอดภัยทางถนนที่เชื่อมโยงถึงการสร้าง

ต้นแบบตำบลขับขี่ปลอดภัยที่ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องเข้ามาร่วมแก้ไขปัญหาอย่างน้อยที่สุดคือการแก้ไขจุดเสี่ยงจนไปถึงการมีแผนของท้องถิ่นที่จะแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง อีกทั้งยังทำให้เกิดพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัยทั้งเรื่องการสวมหมวกนิรภัยและการคาดเข็มขัดนิรภัยในทั้งเด็ก ครู พ่อแม่ผู้ปกครอง รวมทั้งยังเน้นการขยายผลการทำงานในระดับอำเภอเพื่อให้มีการมุ่งทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาในอำเภอที่มีจำนวนครั้งของการเกิดอุบัติเหตุและเสียชีวิตสูงรวมถึงการขยายผลและการบูรณาการเพื่อให้เกิดตำบลขับขี่ปลอดภัยร่วมกับแผนสุขภาวะชุมชน และการขยายผลการสร้างค่านิยมการขับขี่ที่ถูกต้อง อาทิ การดื่มแล้วขับถือว่าไม่รับผิดชอบต่อสังคมและเพื่อนร่วมทาง เพราะจะส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุและให้เกิดความสูญเสียที่จะตามมาอีกหลายด้าน เป็นต้น และเน้นการพัฒนาศักยภาพทั้งในระดับกลไกการทำงาน ระดับผู้ปฏิบัติงาน และระดับบุคคล เพื่อเร่งให้เกิดการปฏิบัติงานได้ตามนโยบายของหน่วยงานหลักต่าง ๆ และส่งเสริมให้มีศักยภาพในการจัดทำข้อมูลวิชาการ วิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการขับเคลื่อนงาน ทั้งในระดับนโยบาย ระดับหน่วยงาน องค์กร ระดับชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการประชุมสำคัญ การประชุมแบบไม่เป็นทางการ ลงไปถึงการคืนข้อมูลให้กับชุมชนและประชาชนในพื้นที่

ส่งเสริมให้เกิดการกำกับติดตามการทำงานและส่งสัญญาณจากภาคนโยบายลงไปถึงผู้ปฏิบัติงานทั้งในระดับหน่วยงานระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล รวมถึงการร่วมกับหน่วยงานภาคนโยบายภาครัฐที่สำคัญขับเคลื่อนให้เกิดความปลอดภัยในกลุ่มคนเดินเท้า โดยเฉพาะการข้ามทางม้าลายให้มีความปลอดภัย ดังจะเห็นความเปลี่ยนแปลง การจัดการของหน่วยงานต่าง ๆ โดยเฉพาะ กทม. ถือเป็นองค์กรที่น่าชื่นชมที่สร้างความเปลี่ยนแปลงในเชิงกายภาพและเทคโนโลยีได้มากและผู้บริหารของ กทม. ได้ให้ความสำคัญและมีความมุ่งมั่นสูงที่จะแก้ไข รวมถึงการสร้างกระแสของการจับตากันในสังคมออนไลน์โดยการขับเคลื่อนการสร้าง “อาสาตาจราจร” โดยมูลนิธิเมาไม่ขับ ร่วมกับสำนักงานตำรวจแห่งชาติ และเครือข่ายภาคเอกชนที่สนับสนุนงบประมาณให้กับประชาชนที่ช่วยกันสอดส่องดูแลความปลอดภัยทางถนน ส่งคลิปการขับขี่ที่ผิดกฎจราจรให้กับเจ้าหน้าที่ตำรวจได้นำไปใช้ประกอบการดำเนินการทางกฎหมายต่อไป อีกทั้งยังรวมไปถึงการร่วมพัฒนาและสนับสนุนให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนของสำนักงานตำรวจแห่งชาติในระบบต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นระบบ Crimes ระบบ PRS ระบบ PTM ระบบ TPCC จากที่กล่าวมาเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนงานของแผนที่จะเป็นบทเรียนและแนวทางประกอบการดำเนินงานในปี 2567 ต่อไป ที่จะมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ป้องกันและให้ความรู้ในกลุ่มเด็กและเยาวชน ขยายการทำงานในสถานศึกษา และเลือกทำงานในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุและการเสียชีวิต รวมไปถึงการสร้างความตระหนักและส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยเพื่อป้องกันเมื่อเกิดอุบัติเหตุและยกระดับการทำงานโดยนำระบบและเทคโนโลยีเข้ามาช่วยสนับสนุนการกำกับติดตามพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุ รวมไปถึงการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานองค์กรและภาคเอกชนและภาคประชาสังคมต่อไป

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

ในมุมมองของคนทั่วไป การพนันเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต ไม่มีที่ไหนไม่เล่นการพนัน การเล่นพนันเป็นครั้งคราวเพื่อความบันเทิง ความตื่นเต้น การเสี่ยงโชคเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ไม่ได้ส่งผลเสียหาย จึงไม่ได้ถูกมองว่าเป็นปัญหา ยกเว้นกลุ่ม ‘ผีพนัน’ คนที่หมกมุ่นหรือแสวงหาที่จะเล่นพนันตลอดเวลา ทุกรูปแบบ เล่นจนเกิดปัญหาก็ยังไม่ยอมหยุด ไม่ยอมเลิก แม้ตั้งใจจะเลิกแต่พอถึงเวลาก็กลับไปเล่นพนันอีก อาการเหล่านี้ งานวิจัยในต่างประเทศเผยให้เห็นว่าเป็นอาการของ ‘**การเล่นพนันแบบเป็นปัญหา** (Problem Gambling)’ ที่อาจกลายเป็น ‘**โรคติดพนัน** (Pathological Gambling)’ โรคทางจิตเวช กลุ่มความผิดปกติเกี่ยวกับการเสพติด เช่นเดียวกับการติดเกม ติดอินเทอร์เน็ต และผู้ติดพนันอาจก่อผลกระทบต่อครอบครัวและคนใกล้ชิดระหว่าง 10-17 คน[30] ทั้งนี้ รายงานสถานการณ์การพนัน

30 วิทยากร เชียงกูล. (2562). “เสพติดพนัน ความใหญ่โตของปัญหาและแนวทางแก้ไข”. ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน.

ในสังคมไทย ปี 2564 โดยศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน ที่ทำการสำรวจประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศ พบว่า ปี 2564 มีคนไทยเล่นการพนัน ร้อยละ 59.6 และร้อยละ 15.1 ของคนเล่นพนัน หรือประมาณ 4.88 ล้านคน ระบุว่าได้รับผลกระทบทางลบจากการเล่นพนัน ได้แก่ ขาดเงินใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 60.7) มีปัญหาความเครียด/เสียสุขภาพจิต (ร้อยละ 45.4) มีหนี้สินที่เกิดจากการเล่นพนัน (ร้อยละ 23.9) เสียเวลาทำงาน/การเรียน (ร้อยละ 22.9) สุขภาพร่างกายเสื่อมโทรม (ร้อยละ 16.6) มีปากเสียงทะเลาะกับคนในครอบครัว (ร้อยละ 15.9) และอื่น ๆ นอกจากนั้น ผลการสำรวจโดยประยุกต์ใช้ ‘แบบทดสอบดัชนีความรุนแรงของการเล่นพนันแบบเป็นปัญหา (the Problem Gambling Severity Index: PGSI)’ ซึ่งเป็นเครื่องมือเดียวกับกรมสุขภาพจิต จากการประมาณการณ์พบว่าคนที่เข้าข่ายเป็นนักพนันที่เป็นปัญหามีประมาณ 3.51 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นเด็กอายุ 15-18 ปี ประมาณ 0.13 ล้านคน เยาวชนอายุ 19-25 ปี ประมาณ 0.47 ล้านคน และผู้สูงวัยอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 0.23 ล้านคน

การศึกษาพฤติกรรมการเล่นพนันออนไลน์ในกลุ่มคนรุ่นใหม่ [31] ปี 2566 ที่ทำการสำรวจประชากรอายุ 15-25 ปีทั่วประเทศ พบว่า คนรุ่นใหม่ทุกคนใช้สื่อออนไลน์ เฉลี่ยต่อวัน 10.07 ชั่วโมง โดยกลุ่มอายุ 15-18 ปี ใช้เฉลี่ยวันละ 10.30 ชั่วโมง และอายุ 19-25 ปี ใช้เฉลี่ย 10.00 ชั่วโมงต่อวัน สำหรับการเล่นพนันออนไลน์ ประมาณการว่าในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมามีคนรุ่นใหม่เล่นพนันออนไลน์ 2,995,634 คน แบ่งตามกลุ่มอายุเป็น อายุ 15-18 ปี 0.46 ล้านคน และอายุ 19-25 ปี 2.53 ล้านคน แบ่งตามเพศเป็น เพศชาย 1.77 ล้านคน และเพศหญิง 1.23 ล้านคน ด้านประสบการณ์พบเห็นโฆษณา/ได้รับการชักชวนให้เล่นพนันออนไลน์ พบว่า ร้อยละ 88 เคยพบเห็นโฆษณา/ถูกชักชวนให้เล่นพนันออนไลน์ ในจำนวนนี้ ร้อยละ 51 ถูกชักชวนผ่านช่องทางออฟไลน์ และร้อยละ 99.5 ถูกชักชวนผ่านช่องทางออนไลน์ ผลจากการพบเห็นโฆษณามีการตอบสนองโดย ลองคลิ๊ก/เข้าไปดูโฆษณา ร้อยละ 26 ลองเข้าไปเล่น ร้อยละ 14 แชร์/บอกต่อ ร้อยละ 1.2 ทั้งนี้มีถึงร้อยละ 44 ที่ระบุว่าการพบเห็นโฆษณาทำให้มีความรู้สึกอยากลองเล่นพนัน เมื่อสอบถามความคิดเห็นต่อการพนันออนไลน์ ประกอบด้วย ช่องทางเข้าถึงพนันออนไลน์ เห็นว่า หาช่องทางการเล่นได้ไม่ยาก และ สะดวกกว่าเล่นออฟไลน์ ในสัดส่วนเท่ากัน คือร้อยละ 82 สื่อออนไลน์กับการกระตุ้น การโฆษณาของเว็บพนันทำให้คนเล่นพนันมากขึ้น ร้อยละ 76 สื่อออนไลน์ทำให้มีข้อมูลเล่นพนันมากขึ้น ร้อยละ 75 การโฆษณาของบุคคลที่มีชื่อเสียงทำให้คนเล่นพนันมากขึ้น ร้อยละ 65 สื่อออนไลน์ทำให้เจอเพื่อนที่เล่นพนันด้วยกันง่ายขึ้น ร้อยละ 64 ผลกระทบ ทำให้ติดพนันง่ายขึ้น ร้อยละ 76 ติดง่ายกว่าเล่นออฟไลน์ ร้อยละ 72 มีโอกาสเสียเงินจำนวนมากกว่าออฟไลน์ ร้อยละ 69 การป้องกัน ควรมีกฎหมายควบคุมที่รัดกุมขึ้น ร้อยละ 74 โฆษณาพนันออนไลน์เป็นเรื่องปกติไม่จำเป็นต้องบล็อกหรือแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 35 และสภาพแวดล้อม พบว่า ร้อยละ 97 มีคนรู้จักเล่นพนัน และร้อยละ 93 มีคนรู้จักเล่นพนันออนไลน์

ด้านกฎหมาย โดยภาพรวมรัฐให้ความสำคัญกับการปกป้องเด็กและเยาวชนมากขึ้น เห็นได้จาก พ.ร.บ. สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562 เพิ่มบทกำหนดโทษ ผู้ขายสลากกินแบ่งรัฐบาลในสถานศึกษา และผู้ขายสลากกินแบ่งรัฐบาลแก่บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์ หรือก่อนหน้านั้น คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 46/2559 (แก้ไขเพิ่มเติม คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 22/2558 เรื่อง “มาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการแข่งรถยนต์และรถจักรยานยนต์ในทาง และการควบคุมสถานบริการหรือสถานประกอบการที่เปิดให้บริการในลักษณะที่คล้ายกับสถานบริการ”) ได้ปรับเพิ่มข้อความเกี่ยวกับการพนันไว้ว่า “ยินยอมหรือปล่อยปละละเลยให้มีการเล่นการพนันอันเป็นความผิดตามกฎหมายว่าด้วย การพนันในสถานที่ของตน” เพื่อให้เกิดการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัดของหน่วยราชการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการทำหน้าที่ควบคุมไม่ให้มีการกระทำความผิดตามกฎหมายรวมถึงการเล่นพนันในสถานที่ของตนเอง

31 ธน หาพิพัฒน์. (2566). “รายงานโครงการการศึกษาพฤติกรรมการเล่นพนันออนไลน์ในกลุ่มคนรุ่นใหม่”. ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน.

ด้านนโยบาย ทั้งผู้กำหนดนโยบายและหน่วยงานภาครัฐให้ความสำคัญกับผลกระทบจากการพนันเพิ่มมากขึ้น เห็นได้จากรายงานผลการพิจารณาญัตติเรื่อง การศึกษาการเปิดสถานบันเทิงแบบครบวงจร (Entertainment Complex) การจัดเก็บรายได้และภาษีจากธุรกิจกาสิโนถูกกฎหมาย และมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาบ่อนการพนันผิดกฎหมาย การแพร่ระบาดของตู้เกมพนันไฟฟ้าและการพนันออนไลน์ได้นำเสนอประเด็นการป้องกันและแก้ไขปัญหาผลกระทบ ซึ่งครอบคลุมถึงผลกระทบทางสังคมและสุขภาพ แต่ยังขาดรูปธรรมและกลไกที่ชัดเจน แตกต่างจากประเทศที่อนุญาตให้มีการเล่นพนันโดยถูกกฎหมายส่วนใหญ่ที่มีบทบัญญัติควบคุมการพนันที่เข้มงวด เช่น พ.ร.บ. การพนัน ค.ศ. 2005 (Gambling Act 2005) ของสหราชอาณาจักร ระบุวัตถุประสงค์หลัก 3 ประการ ได้แก่ 1) การพนันจะต้องปราศจากความเกี่ยวข้องกับการก่ออาชญากรรมอื่น กระทำด้วยความซื่อสัตย์ และมีกลไกป้องกันและลดผลกระทบ 2) ผู้เล่นการพนันจะต้องได้รับทราบข้อมูลและสามารถมั่นใจได้ว่าจะไม่ถูกเอาเปรียบ และ 3) จะต้องมีบทบัญญัติคุ้มครองเด็กและเยาวชน และบุคคลที่ขาดความสามารถในการปกป้องตนเอง รวมถึงออกแบบให้มี ‘คณะกรรมการกำกับกิจการพนัน (Gambling Commission)’ ทำหน้าที่กำหนดแนวทางปฏิบัติให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน้าที่ ‘ออกใบอนุญาตให้มีการเล่นพนันบางประเภท’ กำกับดูแลการจัดบริการของธุรกิจการพนันให้มีความสมดุลกับการปกป้องผู้เล่น เยาวชน และสังคมโดยรวม รวมถึงต้องจัดให้มีบริการสำหรับผู้มีปัญหาติดการพนันด้วย

จุดเน้นของแผน

แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม มีจุดเน้น 5 ด้าน ตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์และห่วงโซ่ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยทางถนน (CoO5) โดยมุ่งสนับสนุนการบรรลุตัวชี้วัดของแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน ฉบับที่ 5 ปี พ.ศ. 2565-2570 ดังนี้

1. ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในปี 2570 ไม่เกิน 12 คนต่อประชากรแสนคนหรือไม่เกิน 8,474 คน
2. ผู้บาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุทางถนนในปี 2570 ไม่เกิน 106,376 คน

โดยกำหนดจุดเน้นแต่ละด้าน ดังนี้

ระบบหรือกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในพื้นที่เสี่ยง/กลุ่มเสี่ยง/พฤติกรรมเสี่ยง

1. พัฒนาศักยภาพทั้งกลไกการทำงาน (ศปถ.) ภาคีเครือข่าย พี่เลี้ยง นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติงาน เพื่อลดอุบัติเหตุและการเสียชีวิตจากการใช้รถจักรยานยนต์ในพื้นที่จังหวัดและอำเภอที่มีความเสี่ยง
2. ส่งเสริมการสร้างมาตรการขององค์กร หน่วยงาน ท้องถิ่นชุมชน และสื่อสารประชาสัมพันธ์ ที่สนับสนุนการลดอุบัติเหตุและการเสียชีวิตในพื้นที่อำเภอเสี่ยง พร้อมส่งเสริมให้มีการกำกับติดตามและการรายงานผล (feedback loop) ความเสี่ยงในพื้นที่ เช่น อุบัติเหตุที่เกิดซ้ำซาก พฤติกรรมเสี่ยงสำคัญในพื้นที่ ความเร็ว เด็กและเยาวชน
3. บูรณาการการทำงานในพื้นที่อำเภอและตำบลที่เกิดอุบัติเหตุทางถนนสูง เพื่อลดอุบัติเหตุในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย ลดการดื่มแล้วขับและขับรถเร็วและทางม้าลายปลอดภัยในพื้นที่ และบูรณาการการทำงานกับแผนสุขภาวะชุมชนและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

นโยบายสาธารณะ มาตรการ และกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนที่มีประสิทธิภาพ

1. สนับสนุนการดำเนินการตามนโยบายและมาตรการสำคัญ รวมถึงการติดตามการดำเนินงานตามนโยบายหลักในระดับจังหวัดและอำเภอ ได้แก่ การสวมหมวกนิรภัย ดื่มแล้วขับ และทางม้าลายปลอดภัยและการลดความเร็วในเขตชุมชน และสนับสนุนการรายงานผลในการประชุมสำคัญ เช่น ศปถ.จังหวัด ศปถ.อำเภอ คณะอนุกรรมการบังคับใช้กฎหมายจังหวัด เป็นต้น
2. ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลกำกับติดตามการดำเนินงาน (monitoring) พฤติกรรมเสี่ยงและความเสี่ยงสำคัญ อาทิ การสวมหมวกนิรภัย และส่งเสริมภาครัฐเป็นต้นแบบด้านการสวมหมวกนิรภัย
3. การศึกษาและพัฒนานโยบายให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศ เช่น ความปลอดภัยทางถนนกับความเปลี่ยนแปลงทางนโยบายของประเทศ การจัดการความเร็วในเขตชุมชน การส่งเสริมการใช้รถจักรยานยนต์ไฟฟ้าและลดการใช้รถจักรยานยนต์ที่ใช้น้ำมัน ส่งเสริมการเดินทางหลายรูปแบบ เป็นต้น

ศักยภาพและแนวปฏิบัติของชุมชน องค์กร ภาคีเครือข่าย เด็กและเยาวชน และองค์ความรู้วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน

1. พัฒนาการศึกษาวิจัยที่ทำให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุนในการลงทุนทำงานเพื่อลดอุบัติเหตุ และเป็นโจทย์ที่ตรงกับสถานการณ์บริบทปัญหาของพื้นที่ที่มีความเฉพาะ อาทิ พื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ลดความสูญเสียในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์-ไฟฟ้า คนเดินเท้า/ผู้ใช้จักรยาน/กลุ่มเปราะบาง ประเมินผลมาตรการลดอุบัติเหตุของจังหวัดและพื้นที่
2. พัฒนาองค์ความรู้ส่งเสริมการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความปลอดภัยทางถนนตามกลุ่มเป้าหมาย และพัฒนาเครื่องมือ/ชุดความรู้/หลักสูตรที่ส่งเสริมการคาดการอุบัติเหตุทางถนน (Hazard Perception) สำหรับผู้ใช้รถจักรยานยนต์รวมถึงเด็กและเยาวชน และส่งเสริมการกระจายองค์ความรู้
3. เชื่อมประสานกับแหล่งทุนวิจัยต่าง ๆ เพื่อให้เครือข่ายนักวิจัยนำข้อค้นพบ/โมเดลจากการศึกษานำไปทดลองปฏิบัติการในพื้นที่ และพัฒนาโจทย์วิจัยและร่วมสนับสนุนทุนกับแหล่งทุนอื่นเพื่อสนับสนุนการวิจัยที่ยกระดับการลดอุบัติเหตุและพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการลดอุบัติเหตุ และขยายเครือข่ายนักวิจัยระดับภาค
4. สนับสนุนและพัฒนาภาคีเครือข่ายด้านความปลอดภัยทางถนนเชิงประเด็น และด้านการเตรียมความพร้อมและป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณภัย/ภัยธรรมชาติ/ภัยพิบัติ เช่น อัคคีภัย อุทกภัย การจมน้ำ เป็นต้น รวมถึงการเฝ้าระวังภัยออนไลน์ซึ่งเป็นภัยรูปแบบใหม่ในยุคดิจิทัล

ทัศนคติ ทักษะ และความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความปลอดภัยทางถนนของประชาชนและสังคม

1. สกัดองค์ความรู้เนื้อหา (content) และสาร (message) พัฒนาสื่อที่ทรงพลัง สร้างสรรค์สื่อสารตามช่องทางการใช้สื่อออนไลน์ของแต่ละกลุ่มเป้าหมายให้ตรงจุดและช่วงเวลาการทั้ง Line Facebook Youtube Twitter และเป็นข้อมูลและสารที่ถูกต้องและตรงกันในทุกภาคีเครือข่าย โดยใช้แนวทางการสื่อสารที่เป็นปัจจุบัน ทันสมัย รวดเร็ว และสื่อสารอย่างต่อเนื่อง
2. สื่อสารรณรงค์ในพื้นที่เน้นอำเภอที่มีการเกิดอุบัติเหตุทางถนนสูง พื้นที่ท่องเที่ยว เทศบาลนคร/เทศบาลเมือง หรือตำบลที่การเกิดอุบัติเหตุสูง โดยเชื่อมหน่วยงานท้องถิ่น/ท้องที่เป็นแนวร่วมเพื่อสื่อสารแบบมุ่งเป้าระดับพื้นที่ และส่งเสริมให้ชุมชนและเป็นกลไกเฝ้าระวัง และมุ่งเน้นกลุ่มเสี่ยงและความเสี่ยงใหม่ เช่น กลุ่มไรเดอร์ กลุ่มธุรกิจขนส่งสินค้า กลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ กลุ่มคนเดินเท้า การขายและดื่มสุราในชุมชน
3. พัฒนาและขยายภาคีเครือข่ายร่วมสื่อสารรณรงค์และสร้างความรอบรู้ในกลุ่มเป้าหมาย เน้นเครือข่ายเด็กและเยาวชน influencer สื่อบุคคล สื่อมวลชน กลุ่มธุรกิจผู้ประกอบการขนส่งและโลจิสติกส์ กลุ่มไรเดอร์ และเครือข่ายภาคเอกชนร่วมสร้างมาตรการองค์กรลดอุบัติเหตุในองค์กร
4. พัฒนาสื่อ/ชุดความรู้/หลักสูตร สำหรับกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์และกลุ่มเด็กและเยาวชน ให้มีความรู้ด้านการคาดการณ์อุบัติเหตุ (Hazard Perception) และการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

การลดปัญหาจากการพนัน

1. พัฒนาองค์ความรู้ จัดทำฐานข้อมูลและจัดการความรู้เพื่อเผยแพร่และสื่อสารสาธารณะ และสนับสนุนการพัฒนานโยบาย มาตรการ หรือกลไกดปัญหาจากการพนันที่ทันกับสถานการณ์ของประเทศ
2. สื่อสารรณรงค์ โดยใช้กลยุทธ์การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายหลัก โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชน และใช้ชุดการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเสริมสร้างความรู้เท่าทันการพนัน (Gambling Literacy)
3. สร้างแกนนำคนเลิกพนันและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพนัน และพัฒนาศักยภาพแกนนำนักรณรงค์ เพื่อเป็นเครือข่ายเฝ้าระวังและสื่อสารสร้างความรู้เท่าทันการพนัน
4. เฝ้าระวังสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดการเพิ่มพื้นที่เล่นพนันโดยภาพรวม อาทิ การออกสลากรูปแบบใหม่ การเปิดสถานบันเทิงแบบครบวงจรที่มีคาสิโน กิจกรรมเสี่ยงโชคที่มีลักษณะคล้ายพนัน เป็นต้น

จากจุดเน้นของแผนข้างต้น ประกอบกับกรอบนโยบาย 5 ด้าน ตามที่คณะกรรมการกองทุน สสส. เห็นชอบ จึงสรุปเป็นแนวทางในการจัดทำแผนการดำเนินงานระยะ 1 ปี ดังนี้

1. **ใช้ทิศทางและเป้าหมายกองทุน ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)** เป็นกรอบในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีของแผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม โดยคำนึงถึงแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2565-2570 ที่มุ่งลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลงไม่เกิน 12 คนต่อประชากรแสนคน และนโยบายและกฎหมายสำคัญของหน่วยงานภาครัฐ และดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ห่วงโซ่ผลลัพธ์ของการลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน
2. **สร้างและขยายผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างทั่วถึงและยั่งยืน** แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม มุ่งเน้นบูรณาการทำงานร่วมกับแผนเชิงประเด็น แผนเชิงพื้นที่ แผนเชิงระบบและกลไก และแผนเชิงกลุ่มประชากร

เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ของ สสส. ในประเด็นแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด การมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ สุขภาพจิต มลพิษทางสิ่งแวดล้อม รวมถึงปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น เป็นต้น

3. **สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ** โดยเน้นการพัฒนาระบบและเทคโนโลยีเพื่อส่งเสริมและยกระดับของการลดอุบัติเหตุ เช่น การพัฒนาระบบ AI เพื่อตรวจนับการสวมหมวกนิรภัยในระดับพื้นที่ โดยสามารถดำเนินการได้ในพื้นที่ที่มีกล้อง CCTV รวมถึงการตั้งกล้องจากมือถือบันทึกภาพเก็บไว้ เพื่อให้มีข้อมูลสำหรับประเมินการดำเนินงานของจังหวัดและพื้นที่ และเน้นการพัฒนาระบบข้อมูลที่ทันสมัยและเข้าถึงได้ง่ายสนับสนุนให้กับภาคีเครือข่ายสามารถเลือกใช้ได้แบบ Dash Board ของพื้นที่ และนำข้อมูลไปใช้เพื่อสื่อสารสร้างความตระหนักสร้างความเข้าใจและสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ
4. **ให้ความสำคัญกับการลดผลกระทบของประชากรกลุ่มเปราะบางจากความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอุบัติใหม่** แผนทำงานโดยเน้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาในกลุ่มเฉพาะ และเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางในการใช้รถใช้ถนน ทั้งกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ กลุ่มไรเดอร์ กลุ่มคนเดินเท้า/ปั่นจักรยาน กลุ่มผู้พิการ และดำเนินการโดยคำนึงถึงความปลอดภัยในพื้นที่ชนบทที่ห่างไกลความเจริญและเข้าไม่ถึงบริการขนส่งสาธารณะ
5. **เชื่อมโยงเครือข่ายการทำงานกับภาคีเครือข่ายทุกกลุ่มโดยเฉพาะกลุ่มคนรุ่นใหม่ เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ ระดับชาติ และระดับสากล** แผนมุ่งขยายผลการทำงานโดยเน้นการบูรณาการและสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่หลากหลายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม รวมไปถึงหน่วยงานนโยบายระดับสูงที่มีเป้าหมายต้องการลดอุบัติเหตุทางถนน อาทิ กรรมการของวุฒิสภา สำนักผู้ตรวจการแผ่นดิน และมุ่งประสานความร่วมมือกับ WHO เพื่อร่วมขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนนของไทยและนำบทเรียนของต่างประเทศมาปรับใช้ในการทำงาน

เป้าหมายการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก

1 การพัฒนาข้อมูล องค์ความรู้ คู่มือและเครื่องมือทางวิชาการ หรือการจัดการความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนน เพื่อเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความปลอดภัยทางถนน (Road Safety Literacy) หรือสนับสนุนให้ผู้กำหนดนโยบายหรือผู้ปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยทางถนน อาทิ การคาดการณ์อุบัติเหตุสำหรับเด็กและเยาวชน

ไม่น้อยกว่า **6 เรื่อง**

2 การสนับสนุนหรือพัฒนานโยบายสาธารณะใหม่ หรือมาตรการ หรือแนวปฏิบัติที่ส่งผลต่อการลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

ไม่น้อยกว่า **1 เรื่อง**

เช่น การติดตามการสวมหมวกนิรภัยผ่านกล้อง CCTV ลดความเร็วในเขตเมืองและชุมชน เป็นต้น

3 มาตรการเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่อำเภอเสี่ยง ด้วยการบังคับใช้กฎหมาย หรือนโยบาย หรือมาตรการทางสังคม หรือมาตรการหน่วยงานองค์กร ชุมชน

ไม่น้อยกว่า **ร้อยละ 25** ของอำเภอเสี่ยง

4 การพัฒนากิจกรรมหรือหลักสูตรให้กับเด็กและเยาวชนเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความปลอดภัยทางถนน

ไม่น้อยกว่า **1 กิจกรรมหรือหลักสูตร**

5 การพัฒนาองค์ความรู้เชิงวิชาการ ทั้งจากการวิจัย เอกสารเชิงวิชาการ หรือการจัดการความรู้สำหรับการเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการลดปัญหาจากการพนัน (Gambling Literacy)

ไม่น้อยกว่า **4 เรื่อง**

อาทิ ผลกระทบการพนันในประเทศไทย

ตัวชี้วัดร่วม

1. การนำใช้ข้อมูล นวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อดำเนินการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาวะทั้ง 4 มิติ และสนับสนุนการทำงานเชิงพื้นที่ องค์กร กลุ่มประชากร และระบบบริการสุขภาพ ในพื้นที่ 30 องค์กรใหม่ (ปี 2567) และมีผลการติดตามถอดบทเรียนใน 20 องค์กรเดิม (ปี 2566)
2. การบูรณาการร่วมกันระหว่างแผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม (แผน 3) และแผนสุขภาวะชุมชน (แผน 6) เพื่อหนุนเสริมงานอำเภอในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในเครือข่ายตำบลสุขภาวะอย่างต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 10 อำเภอ

วัตถุประสงค์

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

5. สนับสนุนให้เกิดการศึกษา วิจัย งานวิชาการ เพื่อนำมาใช้ผลักดันนโยบาย มาตรการและกลไกการกำกับควบคุมและลดผลกระทบจากการพนัน และสื่อสารรณรงค์เพื่อสร้างการรู้เท่าทันการพนันและลดผลกระทบจากการพนันเพื่อการปกป้องเด็กและเยาวชนจากการพนัน

แนวทางการดำเนินงาน

ขอบเขตการดำเนินงาน

1. **ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน**
   มุ่งเน้นการลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มเยาวชนและกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ สนับสนุนการดำเนินงานเพื่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางถนนที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ไม่สวมหมวกนิรภัย ดื่มแล้วขับ และขับรถเร็ว สนับสนุนการลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตในพื้นที่ที่มีการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและเสียชีวิตสูง รวมไปถึงการค้นหากลยุทธ์การทำงานนวัตกรรม เทคโนโลยีดิจิทัล ที่ส่งผลสูงต่อการลดอุบัติเหตุทางถนน
2. **ด้านการลดปัญหาจากการพนัน**
   - สนับสนุนให้เกิดการศึกษา วิจัย งานวิชาการ เพื่อนำมาใช้ผลักดันนโยบาย มาตรการและกลไกการกำกับควบคุมและลดผลกระทบจากการพนัน
   - สื่อสารรณรงค์เพื่อสร้างการรู้เท่าทันการพนัน และลดผลกระทบจากการพนัน ให้ผู้เล่นมีความเข้าใจว่าการพนันมีผลกระทบ ในการปกป้องเด็กและเยาวชนจากการพนัน

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

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

- ส่งเสริมให้ประชาชนและสังคม มีทัศนคติ ความรอบรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่เอื้อต่อความปลอดภัยทางถนน และมีวิถีและวัฒนธรรมความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน
- สนับสนุนและผลักดันให้เกิดการจัดการความเสี่ยงสำคัญ ในพื้นที่เสี่ยง กลุ่มเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยง ด้วยการบังคับใช้กฎหมาย มาตรการทางสังคม และมาตรการหน่วยงาน/องค์กร/ชุมชน เช่น (1) กลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ กลุ่มวัยรุ่น และวัยแรงงาน (2) ดื่มแล้วขับ ขับรถเร็ว ไม่สวมหมวกนิรภัย (3) จุดเสี่ยงบนถนน (Black Spot) (4) มาตรฐานยานพาหนะ
- พัฒนานโยบายสาธารณะและมาตรการที่เอื้อต่อการลดอุบัติเหตุทางถนนทั้งระดับประเทศและพื้นที่ และสนับสนุนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ และมีการรายงานผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ
- ร่วมสนับสนุนและพัฒนาให้มีระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศกลาง ที่ประชาชนทั่วไปและผู้ปฏิบัติงานสามารถเข้าถึงได้ง่ายและนำไปใช้ในการสื่อสารและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- สนับสนุนการพัฒนางานวิชาการงานวิจัยและระบบจัดเก็บข้อมูล โดยมุ่งให้เกิดการนำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาสนับสนุนการทำงาน อาทิ การพัฒนาระบบสำรวจและตรวจจับการสวมหมวกนิรภัยโดยใช้กล้อง CCTV ใช้สื่อสังคมออนไลน์ และกล้องติดหน้ารถยนต์สื่อสารสร้างความตระหนักให้กับสังคมและเฝ้าระวังสร้างความรับผิดชอบร่วม การพัฒนาระบบเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายที่มีประสิทธิภาพ (การตั้งด่านตรวจดื่มแล้วขับ วิเคราะห์ข้อมูลจากใบสั่งค่าปรับจราจร การสืบสวนสาเหตุการกิดอุบัติเหตุ) เป็นต้น
- พัฒนาศักยภาพและแนวปฏิบัติของชุมชน องค์กร ภาคีเครือข่าย เด็กและเยาวชน เพื่อส่งเสริมให้เกิดการร่วมดำเนินการเพื่อสร้างความปลอดภัยทางถนน
- พัฒนาช่องทางการการบูรณาการงานร่วมระหว่างภาคีเครือข่ายหลักของ สสส. ระหว่างภาคีเครือข่ายภายนอก สสส. และระหว่างแผนเชิงประเด็น แผนเชิงพื้นที่ แผนเชิงระบบและกลไก ของ สสส. เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และยกระดับการขยายผลการดำเนินงาน

การทำงานยึดแนวทางการปรับแผนการทำงานให้รองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 รวมถึงสถานการณ์ภัยพิบัติ ความเปลี่ยนแปลง และความไม่ปรกติที่อาจเกิดขึ้น โดยเน้นการสื่อสารและการทำงานร่วมกันแบบออนไลน์ รวมถึงการทำงานในระดับพื้นที่เน้นให้เจ้าภาพในพื้นที่เป็นผู้ดำเนินการโดยมีภาคีเครือข่ายช่วยสนับสนุนให้คำปรึกษาผ่านระบบออนไลน์ และทำงานร่วมกันในกลุ่มจังหวัด หรือภายในจังหวัดเดียวกัน และคำนึงถึงความเปลี่ยนแปลงของโลกและประเทศที่จะส่งผลกระทบกับการทำงาน 7 เรื่องสำคัญ ดังนี้

1) Digitalization ปรับระบบการทำงานให้เป็นดิจิทัล 2) Globalization เชื่อมโยงระบบและเรื่องต่าง ๆ เข้าด้วยกัน สร้าง connection ผ่านแพลตฟอร์มต่าง ๆ 3) New technology เช่น AI 5G รวดเร็ว แม่นยำ ประหยัด 4) Collaborative business ต้องร่วมมือสร้างความยั่งยืนต้องในรูปแบบการร่วมมือและพึ่งพากัน 5) ตระหนักถึง Aging society ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ 6) Green economy ให้การเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ/การทำงานด้านความปลอดภัยทางถนน ควบคู่ไปกับการปกป้องสิ่งแวดล้อมและลดปัญหาโลกร้อนไปด้วยในเวลาเดียวกัน และ 7) การนำแนวทาง BCG Model เป็นเศรษฐกิจแนวใหม่ที่ภาครัฐและเอกชนต่างให้ความสำคัญ เพราะมีเป้าหมายเดียวกัน คือ การปกป้องสิ่งแวดล้อม (environment) การลดปัญหาโลกร้อน (Global Warming) ที่กำลังเป็นตัวบั่นทอนทรัพยากรโลก เน้นพัฒนาเศรษฐกิจให้เติบโตอย่างทั่วถึงบนพื้นฐานการพัฒนาที่ยั่งยืน ที่ครอบคลุมถึงการ**สร้างความยั่งยืนของธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ลดความเหลื่อมล้ำของสังคม เพิ่มอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจ เพิ่มศักยภาพในการพึ่งพาตนเอง**

2. **ด้านการลดปัญหาจากการพนัน**

ประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การขับเคลื่อนสังคม และการพัฒนานโยบาย ให้เชื่อมโยงและสนับสนุนการดำเนินงานปกป้องเด็กและเยาวชนจากการพนันอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. ควบคุมการเข้าถึงทางกายภาพ โดยกำหนดพื้นที่ปลอดภัย พื้นที่ห้ามขาย-ห้ามเล่นการพนัน
2. ปรับเปลี่ยนค่านิยมและลดแรงกระตุ้นพนัน โดย
   - เสริมความรู้เท่าทันการพนัน (Gambling Literacy) และลดผลกระทบจากการพนัน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของนักพนัน และป้องกันนักพนันหน้าใหม่
   - เฝ้าระวังการโฆษณาหรือชวนพนัน
   - พัฒนาศักยภาพและขยายเครือข่ายนักรณรงค์และเครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบ เพื่อเป็นเจ้าภาพร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะและการรณรงค์สร้างความตระหนักต่อสังคม หรือเป็นแกนนำนักรณรงค์
   - พัฒนาบุคลากรและหน่วยบริการให้คำปรึกษาปัญหาจากการพนัน รวมทั้ง เชื่อมโยงเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะปัญหาทางจิตเวช
3. การจัดการปัญหาในระดับพื้นที่
   - พัฒนานโยบาย มาตรการ กฎกติกา ข้อตกลงร่วมระดับพื้นที่หรือชุมชน
   - พัฒนาศักยภาพเครือข่ายนักรณรงค์เป็นคณะทำงานป้องกันแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่
   - ขยายชุมชน สถานศึกษา สถานประกอบการ ตลอดจนชุมชนออนไลน์ เพื่อร่วมเฝ้าระวัง ป้องกันและแก้ไขปัญหาจากการพนัน
   - การพัฒนาชุดการเรียนรู้เท่าทันการพนันเข้าสู่การเรียนการสอนในสถานศึกษา
4. การพัฒนากลไกการจัดการ
   - พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อป้องกันและลดปัญหาจากการพนัน
   - พัฒนาเครือข่ายเด็กและเยาวชน เครือข่ายผู้ปกครอง ผู้สูงอายุ และเครือข่ายจังหวัด ให้มีความรอบรู้ สามารถเฝ้าระวังและป้องกันคนรอบข้างเข้าถึงการพนัน
   - ศึกษาวิจัย พัฒนาวิชาการ เพื่อสนับสนุนนโยบาย กฎหมาย มาตรการ แนวปฏิบัติ ตลอดจนสนับสนุนการสื่อสารสร้างความตระหนัก/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
   - กระตุ้นหนุนเสริมบทบาทหน่วยงานเจ้าภาพหลัก หน่วยงานร่วมรับผิดชอบ ให้ดำเนินการป้องปรามอย่างมีประสิทธิภาพ

กลุ่มแผนงาน

แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม ประกอบด้วย 5 กลุ่มแผนงาน ซึ่งแต่ละกลุ่มแผนงานมีภารกิจโดยสังเขป ดังนี้

1. **กลุ่มแผนงานการพัฒนานโยบายและสร้างเป้าหมายร่วม**
   - สนับสนุนศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) ดำเนินงานตามแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนนโลก ฉบับที่ 2 (ค.ศ. 2021-2030) ที่มุ่งเน้นการลดการเสียชีวิตลงให้ได้ครึ่งภายในปี 2030 ภายใต้แนวทางการดำเนินงาน 5 เสาหลัก รวมถึงสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ที่เกี่ยวข้องกับการลดอัตราผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน และมุ่งเน้นสนับสนุนการขับเคลื่อน “ตำบลขับขี่ปลอดภัย” ผ่านกลไกหลักของ ศปถ.อำเภอ และ ศปถ.อปท. และสนับสนุนการขับเคลื่อนงานตามแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน ฉบับที่ 5 ปี พ.ศ. 2565-2570 ที่มุ่งเน้นการลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลงให้เหลือ 12 คนต่อประชากรแสนคน ซึ่งสอดคล้องตามเป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี รวมถึงผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องปฏิบัติตามแผนดังที่กล่าวมาข้างต้น

- ผลักดันและสนับสนุนให้การดำเนินงานตามทิศทาง “แผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนนโลก ฉบับที่ 2 (ค.ศ. 2021-2030)” ของสหประชาชาติและกรอบแผนทศวรรษความปลอดภัยทางถนนของ ศปถ. เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ (1) สนับสนุนกลไกการจัดการของ ศปถ. ทั้งในระดับชาติ จังหวัด อำเภอและท้องถิ่น และคณะอนุกรรมการ ศปถ. ที่มีอยู่ ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพัฒนาให้เกิดระบบกำกับติดตามการทำงาน (feedback loop) โดยเฉพาะพื้นที่เสี่ยงที่มีอุบัติเหตุและการเสียชีวิตสูง และแก้ปัญหาในกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะผู้ใช้รถจักรยานยนต์และเยาวชน 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 เพื่อผลักดันให้บรรลุ Global Goals ในปี 2030 มาพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานตาม 5 เสาหลัก และนำกรอบทิศทาง 12 เป้าหมายโลกเพื่อความปลอดภัยทางถนน มาขับเคลื่อนให้หน่วยงานรับผิดชอบหลัก เร่งดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมและมีแผนในการทำงานที่ชัดเจน (3) สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการบังคับใช้กฎหมายเพื่อความปลอดภัยทางถนนโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาเสริมให้มีประสิทธิภาพ ผ่านหน่วยงาน/คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง อาทิ คณะอนุกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนด้านการบังคับใช้กฎหมายจังหวัด ภายใต้ ศปถ. และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ
- ร่วมผลักดันจุดคานงัดสำคัญทางนโยบายให้เกิดกระบวนการนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจร รวมถึงการบังคับใช้กฎหมาย และกระตุ้นให้เกิดการขับเคลื่อนร่วมกัน และสร้างมาตรการเสริมการบังคับใช้กฎหมาย เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทั้งการดื่มแล้วขับ การไม่สวมหมวกนิรภัย การขับรถเร็วเกินกฎหมายกำหนด ปัญหารถจักรยานยนต์และการบูรณาการด่านชุมชนในการตรวจเตือนการดื่มแล้วขับและการสวมหมวกนิรภัย กับการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระดับจังหวัดและพื้นที่ โดยสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาเสริมให้การดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
- สนับสนุนศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.) และเครือข่ายภาคี พัฒนาข้อเสนอนโยบายที่ส่งผลกระทบสูงจากฐานวิชาการเสนอในการประชุมสำคัญเพื่อให้ข้อเสนอได้รับการแก้ไข และการจัดเวทีวิชาการสาธารณะในเรื่องที่เป็นประเด็นตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงสนับสนุนภาคีเครือข่าย ภาคประชาสังคมให้สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายร่วมกับหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง
- ผลักดันนโยบายเจาะพื้นที่เสี่ยง ประเด็นเสี่ยง และกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน เพื่อควบคุมความปลอดภัยทางถนน โดยมุ่งเน้นประเด็น รถจักรยานยนต์ปลอดภัย และลดพฤติกรรมเสี่ยงสำคัญ คือ ดื่มแล้วขับ ไม่สวมหมวกนิรภัย ขับรถเร็ว เช่น การจัดการความเร็วตามกฎหมายจราจรทางบก ฉบับปรับปรุงปี 2563 รถจักรยานยนต์ รถจักรยานยนต์ไฟฟ้า กำหนดรถที่ผลิตขายต้องมีความเร็วไม่เกินกำหนด การควบคุมการปรับแต่งความเร็วรถ ควบคู่กับการลดพฤติกรรมเสี่ยง เป็นต้น โดยมุ่งเน้นสนับสนุนหน่วยงานที่มีส่วนสำคัญให้ดำเนินการด้านการบังคับใช้กฎหมายในระดับปฏิบัติการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และในด้านการเพิ่มมาตรฐานความปลอดภัยในรถสาธารณะ รถโรงเรียน รถทัศนาจร และสนับสนุนให้เกิดระบบขนส่งมวลชนที่เข้าถึงง่ายทั่วถึงและเป็นธรรม
- ประสานความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก องค์กรระดับนานาชาติ และหน่วยงานภาคนโยบายในประเทศไทยที่หลากหลาย ได้แก่ ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงคมนาคม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงอุตสาหกรรม สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร สำนักงานคณะกรรมการสภาวิจัยแห่งชาติ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน และหน่วยงานอื่น ๆ ในการเชื่อมประสานและพัฒนายุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัยทางถนนตามนโยบายทศวรรษความปลอดภัยทางถนนของสหประชาชาติ ฉบับที่ 2 (ค.ศ. 2021 – 2030) และยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี

- สนับสนุนให้เกิดการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาช่วยเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนให้เพิ่มมากขึ้น เช่น การใช้กล้อง CCTV ตรวจจับและสำรวจอัตราการสวมหมวกนิรภัย, การการใช้กล้องหน้ารถเพื่อควบคุมพฤติกรรมการขับขี่และทำให้สังคมเกิดการดูแลซึ่งกันและกันให้เกิดการขับขี่ที่ปลอดภัย การบังคับใช้กฎหมายและสืบสวนสาเหตุอุบัติเหตุ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีของโลก และรองรับสถานการณ์ที่ไม่ปรกติ เช่น การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นต้น

2. **กลุ่มแผนงานเครือข่ายภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์**

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

- รณรงค์สร้างสร้างความตระหนักรู้และวัฒนธรรมความปลอดภัย สื่อสารประชาสัมพันธ์ให้เกิดการรับรู้ 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 สื่อสังคมออนไลน์ ติดตั้งกล้องติดรถยนต์ เป็นต้น
- ส่งเสริมให้เกิดผู้นำความปลอดภัย และสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน และมี “มาตรการทางสังคม” “มาตรการองค์กร” และ “มาตรการชุมชน” ที่เอื้อต่อการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน เช่น มาตรการส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยของบุคลากร นักเรียน นักศึกษา ในองค์กร มาตรการในการขับขี่รถของบุคลากรหน่วยงาน เป็นต้น รวมถึงขยายเครือข่ายในกลุ่มผู้นำทางความคิดในสังคมออนไลน์ (influencer) เครือข่ายรถจักรยานยนต์ปลอดภัย เครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบ ภาคเอกชน และเครือข่ายจิตอาสา
- ส่งเสริมการสร้างความตระหนักเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน และเน้นการปลูกฝังความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และปลูกฝังความยับยั้งชั่งใจในเรื่องวินัยจราจรอันจะช่วยส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการขับขี่ที่ดี โดยเริ่มจากระดับปฐมวัย และสร้างโอกาสในการเชื่อมประสานผ่านกลไกของกระทรวงศึกษาธิการเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการจัดการเรียนรู้ในเรื่องความปลอดภัย
- ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือ และมีการจัดการการสื่อสารสาธารณะในเชิงยุทธศาสตร์ ทั้งด้านเนื้อหา รูปแบบช่องทางสื่อสาร สื่อสารมวลชนต่าง ๆ อาทิ การมีแผนยุทธศาสตร์ด้านการสื่อสารความปลอดภัยทางถนน มีการพัฒนาความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนนให้กับสื่อสารมวลชน ส่งเสริมให้เกิด “แกนนำและสื่อต้นแบบ” และ “เครือข่ายสื่อ” ที่ทำงานด้านอุบัติเหตุทางถนน เพิ่มการแปลงสารในเรื่องความปลอดภัยให้หลากหลาย สะดวกในการเข้าถึงและเข้าใจง่าย ผ่านช่องทางต่าง ๆ รวมทั้งสื่อออนไลน์ มีการนำเสนอและการเกาะติด ในกรณีเหตุการณ์สำคัญส่งผลกระทบต่อความสนใจของสังคม และกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะด้านความปลอดภัยที่เหมาะสม

- สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ หนุนเสริมท้องถิ่นชุมชนเข้ามาจัดระบบเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุทางถนนอย่างยั่งยืน ขยายจำนวนภาคีเครือข่ายให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และพัฒนาศักยภาพภาคีภาคประชาสังคมในการดำเนินงาน ส่งเสริมและสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานองค์กร ภาคธุรกิจ มูลนิธิภาคประชาสังคม และสื่อมวลชนทุกแขนง ให้เข้ามามีบทบาท และมีความเข้มแข็งในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนเพิ่มมากขึ้น และมุ่งเน้นการสร้างและขยายความร่วมมือกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเชื่อมหน่วยงานท้องถิ่นเข้ามาเป็นแนวร่วมในการสร้างแพลทฟอร์มทำงานแบบมุ่งเป้าระดับพื้นที่ เพื่อสื่อสารในชุมชนและเป็นกลไกเฝ้าระวัง เสริมสร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ท้องถิ่นเห็นความสำคัญและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น
- ขยายความร่วมมือกับภาครัฐ ภาคเอกชน ท้องถิ่น ชุมชน เช่น สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย การนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย สมาคมผู้ประกอบการรถจักรยานยนต์ หอการค้าจังหวัด ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมและเครือข่ายจิตอาสาต่าง ๆ ให้ร่วมลงทุนเพื่อร่วมสร้างความปลอดภัยทางถนนให้มากยิ่งขึ้น โดยใช้โอกาสการแสดงความรับผิดชอบต่อสังคมในการขยายการทำงานร่วมกับภาคเอกชน
- พัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังระดับพื้นที่ (Road Safety Watch) เพื่อให้เป็นผู้นำในการให้ความรู้และสื่อสารกับประชาชนในพื้นที่ ให้มีความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก รวมถึงการสร้าง speaker ในระดับภาคหรือพื้นที่ เพื่อทำให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนนที่ปลอดภัย และร่วมกันทำให้คนไทยมีวัฒนธรรมความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน โดยการเชื่อมประสานระหว่างเครือข่ายวิชาการในระดับภูมิภาคหรือจังหวัด กับ เครือข่ายสื่อมวลชนภูมิภาค และเครือข่ายภาคประชาชนต่าง ๆ
- สนับสนุนและพัฒนาภาคีเครือข่ายด้านความปลอดภัยทางถนนเชิงประเด็นสำคัญ เช่น ดื่มไม่ขับ ลดความเร็ว การสวมหมวกนิรภัย รถจักรยานยนต์ปลอดภัย ถนนปลอดภัย ภาคเอกชนกับความปลอดภัยทางถนน และด้านการเตรียมความพร้อมและป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณภัย/ภัยธรรมชาติ/ภัยพิบัติ เช่น อัคคีภัย อุทกภัย การจมน้ำ เป็นต้น รวมถึงการเฝ้าระวังภัยออนไลน์ซึ่งเป็นภัยรูปแบบใหม่ในยุคดิจิทัลเพื่อให้ความรู้สังคม

3. **กลุ่มแผนงานโครงสร้างและการบูรณาการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่**
   - สนับสนุนการวางแผนงานอย่างมีส่วนร่วม และการบูรณาการการดำเนินงานทุกภาคส่วนทั้งราชการ ท้องถิ่น เอกชน และชุมชน ในการป้องกันและลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในระดับจังหวัด และขยายออกไปทั้งระดับอำเภอและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเน้นการสนับสนุนจังหวัดที่มีการยกระดับการพัฒนาการลดอุบัติเหตุทางถนนทั้งจังหวัด และสร้างนวัตกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนและสนับสนุนสัมฤทธิผลของการทำงานเพื่อลดปัญหาในพื้นที่ กำกับติดตามผลระดับจังหวัด
   - สนับสนุนให้จังหวัด กำหนดนโยบาย ตั้งเป้าหมายลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนและการลดความเสี่ยงสำคัญ เช่น ลดอัตราการดื่มแล้วขับ เพิ่มอัตราการสวมหมวกนิรภัย เป็นต้น และติดตามประเมินผลการทำงาน โดยมุ่งเน้นพื้นที่เสี่ยง
   - สนับสนุนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในระดับต่าง ๆ ให้เข้มแข็ง โดยเฉพาะระดับอำเภอและพื้นที่ เช่น ศปถ.อำเภอ ศปถ.อปท. การทำงานระดับอำเภอของ สธ. ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) และการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (District-Road Traffic Injury: D-RTI) เป็นต้น
   - ส่งเสริมผลักดันให้เกิดการสร้างและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและข้อปฏิบัติ ในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับพื้นที่ เสนอให้หน่วยงานที่รับผิดชอบแก้ไขปัญหา และรวบรวมเป็นข้อเสนอมายังส่วนกลางเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติ และกระตุ้นให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยทางถนนอย่างเป็นระบบ เช่น ผลักดันให้เป็นวาระประชุมประจำของจังหวัด เป็นต้น
   - ส่งเสริมให้มีผู้เชื่อมประสาน (change agent) ด้านความปลอดภัยในระดับต่าง ๆ ที่มีศักยภาพที่เหมาะสมกับการขับเคลื่อนงาน เพื่อกระตุ้น จัดการความรู้ และเชื่อมโยงการทำงานของเครือข่ายให้เสริมพลังซึ่งกัน และขยายผลการดำเนินงาน รวมทั้งยกระดับการขับเคลื่อนไปสู่แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล โดยมุ่งเน้นพัฒนาเพิ่มในพื้นที่อำเภอเสี่ยงและตำบลที่มีความเสี่ยง

- สนับสนุนคณะทำงานวิชาการ ที่ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา กำกับดูแลทางด้านวิชาการแก่จังหวัดและพื้นที่ รวมทั้งการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุ เพื่อขยายผลต้นแบบที่ประสบความสำเร็จสู่พื้นที่อื่น รวมทั้งประมวลผลชุดความรู้ที่สำคัญจัดทำเป็นข้อเสนอ เผยแพร่ผ่านช่องทางสื่อต่าง ๆ และเพื่อให้เกิดพลังในการขับเคลื่อนนโยบาย
- ผลักดันให้เกิดต้นแบบความปลอดภัยทางถนนในระดับจังหวัด/พื้นที่ โดยสานพลังเชื่อมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาชน ท้องถิ่น เพื่อสร้างมาตรการทางสังคม มาตรการองค์กร และมาตรการชุมชน ด้านความปลอดภัยทางถนนในองค์กร หน่วยงาน ท้องถิ่นต่าง ๆ ทั่วประเทศ
- สนับสนุนการป้องกันและลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนน โดยเน้นการพัฒนาให้เกิดกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน (ศปถ.อปท.) โดยผลักดันให้อำเภอและท้องถิ่นเห็นความสำคัญกับเรื่องความปลอดภัยทางถนน และสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง พร้อมกับมีมาตรการของท้องถิ่นและชุมชน
- ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการใช้ข้อมูล “สถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนจังหวัด (ranking)” เพื่อกำกับติดตามการทำงานในระดับจังหวัดและพื้นที่ เพื่อเป้าหมายการลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัดและพื้นที่ ตลอดจนการติดตามประเมินโดยให้ข้อมูลย้อนกลับ (feecback loop) ผ่านผู้ว่าราชการจังหวัด และผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัด เพื่อทำให้เกิดการสั่งการแก้ไขปัญหาต่อไป โดยมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาหลักสำคัญได้แก่ อุบัติเหตุที่เกิดในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ พฤติกรรมเสี่ยงสำคัญ เช่น ดื่มแล้วขับ ขับรถเร็ว ไม่สวมหมวกนิรภัย เป็นต้น โดยเน้นกระตุ้นให้เกิดการจัดการในอำเภอเสี่ยง พื้นที่เสี่ยง

4. **กลุ่มแผนงานการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้ด้านอุบัติเหตุจราจร**
   - สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่จำเป็นต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะและการดำเนินการที่เกี่ยวข้องเรื่องของความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย และสร้างงานวิจัยที่สำคัญตามความจำเป็นของสถานการณ์ อาทิ การศึกษาและวิเคราะห์มาตรการความปลอดภัยทางถนนระดับพื้นที่ การจัดการความเร็วที่เหมาะสมของประเทศแบ่งตามเขตและพื้นที่ การวิจัยเพื่อประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อความปลอดภัยทางถนน เช่น การสำรวจและการบังคับใช้การสวมหมวกนิรภัยโดยใช้กล้องวงจรปิด การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสนับสนุนการตั้งด่านตรวจดื่มแล้วขับ การสอบสวนอุบัติเหตุ เป็นต้น
   - สนับสนุนการศึกษาวิจัยเชิงลึก เพื่อค้นหาแนวทางในการทำงานเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายการลดอุบัติเหตุและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนได้มากยิ่งขึ้น เช่น ศึกษาพลวัตทางเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้รถจักรยานยนต์ของคนไทย อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในกลุ่มธุรกิจจัดส่งอาหาร (food rider) การเข้าถึงและการมีบริการขนส่งมวลชนสาธารณะกับการใช้ยานพาหนะส่วนตัว การค้นหากลวิธีป้องกันและแก้ไขอุบัติเหตุทางถนนที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่/ภูมิภาค/วัฒนธรรม เป็นต้น
   - พัฒนาฐานข้อมูลสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงหลักของผู้ใช้รถใช้ถนนระดับจังหวัดที่มีความต่อเนื่องและครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศอย่างเป็นระบบโดยเน้นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล รวมถึงการจัดทำรายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยเป็นประจำทุกปี ตลอดจนการยกระดับการเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนให้ครอบคลุมถึงปัจจัยสำคัญต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การใช้รถใช้ถนนที่มากขึ้นใน กลุ่มธุรกิจจัดส่งอาหาร (food rider) กลุ่มธุรกิจขนส่งสินค้าและบริการ
   - ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากข้อมูลและองค์ความรู้ในการวางแผนพัฒนายุทธศาสตร์และดำเนินมาตรการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม รวมถึงพัฒนากระบวนการนำเสนอข้อมูลความรู้สู่กลุ่มเป้าหมายเฉพาะให้มีประสิทธิภาพ เช่น ข้อเสนอเชิงนโยบาย จัดทำข้อมูลและเอกสารประกอบการประชุม ศปถ.จังหวัด ศปถ.อำเภอ ศปถ.อปท. การจัดเวทีร่วมกับสื่อมวลชน เป็นต้น

- สนับสนุนการติดตามประสิทธิภาพของมาตรการหลักต่าง ๆ และสนับสนุนให้เกิดกลไกการกำกับติดตามการดำเนินงานของ ศปถ. ให้มีระบบสะท้อนกลับ (feedback loop) และเน้นการพัฒนาศักยภาพให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้มีความรู้ความสามารถและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งส่วนกลางและระดับพื้นที่ รวมไปถึงสะท้อนกลับให้กับสังคมและสาธารณะได้รับรู้ผ่านแกนนำนักวิชาการและภาคีเครือข่ายในพื้นที่
- สนับสนุนให้เกิดการจัดการความรู้และพัฒนาชุดความรู้ แปลงองค์ความรู้ให้เป็นคู่มือและเครื่องมือ (tool kits) และพัฒนาหลักสูตรที่เหมาะสมตามกลุ่มเป้าหมาย ที่พร้อมนำไปปฏิบัติตามและขยายผล และเพื่อสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความปลอดภัยทางถนนผ่านช่องทาง หรือ แพลตฟอร์มออนไลน์ รวมไปถึงเพื่อการสื่อสารสาธารณะ โดยมุ่งเน้นการสร้างและรวบรวมองค์ความรู้และข้อมูลจากที่ต่าง ๆ จัดทำเป็นฐานข้อมูลด้านอุบัติเหตุทางถนน แปลงเป็นข่าวสาร และสื่อสารไปในช่องทางที่เหมาะสมให้กับกลุ่มเป้าหมาย ทั้งระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติ สื่อมวลชน และภาคประชาสังคม
- สนับสนุนให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนงานวิชาการในระดับพื้นที่ ที่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของพื้นที่ เพื่อให้การแก้ไขปัญหานั้นบนฐานวิชาการ ผสานด้วยการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ หน่วยงาน องค์กร ท้องถิ่น ภาคีเครือข่าย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- จัดประชุมวิชาการเรื่องความปลอดภัยทางถนนระดับชาติ เป็นประจำทุกสองปี โดยสร้างความร่วมมือ และความเป็นเจ้าของร่วมระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐเอกชนและภาคประชาสังคม

5. **กลุ่มแผนงานการลดปัญหาจากการพนัน**
   - สนับสนุนให้เกิดการศึกษาวิจัย การพัฒนาวิชาการและระบบฐานข้อมูล เพื่อสนับสนุนให้เกิดความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการลดปัญหาจากการพนัน (Gambling Literacy) และการผลักดันนโยบาย มาตรการและกลไกการกำกับควบคุมและลดผลกระทบจากการพนัน โดย
     - สร้างความรู้ โดยการสนับสนุนทุนวิจัย 4 มิติ ได้แก่ อุปสงค์ อุปทาน ผลกระทบ และมาตรการทางกฎหมาย ทั้งงานวิจัยเชิงประเด็น (issue-based research) และงานวิจัยเชิงพื้นที่ (area-based research) โดยมุ่งเน้นพัฒนาฐานข้อมูลอ้างอิงเพื่อตอบโจทย์เชิงยุทธศาสตร์ และองค์ความรู้ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะการพนันออนไลน์ การทำความเข้าใจผู้เล่นพนัน การค้นหาแนวทางป้องกัน ทั้งการสร้างชุดการเรียนรู้และการจัดการปัญหาการพนันโดยชุมชน งานด้านบำบัดรักษา และอื่น ๆ
     - สนับสนุนให้เกิดการจัดการความรู้หลากหลายรูปแบบ เพื่อเผยแพร่ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ทั้งการเผยแพร่ผ่านทางเว็บไซต์ www.gamblingstudy-th.org เฟซบุ๊ก ‘ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน’ สิ่งพิมพ์ เวทีเสวนา การประชุมวิชาการ รวมถึงการให้สัมภาษณ์สื่อมวลชน
   - พัฒนาเครือข่ายนักรณรงค์และขยายเครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบให้มีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะ มาตรการ กฎกติกา ข้อตกลงร่วม ระดับพื้นที่หรือชุมชน และการรณรงค์สร้างความรู้เท่าทัน เพื่อมุ่งสู่การลดผลกระทบต่อกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กและเยาวชน มุ่งเน้นการดำเนินการดังนี้
     - พัฒนาเครือข่ายที่มีอยู่เดิม พร้อมทั้งขยายพื้นที่การทำงาน เช่น สถานศึกษา สถานประกอบการ ตลอดจนชุมชนออนไลน์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนนโยบาย มาตรการต่าง ๆ ให้เกิดการควบคุมทางด้านอุปทาน การลดอุปสงค์ และการลดปัญหาจากการพนัน ตลอดจนการสนับสนุนให้เกิดกลไกการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาจากการพนันในระดับชาติ
     - สื่อสารรณรงค์สร้างกระแสสังคมให้เกิดการตื่นตัว ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหาการพนัน และมีส่วนร่วมในการช่วยสื่อสารลดปัญหาจากการพนัน รวมถึงการสร้างความรอบรู้ (Gambling Literacy) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและป้องกันนักพนันหน้าใหม่

- กลไกการเฝ้าระวังการโฆษณาหรือการเชิญชวนพนันจากหลากหลายช่องทาง โดยเฉพาะช่องทางออนไลน์ เพราะเข้าถึงง่ายแต่ควบคุมได้ยาก ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการเพิ่มพื้นที่การพนันหรือเกิดนักพนันหน้าใหม่ เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการนำไปสื่อสาร สร้างการมีส่วนร่วมของสังคม เพื่อสร้างกลไกป้องกันและลดผลกระทบจากการพนัน
- พัฒนาเครื่องมือสร้างความเท่าทันและลดผลกระทบจากการพนัน เช่น หลักสูตร ชุดการเรียนรู้หรือกิจกรรม เป็นต้น เพื่อใช้เป็นสื่อการเรียนการสอนของสถานศึกษา รวมทั้งพัฒนาบุคลากรและหน่วยบริการให้คำปรึกษาปัญหาจากการพนัน เชื่อมโยงสู่ระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะปัญหาทางจิตเวช

ภาคีหลัก

1. **ภาคีด้านความปลอดภัยทางถนน**
   - **ภาคนโยบาย** อาทิ

     ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน กองบูรณาการความปลอดภัยทางถนน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ตำรวจภูธรภาค กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก กรมทางหลวง กรมทางหลวงชนบท กระทรวงคมนาคม กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมการปกครอง สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กองสาธารณสุขฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข สำนักการจราจรและขนส่ง กรุงเทพมหานคร คณะกรรมการบูรณาการกู้ชีพฉุกเฉินและความปลอดภัยทางถนน สำนักงานผู้ตรวจการแผ่นดิน กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (บพข.) สภาองค์กรของผู้บริโภค
   - **ภาควิชาการ** อาทิ

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

     มูลนิธิเมาไม่ขับ ชมรมคนห่วงหัว เครือข่ายเหยื่อเมาแล้วขับ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค สำนักงานเครือข่ายลดอุบัติเหตุ สมาคมเครือข่ายหมออนามัยวิชาการ มูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย สมาคมหมออนามัย เครือข่ายเยาวชนลดปัจจัยเสี่ยงทางสังคม เครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิต เครือข่ายนักวิจัยท้องถิ่นเพื่อการพัฒนาชุมชนถนนปลอดภัย สันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย สถาบันพัฒนาองค์กรเอกชน บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด สื่อมวลชน ภาคธุรกิจเอกชนต่าง ๆ
2. **ด้านการลดปัญหาจากการพนัน**
   - **ภาคนโยบาย** อาทิ

     กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยเฉพาะกรมกิจการเด็กและเยาวชน กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะกรมสุขภาพจิต กระทรวงมหาดไทย กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงยุติธรรม สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียงกิจการโทรทัศน์ และกิจกรรมโทรคมนาคมแห่งชาติ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ การกีฬาแห่งประเทศไทย ธนาคารแห่งประเทศไทย

- **ภาควิชาการ** อาทิ
  ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- **ภาคประชาสังคม** อาทิ
  มูลนิธิรณรงค์หยุดพนัน มูลนิธิชายหญิงก้าวไกลเพื่อสังคม เครือข่ายรณรงค์หยุดพนัน สมาคมเครือข่ายงดเหล้าและลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค เครือข่ายเยาวชน เช่น เครือข่ายเยาวชนลดปัจจัยเสี่ยง เครือข่ายเยาวชนลดปัจจัยเสี่ยงทางสังคม สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย เครือข่ายเด็กรุ่นใหม่ไม่พนัน เครือข่ายเพื่อนเยาวชนเพื่อการพัฒนา สภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย สมาคมผู้บำเพ็ญประโยชน์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์ เครือข่ายเพื่อนเยาวชนเพื่อการพัฒนา และเครือข่ายอื่น ๆ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
กลุ่มแผนงานการพัฒนานโยบายและสร้างเป้าหมายร่วม	40.00
กลุ่มแผนงานเครือข่ายภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์	72.00
กลุ่มแผนงานโครงสร้างและการบูรณาการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่	82.00
กลุ่มแผนงานการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้ด้านอุบัติเหตุจราจร	44.00
กลุ่มแผนงานการลดปัญหาจากการพนัน	40.00
การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	2.00
รวม	**280.00**



แผน 4

แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

**

สถานการณ์ และแนวโน้ม ที่เกี่ยวข้องกับ การสร้างเสริมสุขภาพจิต

จากรายงานความสุขโลกปี 2566 พบว่า ประเทศไทยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขของประชาชนอยู่ในลำดับที่ 60 ของโลก **โดยมีค่าเฉลี่ยลดลง** จาก 5.891 ในปี 2562-2564 เป็น 5.843 ในปี 2563-2565 จากคะแนนเต็ม 10 ขณะที่ **การสำรวจสุขภาพจิต** [32] (ความสุข) ของคนไทย พบว่าประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีคะแนนสุขภาพจิตยังอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้สำหรับสุขภาพจิตของคนทั่วไป (27.01-34.00 คะแนน) โดยในปี 2563 มีคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยอยู่ที่ 33.53 คะแนน อย่างไรก็ตามหากจำแนกตามกลุ่มประชากร [33] พบว่ามีกลุ่มประชากรที่มีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปทั่วประเทศร้อยละ 11.5 ขณะที่ในเพศชายและเพศหญิงร้อยละ 10.1 และ 12.7 ตามลำดับ ด้านสถานภาพสมรส พบในผู้ที่สถานะโสดร้อยละ 13.2 หม้ายร้อยละ 14.7 หย่าร้อยละ 17.5 และแยกกันอยู่ร้อยละ 22.0 ด้านการศึกษาพบในผู้ไม่เคยเข้าเรียน และระดับประถมหรือต่ำกว่าร้อยละ 16.2 และ 12.7 ตามลำดับ ด้านภูมิภาคพบผู้ที่อาศัยอยู่ในกทม.และปริมณฑลร้อยละ 16.6 ภาคกลางร้อยละ 11.1 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 11.0 ภาคเหนือร้อยละ 8.6 และภาคใต้ร้อยละ 8.2

ด้านอัตราการฆ่าตัวตายในภาพรวมของประเทศ จากข้อมูลของศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย พบว่ามีแนวโน้มอัตราสูงขึ้น จากปี 2561-2563 เท่ากับ 6.32 6.64 และ 7.37 คนต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ สำหรับอัตราการฆ่าตัวตายในปี 2564 พบว่าเท่ากับ 7.4 คนต่อประชากรแสนคน สูงสุดในกลุ่มวัยทำงานอายุ 35-39 ปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นชัดเจนในกลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป โดยผู้ชายมีอัตราการตายสูงกว่าผู้หญิงหลายเท่าตัวตลอดช่วง 10 ปีที่ผ่านมา

32 กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2563). “สรุปผลที่สำคัญการสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) ของคนในประเทศไทย พ.ศ. 2563”. กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ห้างหุ้นส่วนจ ากัด บางกอกบล็อก. กรุงเทพมหานคร.

33 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2566). “รายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ. 2566”.

สถานการณ์ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในประเทศยังคงเป็นความท้าทาย จำนวนและสัดส่วนบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวชต่อประชากรในประเทศค่อนข้างจำกัด โดยพบว่ามีจิตแพทย์ 1.3 คนต่อประชากรแสนคน ซึ่งถือว่าต่ำกว่ามาตรฐานจำนวนจิตแพทย์รับผิดชอบที่องค์กรอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ 1.7 คนต่อประชากรแสนคน ขณะที่มีนักจิตวิทยา/นักจิตวิทยาคลินิก 1.6 คนต่อประชากรแสนคน และพบกระจุกตัวในบางพื้นที่ โดยเฉพาะจิตแพทย์และนักจิตวิทยาที่พบว่าในกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนต่อประชากรที่ดีกว่าภูมิภาคอื่น ๆ หลายเท่าตัว

สถานการณ์สุขภาพจิตในกลุ่มปฐมวัย (0-5 ปี) นโยบายเด็กปฐมวัย ตามพระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ.2562 กำหนดไว้ว่า เด็กปฐมวัยทุกคนต้องได้รับการพัฒนาอย่างรอบด้านอย่างมีคุณภาพตามศักยภาพ ตามวัยและต่อเนื่อง จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังและคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วยเครื่องมือ DSPM พบว่าในช่วงปี 2558-2561 มีการค้นพบเด็กพัฒนาการล่าช้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2-3 เป็นร้อยละ 13.3 [34] แม้จะมีแนวโน้มดีขึ้น และส่งผลต่อการเพิ่มระดับสติปัญญาของเด็ก แต่ผลสำรวจพัฒนาการเด็กไทยในปี 2563 โดยกรมอนามัย พบเด็กพัฒนาการสมวัยเพียงร้อยละ 46.9 [35] การค้นหาคัดกรองเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าเข้ารับการบำบัดเพียงอย่างเดียว จึงอาจไม่เพียงพอต่อการยกระดับไอคิวเด็กอย่างยั่งยืน การเสริมสร้างความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กเพื่อส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) โดยครูและบุคลากรสาธารณสุขและพ่อแม่ร่วมกัน เป็นหนึ่งในแนวทางการแก้ปัญหา

กลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น (6-18 ปี) สุขภาพจิตเด็กวัยเรียนวัยรุ่น 3 ด้าน คือ ด้านพัฒนาการและการเรียนรู้ ด้านอารมณ์ และด้านพฤติกรรม โดย 1) ด้านพัฒนาการและการเรียนรู้ ผลการสำรวจในปี 2564 พบเด็กไทยมี IQ เฉลี่ย 102.8 แต่ยังคงพบเด็กสติปัญญาบกพร่องประมาณร้อยละ 4.5 ขณะที่ความชุกสากลอยู่ที่ร้อยละ 2-3 ปัญหา IQ/EQ จึงยังเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องติดตามดูแลต่อเนื่อง 2) ภาระโรคของประชากรกลุ่มอายุ 0-14 ปี พบโรคซึมเศร้าเป็นภาระโรคอันดับ 8 ในเด็กหญิง (ร้อยละ 2.6) [36] สอดคล้องกับผลด้านอารมณ์ การสำรวจการใช้งานแอพพลิเคชั่น Mental Health Check-in โดยผลการประเมินตนเองของเยาวชนอายุ 10-18 ปี พบว่า กลุ่มเยาวชนเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 6.2 เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 10.6 โดยกลุ่มเปราะบาง คือ เด็กและวัยรุ่นที่ไม่มีผู้ปกครองดูแล และกลุ่มที่เคยหรือกำลังรักษาปัญหาสุขภาพจิตหรือพัฒนาการ 3) ด้านพฤติกรรม ข้อมูลจากฐานข้อมูลสุขภาพจิตโรงเรียนของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน หรือ SchoolHealthHERO พบเยาวชนมีความเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรมหรืออารมณ์หรือสังคม ร้อยละ 10.06 ส่วนใหญ่เป็นปัญหาพฤติกรรม เมื่อได้รับการดูแลช่วยเหลือแล้ว อาการดีขึ้นได้ประมาณร้อยละ 77 ส่วนพฤติกรรม การใช้หน้าจอของเด็กไทย สำรวจในกลุ่มตัวอย่าง 6-18 ปี ออนไลน์ในเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน 2562 จำนวน 15,318 คน พบว่า เด็ก ร้อยละ 39 ใช้อินเทอร์เน็ต 6-10 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 38 เล่นเกมออนไลน์มากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 31 เคยถูกกลั่นแกล้งรังแกออนไลน์ และเด็ก ร้อยละ 40 ไม่ได้บอกใครเกี่ยวกับการถูกกลั่นแกล้งรังแก [37] สถานการณ์ดังกล่าวคาดว่าจะเพิ่มขึ้นอีกหลังสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 สำหรับอัตราการฆ่าตัวตายในปี 2565 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในวัยเรียนและวัยรุ่นเท่ากับ 0.32 และ 2.88 คนต่อประชากรแสนคน ต่ำกว่าอัตราเฉลี่ยของประเทศ แต่อัตราการพยายามฆ่าตัวตายในวัยเรียนและวัยรุ่นเท่ากับ 41.81 และ 224.38 ต่อประชากรแสนคน อัตราการพยายามฆ่าตัวตายในวัยเรียนใกล้เคียงกับอัตราเฉลี่ยของประเทศ (48.06 ต่อประชากรแสนคน) แต่อัตราในวัยรุ่นสูงกว่าอัตราเฉลี่ยของประเทศประมาณ 5 เท่า [38]

กลุ่มวัยทำงาน (19-59 ปี) สถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อเศรษฐกิจและสุขภาพจิตของประชาชนกลุ่มเปราะบางของทุกประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย ผลการประเมินสุขภาพจิตคนไทยจากแอปพลิเคชัน Mental Health Check-in พบภาวะเครียด ซึมเศร้า เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 10-15 วัยทำงาน เครียด หมดไฟ

34 สำนักพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย. (2561). “รายงานประจำปี 2561”. สำนักพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย
35 สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ. (2563). “ผลการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย ประจำปี 2563”.
36 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2560). “รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557”. บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด. นนทบุรี
37 มูลนิธิอินเทอร์เน็ตร่วมพัฒนาไทย. (2563). “การสำรวจสถานการณ์เด็กกับภัยออนไลน์ประจำปี 2563”. บริษัท เอ็กซ์แอล อิมเมจจิ้ง จำกัด (สำนักงานใหญ่)
38 ข้อมูลจาก ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เข้าถึงได้จาก https://suicide.dmh.go.th/

กลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ คือ ภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย และภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน พบปัญหาความเครียด ซึมเศร้า วิตกกังวลได้สูง แม้ผู้สูงอายุจะมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายเพียง 14.42 คนต่อประชากรแสนคน ต่ำกว่าอัตราเฉลี่ยของประเทศ แต่อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จกลับสูงที่สุดในทุกช่วงวัยคือ 10.2 คนต่อประชากรแสนคน

สถานการณ์ต่อเนื่องจากการระบาดของโรคโควิด-19 ยังเป็นตัวกระตุ้นที่ส่งผลกระทบต่อสภาวะทางเศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต พฤติกรรม ทัศนคติ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มาพร้อมกับความท้าทายจากภัยเงียบ คือ “ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า” และอาจนำไปสู่สถานการณ์การฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นของคนไทยได้ [39] อย่างไรก็ตามเป็นโอกาสสำคัญที่ประชาชนเห็นปัญหาและความสำคัญของการมีสุขภาพจิตที่ดี ประกอบกับการมีแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ เป็นกรอบดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจิตให้แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย มีการประเมินสุขภาพจิต มีเครื่องมือ โปรแกรม หลักสูตรที่พร้อมขยายผล มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี จึงควรมีการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ครอบคลุมถึงเรื่องการส่งเสริม เฝ้าระวัง และป้องกัน ให้ประชาชนมีภูมิคุ้มกันและมีความเข้มแข็งทางจิตใจ (resilience) ในการรับมือกับผลกระทบจากสถานการณ์ต่าง ๆ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ส่งเสริมให้คนดูแลสุขภาพจิตตนเองและดูแลจิตใจผู้อื่น รวมถึงการส่งเสริมไปที่การเปลี่ยนแปลงปัจจัยแวดล้อมด้วย โดยมุ่งเน้นการสานเสริมพลังความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ ที่จะเป็นกุญแจสำคัญทำให้ประชาชนมีความยืดหยุ่นในการปรับตัวได้ในทุกสถานการณ์ สามารถทำงานให้เกิดประสิทธิผล และสามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมของตน

สถานการณ์และแนวโน้มที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

1. **สถานการณ์คุณภาพอากาศกับผลกระทบต่อสุขภาพ**
ภาพรวมคุณภาพอากาศประจำปี 2565 ดีขึ้นกว่าปี 2564 โดยพบว่า มีปริมาณฝุ่นละออง PM2.5 ค่าเฉลี่ยรายปีทั้งประเทศ 20 มคก./ลบ.ม. (ลดลงจากปี 2564 ร้อยละ 5) ฝุ่นละออง PM10 มีค่าเฉลี่ยรายปีทั้งประเทศ 38 มคก./ลบ.ม. (ลดลงจากปี 2564 ร้อยละ 5) และก๊าซโอโซน มีค่าเฉลี่ย 8 ชั่วโมงสูงสุด เฉลี่ยทั้งประเทศ 100 ส่วนในพันล้านส่วน (ลดลงจากปีก่อนหน้าร้อยละ 2) มลพิษสิ่งแวดล้อมหลักที่ยังคงเป็นปัญหาในพื้นที่เดิม คือ ฝุ่นละออง PM2.5 (กรุงเทพมหานครและปริมณฑล และพื้นที่ 9 จังหวัดภาคเหนือ) ฝุ่นละออง PM10 (ตำบลหน้าพระลาน จังหวัดสระบุรี) และสารอินทรีย์ระเหยง่าย หรือ VOCs (พื้นที่มาบตาพุดและบริเวณใกล้เคียง จังหวัดระยอง) และยังเกิดปัญหาใหม่เพิ่มเติม คือ มลพิษข้ามพรมแดนในอนุภูมิภาคแม่โขง โดยพบจุดความร้อนช่วงระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน 2565 จากเมียนมามากที่สุด 202,483 จุด รองมาลง สปป.ลาว 97,759 จุด กัมพูชา 81,973 จุด ประเทศไทย 43,096 จุด และเวียดนาม 20,956 จุดตามลำดับ

การเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากปัญหาฝุ่นละออง PM2.5 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-13 จากคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึง กรกฎาคม 2565 มีอัตราการป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจมากที่สุด 4,396 คนต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มโรคผิวหนัง 1,640 ต่อประชากรแสนคน กลุ่มโรคตา 1,179 คนต่อประชากรแสนคน และกลุ่มโรคหัวใจหลอดเลือด 1,113 คนต่อประชากรแสนคน ซึ่งอัตราป่วยรวมทุกกลุ่มโรคปี 65 เทียบปี 64 มีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ช่วงกุมภาพันธ์ถึงเมษายน โดยเฉพาะโรคระบบทางเดินหายใจและสอดคล้องกับช่วงระยะเวลาเดียวกันกับค่าเฉลี่ยฝุ่นละออง PM 2.5 ที่เพิ่มสูงขึ้น

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

2. **สถานการณ์ขยะและกากของเสียกับผลกระทบต่อสุขภาพ**

- ขยะมูลฝอยชุมชน ภาพรวมขยะมูลฝอยชุมชนประจำปี 2565 แย่กว่าปี 2564 โดยพบว่า มีขยะมูลฝอยเกิดขึ้น 25.70 ล้านตัน หรือ 70,411 ตัน/วัน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 3 เมื่อเทียบกับปี 2564 ที่ 24.98 ล้านตัน) และมีอัตราการเกิดขยะมูลฝอยเฉลี่ยเท่ากับ 1.07 กิโลกรัม/คน/วัน เนื่องจากรัฐบาลคลายมาตรการล็อกดาวน์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ประกอบกับการกระตุ้นการท่องเที่ยวภายในประเทศและเริ่มเปิดประเทศ ส่งผลให้ประชาชนกลับมาดำเนินชีวิตตามปกติมากขึ้น และวิถีการดำเนินชีวิตประชาชนบางส่วนยังคงพฤติกรรมการซื้อและบริโภคในบริการสั่งซื้อสินค้าและอาหารผ่านระบบออนไลน์ปริมาณสูง รวมทั้งนักท่องเที่ยวเริ่มทยอยกลับมาเที่ยวในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง จนทำให้เกิดปัญหาใหม่คือ ขยะมูลฝอยประเภทบรรจุภัณฑ์พลาสติกแบบใช้ครั้งเดียวทิ้ง (single-use plastic) 3.08 ล้านตัน (ร้อยละ 12 ของขยะที่เกิดขึ้นทั้งหมด) โดยมีรายละเอียดของขยะมูลฝอยทั้งหมดเกิดขึ้น คือ 4 ล้านตัน หรือร้อยละ 15 ขยะที่เกิดขึ้นทั้งหมด ถูกคัดแยกเพื่อนำกลับไปใช้ประโยชน์จากบ้านเรือนและแหล่งกำเนิดด้วยกระบวนการซาเล้งร้านรับซื้อของเก่า 1.7 ล้านตัน หรือร้อยละ 7 ของขยะที่เกิดขึ้นทั้งหมด ไม่มีการให้บริการเก็บขนและถูกจัดการกันเองโดยบ้านเรือนและชุมชนเนื่องจากอยู่ในพื้นที่ห่างไกลหรือนอกเหนือพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 20 ล้านตัน หรือร้อยละ 78 ขยะที่เกิดขึ้นทั้งหมด ถูกเก็บขนโดยรถบรรทุกเก็บขนขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเอกชนซึ่งได้รับอนุญาตหรือมอบหมายจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการให้บริการเก็บขนแทน
- ของเสียอันตราย ของเสียอันตรายจากชุมชนเกิดขึ้น 676,146 ตัน (เพิ่มขึ้นจากปี 2564 ร้อยละ 0.99) โดย 439,495 ตัน (ร้อยละ 65) เป็นซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ และ 236,651 ตัน (ร้อยละ 35) ของเสียอันตรายประเภทอื่น ๆ เช่น หลอดไฟ ถ่านไฟฉาย แบตเตอรี่ ภาชนะบรรจุสารเคมี กระป๋องสเปรย์ เป็นต้น ซึ่งถูกรวบรวมและนำไปกำจัดเพียง 86,954 ตัน (ร้อยละ 12.86) นอกนั้นร้อยละ 85 ปะปนไปกับขยะมูลฝอยชุมชนและขยะอุตสาหกรรม โดยแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเนื่องมาจากมีความต้องการและนิยมใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าและอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มากขึ้น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีส่งผลให้มีการเปลี่ยนอุปกรณ์ บ่อยขึ้นเพื่อให้ทันต่อเทคโนโลยีที่ทันสมัย นอกจากนี้ผลิตภัณฑ์บางส่วนมีคุณภาพต่ำ อายุการใช้งานของผลิตภัณฑ์สั้น ทำให้ของเสียอันตรายจากชุมชนมีปริมาณเพิ่มขึ้น
- ขยะอาหาร/ขยะอินทรีย์ ขยะมูลฝอยชุมชนที่ส่งมากำจัด ณ สถานที่กำจัดปลายทาง พบว่า มีขยะอาหาร/ขยะอินทรีย์ปริมาณมากที่สุดถึง 9.68 ล้านตัน หรือร้อยละ 38 ขยะมูลฝอยชุมชนทั้งหมด โดยขยะอาหาร/ขยะอินทรีย์ประกอบด้วยส่วนที่รับประทานได้ (edible) ร้อยละ 39.5 และส่วนที่รับประทานไม่ได้ (inedible) ร้อยละ 60.5 เช่น กระดูก ก้างปลา และเปลือก เป็นต้น โดยขยะอาหาร/ขยะอินทรีย์ในครัวเรือนที่พบมากที่สุด คือ ส่วนที่รับประทานไม่ได้และเปลือกผลไม้ หากจัดการขยะอาหาร/ขยะอินทรีย์ ไม่ถูกวิธีทำให้เกิดมลพิษทางสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างมาก เนื่องจากขยะอาหาร/ขยะอินทรีย์สามารถก่อให้เกิดก๊าซเรือนกระจกได้ อาทิ ก๊าซมีเทน ซึ่งเป็นก๊าซเรือนกระจกที่มีศักยภาพในการทำให้โลกร้อนถึง 28 เท่าเทียบกับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศได้
- ขยะพลาสติก นับจากมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีการใช้ผลิตภัณฑ์พลาสติกมากเกินความจำเป็นและเพิ่มมากขึ้น ในปี 2565 มีขยะพลาสติกแบบใช้ครั้งเดียว (single-use plastics) 3.08 ล้านตัน (ร้อยละ 12 ของปริมาณขยะที่เกิดขึ้นทั้งหมด) ซึ่งเป็นอันดับ 2 รองจากขยะอาหาร/ขยะอินทรีย์ โดยขยะพลาสติกแบบใช้ครั้งเดียวนี้ ได้แก่ ถุงร้อน ถุงเย็น ถุงหูหิ้ว แก้วพลาสติก หลอดพลาสติก กล่องโฟมบรรจุอาหาร เป็นต้น ปัจจุบันมีการนำขยะพลาสติกกลับไปใช้ประโยชน์เพียง 0.62 ล้านตัน (ร้อยละ 20) เท่านั้น ส่วนที่เหลืออีก 2.37 ล้านตัน (ร้อยละ 77) จะถูกนำไปกำจัดด้วยการฝังกลบรวมกับขยะมูลฝอยอื่น ๆ และ 0.09 ล้านตัน (ร้อยละ 3) ไม่ได้รับการจัดการตกค้างในสิ่งแวดล้อม จนกลายเป็นไมโครพลาสติกและขยะทะเลในที่สุด

3. **มลพิษอุตสาหกรรมกับผลกระทบต่อสุขภาพ**

จากข้อมูลกรมโรงงานอุตสาหกรรมผ่านระบบการแจ้งการขนส่งและนำเข้าสู่ระบบการจัดการกากของเสียอุตสาหกรรม พบว่า ปี 2665 มีของเสียอุตสาหกรรมรวมทั้งสิ้น 36.55 ล้านตัน (เพิ่มขึ้นจากปี 2564 ร้อยละ 96.82 ปี 2564 มีปริมาณ 18.57 ล้านตัน) สามารถจำแนกได้ดังนี้ กากของเสียอุตสาหกรรมที่ไม่เป็นอันตราย 33.84 ล้านตัน (ร้อยละ 93.73 ของเสียอุตสาหกรรมทั้งหมด) และกากของเสียอุตสาหกรรมที่เป็นอันตราย 2.71 ล้านตัน (ร้อยละ 6.26 ของเสียอุตสาหกรรมทั้งหมด) มีการคาดการณ์ว่า ปริมาณกากอุตสาหกรรมที่การแจ้งในระบบกรมโรงงานอุตสาหกรรมเพียงร้อยละ 40 เท่านั้น ยังคงมีกากอุตสาหกรรมที่เหลืออีกร้อยละ 60 ยังไม่มีการรายงานเข้าสู่ระบบหรือดำเนินการไม่ถูกต้อง ดังนั้นจะพบการลักลอบทิ้งกากอุตสาหกรรมเพิ่มมากขึ้น

โดยในแต่ละภูมิภาคของประเทศมีการกระจายตัวของโรงงานบำบัดกำจัดกากอุตสาหกรรม โดยศักยภาพการรองรับและการกระจายตัวของโรงงานบำบัดกำจัดกากอุตสาหกรรม พบว่า มากสุดอยู่ที่ภาคตะวันออก รองลงมาเป็นภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันตก ภาคเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ

สถานการณ์และแนวโน้มที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ

1. **อัตราการคลอดของวัยรุ่น**

อัตราการคลอดของวัยรุ่นไทย ที่เคยพุ่งขึ้นสูงสุดในช่วงปี พ.ศ. 2554-2555 โดยอยู่ที่ 53.4 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ประเทศไทยใช้เวลาเกือบ 10 ปี ในการลดอัตราดังกล่าวลงมาให้เหลือต่ำกว่าครึ่งหนึ่ง โดยข้อมูลในปี 2564 อัตราการคลอดของแม่วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี อยู่ที่ 24.4 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน แม้จะมีแนวโน้มที่ลดลง แต่เมื่อแยกเป็นรายจังหวัดพบว่าในจังหวัดเหล่านี้มีอัตราการคลอดของแม่วัยรุ่นสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ ประกอบด้วย อันดับ 1 จังหวัดตาก (42.7) อันดับ 2 จังหวัดแม่ฮ่องสอน (36.7) อันดับ 3 จังหวัดนครนายก (35.6) อันดับ 4 จังหวัดระยอง (34.3) และอันดับ 5 จังหวัดจันทบุรี 33.6 ต่อประชากร 1,000 คน โดยในภาพรวมของประเทศถือว่า ประเทศไทยสามารถบรรลุผลสำเร็จในการลดอัตราการคลอดของวัยรุ่นก่อนเป้าหมายที่ได้วางไว้ ว่าในปี 2569 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ไม่เกิน 0.5 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน และอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 25 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ปัจจุบันคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เห็นชอบการปรับตัวชี้วัดภายใต้แผนปฏิบัติการครึ่งแผนหลัง โดยลดค่าเป้าหมายอัตราการคลอดของวัยรุ่น อายุ 15 – 19 ปี จากไม่เกิน 25 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 – 19 ปี 1,000 คน เหลือไม่เกิน 15 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 – 19 ปี 1,000 คน ในปี 2570 แต่ยังคงค่าเป้าหมายอัตราการคลอดของวัยรุ่นอายุ 10 – 14 ปี ที่ไม่เกิน 0.5 ต่อประชากรหญิงอายุ 10 – 14 ปี 1,000 คน ในปี 2570 ในส่วนของอัตราการคลอดซ้ำของวัยรุ่น อายุ 10-19 ปี พบว่า มีอัตราลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2564 อยู่ที่ร้อยละ 7.5

จากการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่นประเทศไทย พ.ศ. 2564 พบว่า ก่อนตั้งครรภ์มีสถานะเป็นนักเรียน นักศึกษา ร้อยละ 56.1 แม่วัยรุ่นที่เรียนในระบบการศึกษา ขณะตั้งครรภ์ต้องหยุดเรียนหรือลาออก ร้อยละ 35.6 หลังจากคลอดบุตรส่วนใหญ่อยู่บ้านเพื่อเลี้ยงดูบุตร ร้อยละ 52.6 และกลับมาเรียนในสถานศึกษาเดิมเพียงร้อยละ 20.3 ส่วนแม่วัยรุ่นกลุ่มที่ก่อนตั้งครรภ์ไม่ได้อยู่ในระหว่างการศึกษานั้นพบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ มากที่สุด ร้อยละ 59.7 รองลงมาคือ ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 17.7 ซึ่งหลังจากตั้งครรภ์แม่วัยรุ่นไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ ลดลงเป็น ร้อยละ 57.9 แม่วัยรุ่นไม่มีรายได้ ร้อยละ 26.4 สำหรับกลุ่มที่มีรายได้นั้นมีรายได้จากสามีหรือเพื่อนชาย ร้อยละ 54.4 นอกจากนี้แม่วัยรุ่นมีเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกันที่มีประวัติการตั้งครรภ์ เมื่ออายุน้อยกว่า 20 ปี สูงถึงร้อยละ 82.3 และบุคคลที่

แม่วัยรุ่นปรึกษาเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ คือบิดามารดาของตนเอง ร้อยละ 53.7 รองลงมาคือ ปรึกษาสามีหรือเพื่อนชาย ร้อยละ 45.9 สำหรับบุคคลที่ให้การดูแลในขณะแม่วัยรุ่นตั้งครรภ์ เป็นสามีหรือเพื่อนชาย ร้อยละ 67.6 และบิดามารดาของตนเอง ร้อยละ 61.3

2. **การยุติการตั้งครรภ์**

จากข้อมูลของระบบปรึกษาท้องไม่พร้อม RSA Online ซึ่งเป็นระบบปรึกษาท้องไม่พร้อมแบบออโตเมชั่น ผู้รับบริการสามารถเข้าใช้งานผ่านเว็บไซต์ www.rsathai.org โดยไม่ต้องระบุตัวตน โดยได้รับการสนับสนุนการพัฒนาจาก สสส. เปิดใช้งานในเดือนกรกฎาคม 2564 มีจำนวนผู้เข้าใช้งานตั้งแต่เปิดบริการ จนถึง เมษายน 2566 (21 เดือน) จำนวน 129,566 คน (นับจาก IP ของผู้ใช้บริการที่ไม่ซ้ำกัน จากการใช้งานทั้งหมด 194,347 ครั้ง) หรือคิดเป็นผู้ใช้งานเฉลี่ย 6,170 ราย/เดือน โดยผู้ใช้งานส่วนใหญ่ อายุมากกว่า 25 ปีคิดเป็นร้อยละ 46.7 (จำนวน 60,539 ราย) รองลงมา อายุระหว่าง 20-24 ปี ร้อยละ 30.6 (จำนวน 39,701 ราย) และน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 22.6 (จำนวน 29,326) ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 86.7 รองลงมา อายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 13.1 และไม่พบข้อมูลอายุครรภ์ ร้อยละ 0.2

ในส่วนของบริการของสายด่วน 1663 ปรึกษาเอดส์และท้องไม่พร้อม ในรอบปี 2565 พบว่ามีจำนวนผู้มาขอรับคำปรึกษาทั้งหมด 43,998 ราย โดยเป็นผู้ที่ตั้งครรภ์แล้ว 36,700 ราย โดยผู้ขอรับคำปรึกษาส่วนใหญ่อายุมากกว่า 20 ปี คิดเป็นจำนวน 30,639 ราย อายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 6,061 ราย โดยผู้ที่ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์คิดเป็นร้อยละ 92.8 (จำนวน 34,067 ราย) โดยเหตุผลในการเลือกยุติการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านเศรษฐกิจ ร้อยละ 42.1 รองลงมาคือ ปัญหาทางครอบครัว ร้อยละ 29.3 และปัญหาทางด้านสังคม ร้อยละ 19.9

3. **โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์**

อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรค (โรคซิฟิลิส โรคหนองใน โรคหนองในเทียม โรคแผลริมอ่อน และกามโรค) มีแนวโน้มการรายงานสถานการณ์โรคที่สูงขึ้น จาก 28.8 ราย ต่อประชากรแสนคน ในปี 2560 เป็น 29.2 ราย ต่อประชากรแสนคน ในปี 2564 ซึ่งอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลักถือว่าเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จโดยอ้อมของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ หากสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มการเกิดโรคที่สูงขึ้น ก็อาจส่งผลต่อสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีของประเทศที่สูงขึ้นได้ ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบอัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มเยาวชนอายุ 15 - 24 ปี ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 99.6 ราย ต่อประชากรกลุ่มอายุ 15- 24 ปี แสนคน ในปี 2560 เป็น 106.2 ราย ต่อประชากรกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี แสนคน ในปี 2564 ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียน ของกองระบาดวิทยา ปี 2562 พบว่ามีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในนักเรียนชายระดับ ปวช. 2 ยังต่ำกว่าเป้าหมาย โดยอัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับแฟนหรือคนรัก ร้อยละ 40.4 ใช้กับพนักงานบริการหญิง ร้อยละ 62.0 ใช้กับหญิงอื่น ร้อยละ 56.7 และใช้กับผู้ชาย ร้อยละ 51.1 เป็นต้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มเยาวชนยังคงมีพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ทำให้มีโอกาสติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะเอชไอวี นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มการเกิดซิฟิลิสในทารกแรกเกิด สูงขึ้นจาก 25.2 ราย ต่อประชากรเด็กเกิดมีชีพแสนคน ในปี 2561 เป็น 51.8 ราย ในปี 2563 [40]

4. **เอชไอวี**

ภาพรวมการแพร่ระบาดของสถานการณ์เอชไอวีในประเทศไทย ในปี 2564 เพิ่มขึ้นจากปี 2563 เล็กน้อย จากการคาดประมาณล่าสุด พบว่าเมื่อสิ้นปี 2564 มีจำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 520,345 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่ 6,485 ราย ผู้ติดเชื้อฯ ที่เสียชีวิต 9,322 ราย ซึ่งเมื่อเทียบกับยุทธศาสตร์ยุติปัญหาเอดส์ ปี 2560-2573 พบว่าการจะถึงเป้าหมายที่ได้วางไว้ยังคงอีกไกล นอกจากนี้อุบัติการณ์การติดเชื้อ คิดเป็น 0.09 ต่อประชากรที่ไม่ติดเชื้อ 1,000 ราย ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (0.03) ที่ UNAIDS คาดไว้ว่าจะมีการแพร่ระบาดเอชไอวีอย่างต่อเนื่องต่อไป ข้อมูลในระบบเฝ้าระวังฯ ยังพบว่าความชุกการติดเชื้อฯ ในหญิงตั้งครรภ์อายุน้อย (อายุ 15-24 ปี) สะท้อนถึงการติดเชื้อฯ รายใหม่เริ่มมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2560 และ 2561 ร้อยละ 0.47 และ 0.45 ตามลำดับ เพิ่มเป็นร้อยละ

40 ข้อมูลจาก กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

0.55 ในปี 2562 และลดลงมาอยู่ที่ 0.26 ในปี 2564 สัดส่วนของผู้ติดเชื้อรายใหม่ จะอยู่ในวัยอายุ 15 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน รองลงมาเกิดจากการฉีดสารเสพติดที่ไม่ปลอดภัย ช่องทางการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่พบมากที่สุดคือ จากเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชาย ร้อยละ 61.8 รองลงมาคือ การมีเพศสัมพันธ์กับคู่ผลเลือดต่าง (คู่อยู่กิน/คู่ประจำ) ร้อยละ 23.3 การมีเพศสัมพันธ์กับคู่ชั่วคราวและนอกสมรส ร้อยละ 10.9 เพศสัมพันธ์ซื้อขายบริการ ร้อยละ 1.1 และติดเชื้อจากการใช้เข็มและกระบอกฉีดร่วมกัน ร้อยละ 3.0

5. **การตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ**

จากข้อมูลการติดตามสถานการณ์การตีตรา และเลือกปฏิบัติ ในระบบบริการสุขภาพ ในพื้นที่เฝ้าระวังของประเทศ ปี พ.ศ. 2564 เปรียบเทียบกับปี 2562 พบว่า สถานการณ์การเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อฯ ลดลง โดยมีการสังเกตเห็นบุคลากรแสดงการรังเกียจ ในการให้บริการกับผู้ติดเชื้อฯ ร้อยละ 23.36, 22.68 ในขณะที่ผู้ติดเชื้อฯ ที่มีประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติ จากการมารับบริการที่สถานพยาบาล มีสถานการณ์ดีขึ้นกว่าเดิม พบว่า ใน 12 เดือนที่ผ่านมาผู้ติดเชื้อฯ มีประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการมารับบริการสุขภาพลดลงเล็กน้อย (ร้อยละ 11.06 เป็นร้อยละ 9.61) ประสบการณ์ในการถูกเปิดเผยสถานะและความลับมากขึ้นเล็กน้อย ร้อยละ 11.97 เป็นร้อยละ 12.83 ผู้ติดเชื้อฯ ยังคงมีการตีตราตนเองไม่ลดลง ร้อยละ 2.52 เป็นร้อยละ 2.93 จากการสำรวจสุขภาพประชาชนทั่วประเทศที่ดำเนินการสำรวจทุก 5 ปี ครั้งล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่าประชาชนไทย ร้อยละ 48.6 มีเจตคติที่ไม่ดีในการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อฯ ซึ่งทัศนคติเชิงลบนี้ลดลงจากผลการสำรวจปี 2557 ที่เท่ากับร้อยละ 58.6 แต่ก็ถือว่าเป็นสัดส่วนที่ยังสูงอยู่ [41]

เมื่อพิจารณาถึงแนวโน้มสถานการณ์ในประเด็นการสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศที่เกิดขึ้น พบว่ายังมีเรื่องท้าทายที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องร่วมมือกันดำเนินการ ไม่ว่าจะเป็นการลดอัตราการคลอดของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ให้เหลือ 15 ต่อ 1,000 คน ภายในปี 2570 การลดอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งจะสัมพันธ์กับอัตราการติดเชื้อเอชไอวี และต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายให้มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ทั้งจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่าง ๆ โดยมีการเลือกใช้ช่องทางการสื่อสารที่สอดคล้องกับพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายอีกด้วย นอกจากนี้การพยายามผลักดันให้สายด่วน 1663 เป็นบริการพื้นฐานที่จะได้รับการสนับสนุนจาก สปสช. ที่ยังอยู่ในขั้นตอนการเปลี่ยนผ่าน ยังถือเป็นเรื่องที่ต้องหนุนเสริมและติดตามกระบวนการหรือขั้นตอนในการเปลี่ยนผ่านอย่างใกล้ชิด

สถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและระบบยา

สถานการณ์ปัญหาด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในปี 2567 ยังคงมีแนวโน้มปัญหาต่อเนื่องมาจากปี 2566 คือปัญหาการขอเคลมค่าสินไหมล่าช้า และปัญหาการกู้เงินออนไลน์ รวมทั้งปัญหาต่อเนื่องที่ยังคงต้องดำเนินการช่วยเหลือต่อ เช่น การถูกหลอกลวง ฉ้อโกง ซื้อขายออนไลน์ ความปลอดภัยของสินค้าและบริการในชีวิตประจำวัน เป็นต้น ซึ่งจากข้อมูลทางสถิติของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ แสดงให้เห็นว่าการหลอกลวงสูงสุด 10 อันดับแรกทางไซเบอร์คือ 1) การหลอกลวงซื้อขายสินค้า คิดเป็นร้อยละ 32.78 2) การหลอกให้โอนเงินเพื่อหารายได้จากการทำกิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 13.92 3) การหลอกให้กู้เงินแต่ไม่ได้เงิน คิดเป็นร้อยละ 12.02 4) การหลอกให้ลงทุน คิดเป็นร้อยละ 9.29 5) การหลอกลวงทางโทรศัพท์เป็นขบวนการ คิดเป็น 7.65 6) การหลอกลวงให้ซื้อขายสินค้า (เป็นขบวนการ) คิดเป็นร้อยละ 5.49 7) การหลอกเป็นบุคคลอื่นเพื่อยืมเงิน คิดเป็นร้อยละ 2.85 8) การหลอกให้โอนเงิน คิดเป็นร้อยละ 1.86 9) การหลอกให้รักแล้วลงทุน คิดเป็นร้อยละ 1.67 และ 10) การกู้เงินออนไลน์ ดอกเบี้ยเกินอัตรา คิดเป็นร้อยละ 1.37 และจากสถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อประกอบการจัดทำร่าง ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 สาระการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ในปี 2565 พบว่าผู้บริโภค

41 ข้อมูลจาก กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

ยังได้รับสินค้าและบริการที่ไม่ปลอดภัยหรือถูกเอารัดเอาเปรียบอยู่มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพซึ่งมีแหล่งกระจายทั้งในสถานที่ขายตามกฎหมาย ร้านค้าในชุมชน ร้านค้าออนไลน์ รวมถึงยังมีการโฆษณาส่งเสริมการขายที่ผิดกฎหมาย ในขณะที่หน่วยงานรัฐและองค์กรผู้บริโภคยังไม่สามารถคุ้มครองผู้บริโภคได้อย่างเหมาะสมเท่าที่ควร เนื่องด้วยกฎหมายไม่ทันสมัยและการบังคับใช้กฎหมายยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ประกอบกับผู้บริโภคขาดความรู้เท่าทันเป็นทุนเดิม และยังคงขาดแหล่งข้อมูลแจ้งเตือนภัยในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นสาเหตุทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการบริโภคและความไม่เท่าทันการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย โดยเฉพาะผู้บริโภคที่เป็นกลุ่มเปราะบางในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมักแสวงหาผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพต่าง ๆ ด้วยตนเอง และเมื่อได้รับความเสียหายจากการบริโภคนั้น ๆ ก็จะมีผู้บริโภคที่ร้องเรียนเพียงบางส่วนเท่านั้นที่ได้รับการชดเชยเยียวยาความเสียหาย

ปัจจุบันสถานการณ์การใช้ยาไม่สมเหตุผลก็ยังคงเป็นปัญหาสำคัญด้วยเช่นกัน คือ **ยังคงพบปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมและการใช้ยามากเกินความจำเป็น ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ใช้ยา ซึ่งนำไปสู่อาการแพ้ยาปฏิชีวนะ มีอาการไม่พึงประสงค์ และเป็นการเพิ่มโอกาสในการดื้อยาของเชื้อแบคทีเรียได้** ซึ่งถือว่าเป็นภัยคุกคามทางด้านสุขภาพที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ เพราะจะทำให้การรักษาพยาบาลยืดเยื้อ หรืออาจทำให้เสียชีวิตได้ ซึ่งปัจจุบันปัญหาเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะถือเป็นหนึ่งในภัยคุกคามสาธารณสุขโลก มีการคาดการณ์ว่าหากปัญหาเชื้อดื้อยาไม่ได้รับการแก้ไขภายในปี 2593 จะมีผู้เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาสูงถึง 10 ล้านคน โดยประเทศในเอเชียจะมีผู้เสียชีวิตมากที่สุดสูงถึง 4.7 ล้านคน และในประเทศไทยมีรายงานผู้เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาปีละประมาณ 38,000 คน เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจสูงถึง 4.2 หมื่นล้านบาท

นอกจากการใช้ยาปฏิชีวนะจะใช้ในการรักษาโรคในมนุษย์แล้ว การใช้ยาปฏิชีวนะยังถูกนำมาใช้ในการรักษาและป้องกันโรคตั้งแต่ต้นน้ำของวงจรการผลิตอาหารในฟาร์มเลี้ยงสัตว์อีกด้วย เนื่องจากการเข้าถึงยาได้ง่ายของเกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์และประชาชนทั่วไป จึงทำให้ปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลไม่ได้เกิดเฉพาะในฟาร์มปศุสัตว์เท่านั้น แต่ยังอาจพบในกลุ่มเกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ ดังนั้นปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลจึงเป็นอีกหนึ่งปัญหาท้าทายที่ต้องหาแนวทางในการแก้ไขอย่างเป็นระบบตั้งแต่การกำหนดเป็นนโยบายระดับประเทศจนมาถึงระดับการทำงานของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในระดับภูมิภาค และในเขตพื้นที่ โดยเฉพาะการทำงานในระดับชุมชนเพื่อพัฒนาความตระหนักรู้ของประชาชน ตลอดจนสามารถขับเคลื่อนงานในนโยบายระดับพื้นที่เพื่อนำไปต่อยอดสู่งานระดับชาติต่อไป

จุดเน้นของแผน

จากการพิจารณาทบทวนยุทธศาสตร์และบริบทสำคัญต่าง ๆ ได้แก่ สถานการณ์และทิศทางของประเทศการดำเนินงานตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) กรอบนโยบายของคณะกรรมการกองทุน รวมทั้งการสังเคราะห์ข้อมูลช่องว่างและผลการดำเนินงานที่ผ่านมานั้น แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจึงได้มีการกำหนดจุดเน้นการดำเนินงานสำคัญในปี 2567 ออกมา 5 ด้าน ดังนี้

จุดเน้นที่ 1: สนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนมาตรการ นโยบาย แนวปฏิบัติ และระบบสนับสนุนที่จำเป็น

1. ร่วมสนับสนุนการพัฒนานโยบาย**มาตรการป้องกันและควบคุมความรุนแรงต่อตนเองและบุคคลอื่น มาตรการคัดกรองโดยการประเมินสุขภาพจิตในสถานประกอบการ** เพื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นของกลุ่มวัยแรงงาน และผลักดัน**มาตรการการส่งเสริมสุขภาพจิตให้อยู่ในมาตรฐานบริการสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ** การรับรองมาตรฐานให้บริการปรึกษาด้านสุขภาพจิตเพื่อส่งเสริมให้มีคุณภาพและเข้าถึงได้
2. ผลักดันการพัฒนาและปรับปรุง **มาตรการ กฎระเบียบ ด้านการจัดการมลพิษทางสิ่งแวดล้อม** และร่วม**ขับเคลื่อนแผนการปฏิบัติการแก้ไขปัญหาฝุ่นละออง PM2.5 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร** ที่รองรับประกาศคณะกรรมการ

สิ่งแวดล้อมแห่งชาติ เรื่อง กำหนดมาตรฐานฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอนในบรรยากาศโดยทั่วไป ลงวันที่ 8 กรกฎาคม 2565

จุดเน้นที่ 2: สนับสนุนขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านวิชาการ เพื่อเผยแพร่งานวิจัย งานวิชาการ และองค์ความรู้ใหม่ที่จำเป็นต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

1. สนับสนุนสถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิตและภาคีเครือข่ายอื่น ๆ **จัดทำภูมิทัศน์ระบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต** เพื่อทบทวนช่องว่างมาตรการ/นโยบายด้านสุขภาพจิต จัดทำรายงานสถานการณ์ด้านสุขภาพจิต ทบทวนตัวชี้วัดที่สะท้อนภาพรวมในระดับชาติ และผลิตองค์ความรู้ใหม่ที่จำเป็นต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต เน้นสำหรับ **วัยทำงาน เยาวชน สุขภาพจิตกลุ่มคนเมือง** เพื่อใช้ประโยชน์ในการสนับสนุนการพัฒนามาตรการนโยบาย รวมทั้ง **พัฒนาหลักสูตรนักส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน / พี่เลี้ยง และ การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมจิตวิทยาเชิงบวก** ให้สามารถนำไปสนับสนุนการพัฒนามาตรการ หรือ นโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาพจิต และประยุกต์ใช้ในการขับเคลื่อนระดับพื้นที่หรือออกแบบการขยายผลเพื่อสร้างความยั่งยืนต่อไป
2. สนับสนุน**การถอดบทเรียนและจัดทำแผนปฏิบัติการระดับจังหวัดหรือระดับภาค (After Action Review, Master Plan and Action Plan) ของภาคประชาสังคม** เพื่อออกแบบกลไกการขับเคลื่อนการแก้ปัญหามลพิษทางอากาศและฝุ่นควันอย่างยั่งยืนผ่านเวที PM2.5 National Forum ระดับประเทศ และนำข้อมูลทางวิชาการมาสร้างความตระหนักรู้ร่วมกันแก่ประชาชนทั้งในประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้าน (อนุลุ่มน้ำโขง) ด้วย
3. ใช้องค์ความรู้ในประเด็น **การรู้เท่าทันโฆษณาที่ผิดกฎหมายผ่านทางช่องทางออนไลน์** มาใช้ในการเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ สร้างกลไกการเฝ้าระวัง การกำกับดูแลในพื้นที่ เพื่อเป็นการเสริมศักยภาพผู้บริโภคให้สามารถปกป้องสิทธิของตนเองและมีส่วนช่วยแก้ไขปัญหาการละเมิดสิทธิของผู้บริโภคด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ได้

จุดเน้นที่ 3: สนับสนุนการพัฒนาและขยายผลเครื่องมือ นวัตกรรม และเทคโนโลยีดิจิทัล

1. เน้นการขยายผลการใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ เช่น Hear to Heal/ Dmind บ้านพลังใจ เป็นต้น เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูล มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถเพิ่มทักษะสุขภาพจิตเชิงบวกผ่านการใช้เทคโนโลยีดิจิตัลได้ รวมทั้งมีการพัฒนานวัตกรรมด้านสภาพแวดล้อมและสังคมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่เป็นรูปธรรม เช่น สวนสร้างสุข โรงเรียนสร้างสุขปราศจากแรงกดดัน **นวัตกรรมแนวทางลดปัญหาช่องว่างระหว่างวัย นวัตกรรมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ** การพัฒนาโมเดลแบบชุมชนออนไลน์และให้คำปรึกษาสุขภาพจิตออนไลน์
2. พัฒนาระบบ**การบริหารจัดการขยะมูลฝอยครบวงจร รวมถึงระบบการคัดแยกขยะตั้งแต่ต้นทาง** และขยายผลเครือข่าย BKK Zero Waste รวมถึงใช้**นวัตกรรมเครื่องมือในการเสริมสร้างความตระหนักรู้** อาทิ Blue School ระบบพยากรณ์ผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM 2.5 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
3. สนับสนุน**นวัตกรรมระบบบริการส่งต่อเครือข่าย RSA** ซึ่งเป็นกลไกเชื่อมประสานเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาวะทางเพศที่มีคุณภาพและเป็นมิตร รวมทั้งยังเป็นการส่งเสริมการเข้าถึงการบริการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงให้เพิ่มมากขึ้นด้วย

จุดเน้นที่ 4: เสริมศักยภาพและพัฒนาความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย

1. **สนับสนุนการพัฒนาต้นแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัยในชุมชน** สร้างเสริมสุขภาพจิตวัยทำงาน ผ่านการบูรณาการร่วมกับกลไกคณะกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดกับภาคีเครือข่าย ภาคประชาสังคม หรือกลไกอื่น ๆ นอกหน่วยงานสุขภาพที่เกี่ยวข้อง **มุ่งเน้นการพัฒนากลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพจิตชุมชน รวมถึงกลุ่มอื่น ๆ** เช่น นักสื่อสารสุขภาพจิต ผู้บริหารด้านสุขภาพจิต เจ้าหน้าที่ทรัพยากรบุคคลในสถานประกอบการ นวัตกรด้านสุขภาพจิต เป็นต้น โดยมีการเพิ่มความสำคัญของมิติสังคมวัฒนธรรม การพัฒนามาตรการชุมชนเป็นพื้นที่ปลอดภัย รวมทั้งการพัฒนาการดำเนินงานสุขภาพจิตเพื่อลดความเหลื่อมล้ำสำหรับกลุ่มปราะบางในเมืองอีกด้วย
2. **หนุนเสริมเครือข่ายวิทยาศาสตร์ภาคพลเมือง** พัฒนาศักยภาพชุมชน สร้างพื้นที่ปลอดภัย ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ และกฎหมาย ให้กับภาคีเครือข่ายในการเฝ้า**ระวังติดตามปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมและมลพิษอุตสาหกรรม**ในพื้นที่วิกฤต
3. สนับสนุนการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายยุทธศาสตร์ **เพื่อการเสริมสร้างศักยภาพบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศวิถีศึกษา** เช่น อนามัยการเจริญพันธุ์ สิทธิตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การติดเชื้อเอชไอวี/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย
4. หนุนเสริมเครือข่ายองค์กรผู้บริโภค ให้มีการผนึกกำลัง สร้างความเข้มแข็งเครือข่าย เพื่อ**พัฒนาเป็นองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคในระดับพื้นที่** มีส่วนช่วยในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาการละเมิดสิทธิของผู้บริโภคด้านสุขภาพ ทำให้ผู้บริโภครับรู้ถึงสิทธิ และเข้าถึงการใช้สิทธิร้องเรียนได้ง่ายขึ้น

จุดเน้นที่ 5: พัฒนาการสื่อสารสาธารณะด้วยช่องทางที่ทันสมัยและสอดคล้องกับพฤติกรรมการรับสื่อของกลุ่มเป้าหมาย

1. สร้างกระแสสังคมยอมรับความหลากหลาย เห็นอกเห็นใจ เพื่อ**ลดการตีตราตัวเองและผู้อื่นและลดการเลือกปฏิบัติที่เสี่ยงจะเพิ่มความเครียดและความรู้สึกไม่เป็นธรรม** ควบคู่กับการสร้างความรอบรู้ทัศนคติสุขภาพจิตในมิติที่ดี สามารถสร้างสมรรถนะทางจิตใจ โดยใช้แนวคิดการพัฒนาทักษะทางจิตเชิงบวก มุ่งเน้นกลุ่มวัยทำงานและวัยรุ่น
2. เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ**การป้องกันและแก้ไขปัญหาฝุ่นละออง PM2.5 โอโซน (O_3) สารอินทรีย์ระเหยง่าย (VOCs)** สนับสนุนการสื่อสารเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงจากปัญหาหมอกควันข้ามแดนพื้นที่อนุลุ่มน้ำโขงผ่านการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางวิชาการ และสร้างเวทีสาธารณะอย่างมีส่วนร่วม เพื่อสร้างความตระหนักรู้ให้กับชุมชนเครือข่ายในพื้นที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนจังหวัด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ
3. เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจประเด็นสุขภาวะทางเพศ ในกลุ่มเด็ก/ เยาวชน พ่อแม่ผู้ปกครอง ครู และชุมชน ผ่านสื่อกระแสหลักและแพลตฟอร์มออนไลน์ เพื่อก่อให้เกิด**การปรับเปลี่ยนวิธีคิดและทัศนคติ เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ และถุงยางอนามัย** ให้สอดคล้องกับยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงไป
4. สนับสนุนกลยุทธ์การรณรงค์ เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนในพื้นที่ ในประเด็น **ความเท่าทันโลกออนไลน์ผ่านการสื่อสารที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่นและเทคโนโลยีสมัยใหม่** เพื่อเป็นการป้องกันการถูกหลอกลวงในเรื่องการซื้อสินค้า การใช้ยา และการบริการด้านสุขภาพที่ปลอดภัย

เป้าหมายการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก

1 การพัฒนาและขยายผลองค์ความรู้ทางวิชาการ นวัตกรรม เครื่องมือเทคโนโลยีดิจิทัล สร้างเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มวัยทำงาน เด็กเยาวชน ผู้สูงอายุ หรือประเด็นปัจจัยกำหนดสุขภาพจิต

ไม่น้อยกว่า
3 เรื่อง
ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

2 องค์ความรู้ งานวิจัย เอกสารเชิงวิชาการ การจัดการความรู้ หรือร่างมาตรการ ร่างแผนงาน ร่างแผนการทำงาน ในการจัดการที่จำเป็นสำหรับการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ ประเด็นฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) หรือสารอินทรีย์ระเหยง่าย (VOC) ของประเทศ

ไม่น้อยกว่า
2 เรื่อง

3 จังหวัดขยายผลร่วมนโยบายขับเคลื่อนระดับจังหวัด เพื่อลดอัตราการคลอดของวัยรุ่น และนำคู่มือการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่สังเคราะห์จากการทำงานของ สสส. ไปเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อน

ไม่น้อยกว่า
5 จังหวัด

4 บทเรียนจากประสบการณ์ทำงานด้านการคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคถูกนำไปใช้ในการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาองค์กรผู้บริโภค

ไม่น้อยกว่า
5 องค์กร

ตัวชี้วัดร่วม

การนำใช้ข้อมูลนวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อดำเนินส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาวะทั้ง 4 มิติ และสนับสนุนการทำงานเชิงพื้นที่องค์กร กลุ่มประชากร และระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ 30 องค์กร (ปี 2567) และมีผลการติดตามถอดบทเรียนใน 20 องค์กรเดิม (ปี 2566)

คำนิยาม เชิงปฏิบัติการ

1. **ความรอบรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ** หมายถึง ความรู้/ความสามารถ และทักษะของประชาชน ชุมชนองค์กร และภาคีเครือข่าย ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพจากแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ไปใช้ประโยชน์ จนก่อให้เกิดการสื่อสารที่เกี่ยวกับการเข้าถึงสิทธิผู้บริโภค การใช้ยาสมเหตุสมผล การลดผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม การสร้างเสริมสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง และการสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศที่ปลอดภัย รวมทั้งการผลักดันนโยบายครอบคลุมถึงความเข้าใจเนื้อหาที่ระบุปัจจัยทางกายภาพ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมที่กระทบต่อสุขภาวะทางเพศ สุขภาพจิต ผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม การคุ้มครองผู้บริโภค และเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา
2. **การควบคุมปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ** หมายถึง การประสานพลังทางสังคม พลังวิชาการและพลังนโยบายจนเกิดการช่วยเหลือแก้ไข การป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางกายภาพ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ที่กระทบต่อสุขภาวะของประชาชน และพัฒนา/หนุนเสริมให้แก่ภาคีเครือข่าย ผ่านการกำหนดจุดเน้นการส่งเสริมบทบาทของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ให้มีความสามารถในการควบคุมจัดการปัจจัยเสี่ยงและสร้างปัจจัยเสริมสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพจิต การแก้ไขผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม การสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ รวมทั้งการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและพัฒนาระบบยาของประชาชน
3. **นวัตกรรม** หมายถึง ชุดข้อมูล/ความรู้ใหม่ทั้งที่เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับกระบวนการใหม่ ที่มาจากบทเรียน สถานการณ์ใหม่ ๆ ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการของชุมชนและสังคมต่อการจัดการปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ ผ่านกลไก ที่เชื่อมประสานความร่วมมือของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย
4. **สุขภาพจิตดี (Mental Health)** หมายถึง สภาพที่ดีของจิตใจที่สามารถควบคุมอารมณ์มิให้เกิดความคับข้องใจหรือขัดแย้งภายในจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุขหรือสภาพชีวิตที่เป็นสุข [42] สามารถทำงานให้เกิดประสิทธิผล และสามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมของตนได้ [43]
5. **สร้างเสริมสุขภาพจิต** หมายถึง การดำเนินงานที่เน้นการพัฒนาศักยภาพของผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีหรือกลุ่มคนทั่วไปให้มีอยู่อย่างสม่ำเสมอ ควบคู่กับการสร้างสภาพแวดล้อมและสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพจิตดี
6. **สุขภาวะทางเพศที่ปลอดภัย** หมายถึง การมีชีวิตทางเพศที่เป็นสุขและปลอดภัย ทั้งในระดับบุคคลและระดับสังคม โดยประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูล มีความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงทางเพศที่ต้องเผชิญ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาวะทางเพศ เพื่อนำไปสู่การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ การลดอัตราการคลอดในผู้หญิงที่มีอายุ 15-19 ปี การลดอัตราการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
7. **การจัดการมลพิษสิ่งแวดล้อม** หมายถึง ความสามารถของประชาชนในการเฝ้าระวังเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่สืบเนื่องจากมลพิษทางอากาศ มลพิษจากขยะ และมลพิษอุตสาหกรรมได้ด้วยชุมชน โดยชุมชนมีส่วนร่วมในขั้นตอนการพัฒนานโยบายสาธารณะ ผ่านร่างกฎหมายอากาศสะอาด กฎหมายการรายงานการปล่อยมลพิษและการเคลื่อนย้ายสารมลพิษสู่สิ่งแวดล้อม การนำขยะอิเล็กทรอนิกส์จากต่างประเทศ กฎหมายที่เชื่อมโยงเครือข่ายความร่วมมือระดับชาติในกลุ่มประเทศอาเซียน และการบังคับใช้กฎหมายกับการจัดการขยะจากอุตสาหกรรมของโรงงาน
8. **การคุ้มครองผู้บริโภคและพัฒนาระบบยา** หมายถึง การพัฒนาและขับเคลื่อนมาตรการ นโยบาย เพื่อการเข้าถึงสิทธิของผู้บริโภคสินค้าและบริการสุขภาพที่ปลอดภัย ผ่านการใช้ประโยชน์จากงานวิชาการงานวิจัย นวัตกรรม เครื่องมือเทคโนโลยีดิจิทัล หรือแพลตฟอร์มออนไลน์ สำหรับการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ที่ทำลายสุขภาพไม่ปลอดภัย หลอกลวงสร้างความไม่เป็นธรรมกับผู้บริโภครวมทั้งขยายช่องทางให้ผู้บริโภครอบรู้/เท่าทันสินค้าและบริการสุขภาพที่ไม่ปลอดภัย รวมทั้งการเข้าถึงระบบแจ้งเตือนที่เชื่อมโยงการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้บังคับใช้กฎหมายการคุ้มครองผู้บริโภคและ เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ปลอดภัยได้อย่างทันท่วงที
9. **องค์กรของผู้บริโภค:** องค์กรที่ผู้บริโภคซึ่งเป็นบุคคลธรรมดาตั้งแต่ 10 คนขึ้นไปรวมตัวกันจัดตั้งขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ในการคุ้มครองผู้บริโภคและไม่แสวงหากำไร ไม่ว่าการรวมตัวจัดตั้งนั้นจะเป็นรูปแบบใด และจะเป็นนิติบุคคลหรือไม่ก็ตาม

42 พจนานุกรมการสาธารณสุขไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2559
43 World Health Organization. (2004). “Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice: summary report”. WHO Press.

แนวทางการดำเนินงาน

ขอบเขตการดำเนินงาน

1. กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงานแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ประชาขนทุกกลุ่มช่วงวัยที่มีความเสี่ยงตามบริบทประเด็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ โดยเน้นกลุ่มเด็กและเยาวชน วัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน ประชาชนกลุ่มเปราะบาง ผู้บริโภคที่บริโภคสินค้าและบริการทางสุขภาพ รวมทั้งประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยงจากปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม
2. ขอบเขตการดำเนินงานแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ประกอบด้วยประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพจิต ประเด็นสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและระบบยา รวมทั้งประเด็นปัจจัยเสี่ยงสุขภาพใหม่ที่มีความจำเป็น

กลุ่มแผนงาน

แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ประกอบไปด้วย กลุ่มแผนงาน ดังนี้

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

ภาคีหลัก

1. **ภาคีหลักของแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต** อาทิ

   หน่วยงานภาครัฐ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ สำนักงานศาลยุติธรรม สำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สถานบันอาชีวศึกษา โรงเรียนและเขตพื้นที่การศึกษาในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงแรงงาน กระทรวงการอุดมศึกษา วิจัยและนวัตกรรม

   ภาควิชาการ: ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ศูนย์สุขภาวะทางจิต คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หน่วยส่งเสริมสุขภาวะ นิสิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

องค์กรประชาสังคม: สมาคมวิถีทางเลือกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน สมาคมสะมาริตันส์แห่งประเทศไทย มูลนิธิและสมาคมที่ทำงานเกี่ยวกับประเด็นด้านสุขภาพจิต สมาคมสมาพันธ์ผู้ดูแลไทย ศูนย์เสริมสร้างชีวิต มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก สมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตแห่งประเทศไทย สมาคมสายใยครอบครัว ศูนย์จิตวิทยาการศึกษา มูลนิธิยุวสถิรคุณ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ชมรมนักจิตวิทยาการปรึกษาแห่งประเทศไทย

2. **ภาคีหลักของแผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ** อาทิ

หน่วยงานรัฐ: กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก กรมควบคุมมลพิษ กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กรมโรงงานอุตสาหกรรม กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ กรมอนามัย กรุงเทพมหานคร สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) กรมทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง กรมป่าไม้ องค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

องค์กรวิชาชีพ: สภาวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สมาคมวิศวกรรมสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย และสมาคมนักผังเมืองไทย

สถาบันวิชาการ: สถาบันวิจัยสภาวะแวดล้อม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ERIC) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ และมหาวิทยาลัยที่มีคณะด้านสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติในทุกภูมิภาค

องค์กรประชาสังคม: สมัชชาองค์กรเอกชนด้านการคุ้มครองสิ่งแวดล้อมและอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ (สคส.) คณะกรรมการประสานงานองค์กรพัฒนาเอกชน (กป.อพช.) สถาบันธรรมรัฐเพื่อการพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม (ธ.พ.ส.ส.) มูลนิธิบูรณะนิเวศ มูลนิธิสถาบันสิ่งแวดล้อมไทย (TEI) มูลนิธิส่งเสริมการออกแบบอนาคตประเทศไทย เครือข่ายลมหายใจภาคเหนือ สภาลมหายใจจังหวัดเชียงใหม่ เครือข่ายอากาศสะอาด สมาคมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา กรีนพีซประเทศไทย มูลนิธินิติธรรมสิ่งแวดล้อม เครือข่ายวาระเปลี่ยนตะวันออก สมาคมส่งเสริมคุณภาพอากาศในอาคาร บจ.เถื่อน คอมปะนี และ หจก.เติมเต็มวิสาหกิจเพื่อสังคม

3. **ภาคีหลักของแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ** อาทิ

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

สถาบันวิชาการ: มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยสงขลาราชนครินทร์

องค์กรประชาสังคม: มูลนิธิแพธทูเฮลท์ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ มูลนิธิรักษ์ไทย สมาคมพัฒนาเครือข่ายอาสา RSA (Referral System for Safe Abortion) มูลนิธิเอ็มพลัส มูลนิธิเครือข่ายเพื่อนกะเทยเพื่อสิทธิมนุษยชน

องค์การระหว่างประเทศ: กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF)

4. **ภาคีหลักของแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและพัฒนาระบบยา** อาทิ

หน่วยงานรัฐ: กระทรวงสาธารณะสุข: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมอนามัย ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงาคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคสำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) กระทรวงมหาดไทย : กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงพาณิชย์ : กรมการค้าภายใน กรมทรัพย์สินทางปัญญา กระทรวงอุตสาหกรรม : สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์ตสาหกรรม

องค์กรวิชาชีพ: สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา สถาบันวิชาการ คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยทั่วประเทศ
องค์กรประชาสังคม: สภาองค์กรของผู้บริโภค (นิติบุคคลประเภทองค์กรเอกชน ที่เกิดขึ้นตามกฎหมายจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภค) มูลนิธิสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค สมาคมสหพันธ์องค์กรผู้บริโภค มูลนิธิ สมาคม ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ องค์กรผู้บริโภคในจังหวัดต่าง ๆ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต	83.00
กลุ่มแผนงานสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ	84.00
กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ	45.00
กลุ่มแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา	25.00
การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	3.00
รวม	**240.00**



แผน 5

แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ

สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

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

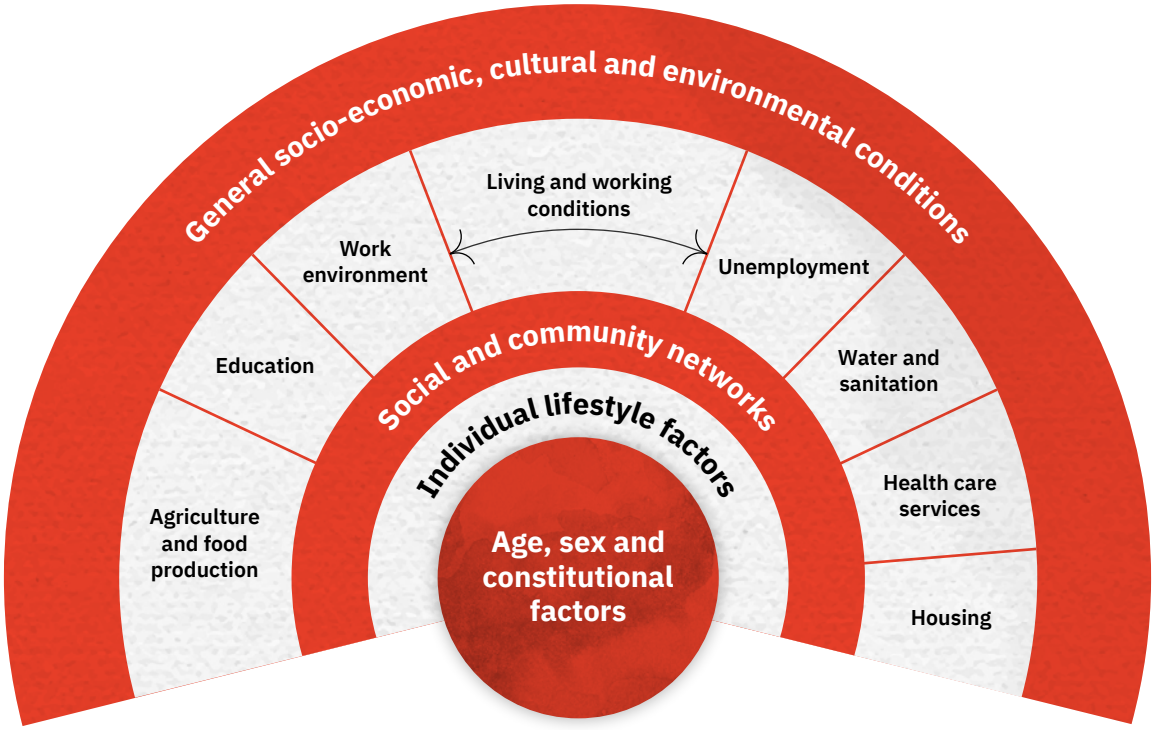
แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะจึงได้วิเคราะห์ประเด็นปัญหาที่เกิดจากการเชื่อมโยงปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพไปจนถึงสถานการณ์ทางสุขภาพของประชากรกลุ่มต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพของทุกคนบนแผ่นดินไทยตามวิสัยทัศน์ของกองทุน โดยใช้**กรอบแนวคิดในการทำงานที่สำคัญคือ กรอบปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (SDH) ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO)** [44] 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 ซึ่งล้วนเป็นผลลัพธ์มาจากการมีปัจจัย

44 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.

45 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.

เชิงโครงสร้าง บริบททางสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกันอีกทอดหนึ่ง เช่น การเข้าถึงอาหารที่ดีและมีคุณภาพ ประเภทงานที่ทำ ระดับความเครียดจากสภาพแวดล้อม [45] ดังแสดงตามภาพ

ภาพแสดงกรอบปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health)



Source – Dahlgren and Whitehead, 1991

กรอบปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพยังสามารถเชื่อมโยงปัญหาและจัดแบ่งลักษณะของปัญหาได้ทั้งในระดับสากลและระดับชาติ ในระดับสากล การทำงานของแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะจะเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (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 การสนับสนุนครัวเรือนยากจนข้ามรุ่นให้สามารถเลี้ยงดูเด็ก

ได้อย่างมีคุณภาพ และส่งเสริมการจัดตั้งศูนย์เลี้ยงเด็กที่มีคุณภาพในกลุ่มพื้นที่และองค์กร (Setting) ต่าง ๆ รวมถึงการยกระดับความคุ้มครองทางสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นเป้าหมายการดำเนินงานโดยตรงของแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ

เป้าหมายหลักของ สสส. ได้กำหนดให้ทุกแผนหลักดำเนินงานโดยคำนึงถึงปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ และจำเป็นต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับ “ประชากรกลุ่มเฉพาะ” ซึ่งหมายถึง ประชากรบางกลุ่มที่มีทั้งความเปราะบาง (vulnerability) มีความเสี่ยง (risk) หรือต้องการกระบวนการพิเศษในการเข้าถึงการสร้างเสริมสุขภาพ สุขภาวะ อันถือเป็นปัจจัยส่งผ่านสังคมกำหนดสุขภาพ (Intermediary Determinants) ที่ทำให้สูญเสียสุขภาวะ เข้าไม่ถึงบริการ และไม่ได้รับประโยชน์จากการส่งเสริมสุขภาพตามนโยบายในภาพรวม ประกอบกับปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ศาสนา และวัฒนธรรม ส่งผลให้ประชากรกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งการดำเนินงานของแผนประชากรกลุ่มเฉพาะในช่วงที่ผ่านมาได้สนับสนุนการดำเนินงานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเท่าเทียม ความเป็นธรรมทางสุขภาพในกลุ่มประชากรเฉพาะกลุ่มต่าง ๆ นำมาสู่การวางยุทธศาสตร์ แนวทางการดำเนินงานอย่างเหมาะสมต่อไป

ทั้งนี้ ในช่วงการดำเนินงานของแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะในช่วงปี 2566 ซึ่งอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านทางการเมืองและการเลือกตั้ง ภาคีของแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะได้จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและเสนอแนวทางการดำเนินการเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการจัดสวัสดิการสังคมที่ลดความเหลื่อมล้ำในประชากรกลุ่มเฉพาะที่เสนอต่อภาครัฐ และภาคการเมือง ซึ่งในหลายข้อเสนอเชิงนโยบายได้รับการสนองตอบจากภาคการเมืองในการนำไปเป็นนโยบายในการหาเสียงเลือกตั้ง และมีแนวโน้มของการนำข้อเสนอเชิงนโยบายเหล่านี้ไปอยู่ในการขับเคลื่อนของรัฐบาลชุดใหม่ในช่วงปี 2567 ได้ ซึ่งจะช่วยหนุนเสริมให้การขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะและลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำของสังคมไทยในภาพรวมพบว่า ปี 2564 มีคนจน 4.4 ล้านคน และคนเกือบจน 4.8 ล้านคน ภาคครัวเรือนประสบการวิเคราะห์ปัญหาภาวะหนี้สิน ปี 2565 ไตรมาส 3 หนี้สิ้นครัวเรือน 14.9 ล้านล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 86.8 ของ GDP ทั้งนี้ในปี 2565 มีการเปิดลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ มีประชาชนลงทะเบียนทั้งสิ้น 19.6 ล้านคน นอกจากนี้สถานการณ์โควิด-19 ที่มีการแพร่ระบาดต่อเนื่อง ยังคงเป็นวิกฤติซ้อนวิกฤติ ทำให้วิกฤตการณ์ความเหลื่อมล้ำ ความยากจนความเปราะบางถดถอยมากขึ้น อย่างไรก็ดีในทางกลับกัน สังคมไทยได้ตระหนักถึงบทบาทของสวัสดิการสังคมมากขึ้น ทั้งนี้ปัญหาความยากจนยังคงเป็นปัจจัยทางสังคมที่สำคัญที่ส่งผลกระทบให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะ โดยมีข้อมูลสถานการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้องตามกลุ่มประชากรเฉพาะที่ดำเนินการสรุปได้ ดังนี้

สถานการณ์ผู้สูงอายุ

สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2565 [46] มีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 12.69 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.21 โดยจำแนกเป็นชาย 5.62 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44.3 ของประชากรผู้สูงอายุ และเป็นหญิงจำนวน 7.07 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 55.7 ของประชากรผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60 – 69 ปี ในส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นขึ้น พบว่ามีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวลำพังในครัวเรือน ร้อยละ 12.0 และร้อยละ 21.1 อยู่ลำพังกับคู่สมรส ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีความเปราะบางต่อปัญหาต่าง ๆ [47]

ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ คือ ประเด็นด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจ ซึ่งในด้านสุขภาพ 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. 25644 พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 34.7 ยังคงทำงานอยู่ และในด้านสังคมยังคงพบปัญหาทัศนคติเชิงลบหรือวยาคติต่อผู้สูงอายุ เห็นได้จากการผลการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ระบุว่า ร้อยละ 38.7 ของประชากรอายุ 18-59 ปี มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้สูงอายุ ร้อยละ 47.9 คิดว่า ผู้สูงอายุมักเป็นคนขี้บ่น ร้อยละ 39.7 คิดว่า ผู้สูงอายุเป็นคนตามไม่ทันโลก ร้อยละ 24.1 คิดว่า ผู้สูงอายุมักเป็นคนน่าเบื่อ ร้อยละ 14.8 คิดว่า ผู้สูงอายุเป็นคนมีประโยชน์น้อย ซึ่งข้อมูลดังกล่าว ชี้ให้เห็นถึงปัญหาและช่องว่างระหว่างวัยที่มีผลต่อของการอยู่ร่วมกันในอนาคตระหว่างผู้สูงอายุและคนรุ่นใหม่ นอกจากนี้ ในด้านเทคโนโลยี พบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 4.29 ล้านคน หรือกว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ระบุว่ามีการใช้อินเทอร์เน็ต 8 แสนคนมีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ และผู้สูงอายุใช้สมาร์ทโฟน กว่า 5.89 ล้านคน (ร้อยละ 49) ซึ่งเป็นโอกาสในการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีเพื่อหนุนเสริมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุได้

สถานการณ์คนพิการ

จากข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2566 พบว่า มีคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการทั่วประเทศจำนวน 2.18 ล้านคน [48] เป็นเพศชาย 1.14 ล้านคน (ร้อยละ 52.14) และเพศหญิง 1.04 ล้านคน (ร้อยละ 47.86) โดยจำนวนส่วนใหญ่เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย รองลงมาเป็นคนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ทางการเห็น ทางจิตหรือพฤติกรรม ทางสติปัญญา พิการมากกว่า 1 ประเภท ออทิสติก ทางการเรียนรู้ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุและประเภทความพิการ พบว่า มีคนพิการในวัยสูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) มากที่สุดจำนวน 1.25 ล้านคนเพิ่มขึ้นจากปีที่แล้วร้อยละ 0.07 ในขณะที่มีคนพิการวัยทำงาน (อายุ 15 - 59 ปี) จำนวน 857,117 คน มีงานทำแล้ว 311,259 คน

46 กลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์ กรมกิจการผู้สูงอายุ. “สถิติผู้สูงอายุไทย ปี 2565”. เข้าถึงได้จาก https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1962 สืบค้นเมื่อวันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2566.

47 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. “การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564”. เข้าถึงได้จาก http://www.nso.go.th/sites/2014en/Survey/social/domographic/OlderPersons/ 2021/fullreport_64.pdf สืบค้นเมื่อวันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2566.

48 ศูนย์ข้อมูลคนพิการและเทคโนโลยีสารสนเทศ. “รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ”. ข้อมูลสิ้นสุด ณ วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2566. เข้าถึงได้จาก https://ecard.dep.go.th/person_info/. สืบค้นเมื่อวันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2566.

ปัญหาสำคัญและประเด็นท้าทายสำหรับคนพิการครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ เนื่องจากคนพิการส่วนใหญ่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ยาก เพราะความจำกัดของร่างกาย และสภาพแวดล้อมที่ทำให้การเดินทางลำบาก ด้านเศรษฐกิจ คนพิการส่วนใหญ่มีฐานะยากจน ไม่ถูกจ้างงาน หรือไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ในด้านสังคมเกิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิตจากเดิมมีการรวมกลุ่มทำงาน สร้างอาชีพ กลายเป็นถูกจำกัดให้อยู่ในบ้าน ไม่สามารถออกไปข้างนอกได้ ทำให้คนพิการส่วนใหญ่ต้องปรับตัวเพื่อเรียนรู้และใช้เทคโนโลยีมากขึ้น

อีกปัญหาของคนพิการที่พบในสังคมไทย คือการบูลลี่คนพิการ ส่วนใหญ่มักพบในโรงเรียนไทย ทำให้เด็กพิการ ซึ่งในจำนวนนั้นมีเด็กพิเศษรวมอยู่ด้วย จำต้องออกจากระบบการศึกษากลางคัน ตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาถึงเกือบ ร้อยละ 90 และในจำนวนนี้มีจบระดับปริญญาตรีไม่ถึงร้อยละ 2

**

สถานการณ์คนไร้บ้าน

กลุ่มคนไร้บ้าน ถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจากการอยู่ในพื้นที่สาธารณะ ซึ่งโดยลักษณะอาชีพและวิถีชีวิตความเป็นอยู่มักจะอาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมืองที่มีความหนาแน่นของประชากรสูง ทั้งนี้ในช่วงที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 คนไร้บ้านมีความเสี่ยงต่อการรับเชื้อและแพร่เชื้อได้ง่าย และยังเป็นกลุ่มที่มีโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ และปัจจัยในการดำรงชีวิตต่าง ๆ ได้น้อยกว่าคนทั่วไป จึงนับเป็นกลุ่มที่มีความยากลำบากที่สุดกลุ่มหนึ่งในสถานการณ์เช่นนี้อย่างต่อเนื่อง

ในปี 2566 สำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ โดยความร่วมมือของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร เครือข่ายสลัมสี่ภาค มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย มูลนิธิอิสรชน มูลนิธิกระจกเงาศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งทั่วประเทศ และภาคีเครือข่าย ดำเนินการสำรวจประชากรคนไร้บ้านทั่วประเทศ พบจำนวนคนไร้บ้านทั้งสิ้น 2,499 คน แบ่งเป็นเพศชาย 2,062 คน เพศหญิง 404 คน และไม่ต้องการระบุเพศ 33 คน ทั้งนี้ความเปราะบางของคนไร้บ้านที่พบได้แก่ การอยู่ตามลำพัง ร้อยละ 74.1 และอยู่แบบรวมกลุ่ม ร้อยละ 25.9 ส่วนใหญ่เป็นวัยกลางคน อายุ 40-59 ปี ร้อยละ 56.8 รองลงมาเป็นวัยผู้อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 22.1 เป็นวัยแรงงาน อายุ 19-39 ปี ร้อยละ 20.0 เป็นวัยรุ่น อายุ 13-18 ปี ร้อยละ 0.7 และวัยเด็ก อายุ 4-12 ปี ร้อยละ 0.4 ตามลำดับ โดยลักษณะที่พบภายนอก มีปัญหาติดสุรา 232 คน มีปัญหาสุขภาพจิต 171 คน มีบาดแผล 36 คน และมีความพิการ 35 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 7 มิถุนายน 2566) ทั้งนี้การดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและศักยภาพคนไร้บ้าน ได้ดำเนินการนวัตกรรมที่อยู่อาศัยคนละครึ่ง สามารถช่วยเสริมศักยภาพในการเข้าถึงที่อยู่อาศัยราคาถูก ทำให้คนไร้บ้านมีที่พัก นำไปสู่การมีอาชีพที่สามารถสร้างรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีพ นอกจากนี้การมีจุด drop-in และจุดประสานงาน สำหรับกลุ่มเปราะบางเสี่ยงไร้บ้าน ทำให้เกิดการแก้ปัญหาด้านสุขภาวะทางกาย สิทธิสถานะสิทธิสุขภาพ ทำให้คนไร้บ้านมีคุณภาพชีวิตและมีสุขภาวะที่ดีขึ้นจากการบูรณาการงานร่วมกันจากหลายหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคการศึกษา และภาคประชาสังคม เป็นต้น

สถานการณ์แรงงานนอกระบบ

ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2565 พบว่าผู้มีงานทำ จำนวน 39.6 ล้านคน เป็นแรงงานนอกระบบ 20.2 ล้านคน (ร้อยละ 51.0) และเป็นแรงงานในระบบ 19.4 ล้านคน (ร้อยละ 49.0) พบปัญหาที่สำคัญของแรงงานนอกระบบ 3 ด้าน ได้แก่ 1. ปัญหาจากการทำงาน ได้แก่ ค่าตอบแทนไม่เพียงพอ ขาดความต่อเนื่อง และทำงานหนัก 2. ปัญหาด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ อิริยาบถในการทำงาน ฝุ่น ควัน กลิ่น แสงสว่างไม่เพียงพอ และ 3. ความไม่ปลอดภัย ได้แก่ การประสบปัญหาจากสารเคมี ปัญหาจากเครื่องจักร เครื่องมือ และอันตรายต่อระบบหู ระบบตา [49] โดยข้อมูลจากสำนักงานประกันสังคม พบว่า มีผู้ประกันตน จำนวน 24,386,011 คน โดยแบ่งเป็น ผู้ประกันตนในมาตรา 33 จำนวน 11,618,874 คน มาตรา 39 จำนวน 1,876,354 คน และมาตรา 40 จำนวน 10,890,783 คน [50] ศูนย์วิจัย Economic Intelligence Center (EIC) ธนาคารไทยพาณิชย์ [51] ได้วิเคราะห์ข้อมูลจำนวนผู้ที่ทำงานอิสระ หรือฟรีแลนซ์ที่ลงทะเบียนกับ Fastwork.co ซึ่งเป็นเว็บไซต์หางานฟรีแลนซ์ยอดนิยม พบว่ามีจำนวนฟรีแลนซ์มากขึ้นอย่างก้าวกระโดดในช่วงครึ่งแรกของปี 2563 จากผลของเศรษฐกิจที่ชะลอตัว การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยจำนวนฟรีแลนซ์บนเว็บไซต์ ณ สิ้นเดือนมิถุนายนปี 2563 เพิ่มขึ้น 1,241 คน จาก ณ สิ้นปี 2562 ที่มีจำนวน 4,390 คน หรือคิดเป็นจำนวนผู้ลงทะเบียนใหม่เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 621 คนต่อไตรมาส สูงกว่า 2.3 เท่าเมื่อเทียบกับในช่วงปี 2559-2562 ที่จำนวนลงทะเบียนใหม่เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 271 คนต่อไตรมาส (ที่ผ่านมาจำนวนฟรีแลนซ์เพิ่มมากที่สุดต่อไตรมาสอยู่ที่ 351 คน) นอกจากนี้การทำงานผ่านแพลตฟอร์ม ก็เป็นอีกหนึ่งทางเลือกในด้านอาชีพใหม่ของคนไทย โดยเฉพาะแพลตฟอร์มของธุรกิจบริการส่งอาหาร (food delivery) ที่ได้เติบโตท่ามกลางการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค ตลอดจนการทำงานที่บ้าน (work from home) ประกอบกับแพลตฟอร์มส่งอาหารที่ช่วยอำนวยความสะดวกและมีร้านอาหารให้เลือกหลากหลายมากขึ้น นับเป็นตัวเร่งสำคัญที่ทำให้ทั้งปริมาณการสั่งอาหารออนไลน์ จำนวนร้านอาหารและไรเดอร์ที่เข้าร่วมแพลตฟอร์มในปี 2563 เติบโตแบบก้าวกระโดด ไรเดอร์ที่เข้าร่วมแพลตฟอร์มในปี 2563 ก็เติบโตค่อนข้างสูง เช่น ไรเดอร์ในระบบ Foodpanda เพิ่มขึ้นจาก 30,000 คน เป็นถึงราว 100,000 คน ขณะที่ Robinhood ในเดือนตุลาคม 2564 มีไรเดอร์อยู่ที่ราว 26,000 คน เป็นต้น

การศึกษาผู้มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาท โดยมหาวิทยาลัยหอการค้าไทย [52] พบกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 77.2 มีปัญหารายได้ไม่พอค่าใช้จ่าย ร้อยละ 73.5 ไม่มีเงินเงินออม กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 99.1 มีหนี้ครัวเรือน ซึ่งเหตุผลที่ทำให้กลุ่มมีหนี้ต้องกู้เงิน 3 อันดับแรก คือ ใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ร้อยละ 14.5 หนี้บัตรเครดิต ร้อยละ 12.5 และใช้คืนหนี้เก่า ร้อยละ 10.7 และในจำนวนนี้ หนี้ส่วนบุคคลหรือหนี้บัตรเครดิตส่วนใหญ่นำไปใช้จ่าย อุปโภคบริโภค (ร้อยละ 41.4) ใช้หนี้เดิม (ร้อยละ 21.6) และที่อยู่อาศัย (ร้อยละ 10.8) ในปี 2566 ยังพบภาระหนี้ของครัวเรือนแรงงานไทยอยู่ที่ 272,528 บาทต่อครัวเรือน เพิ่มขึ้นจากปี 2565 ที่ร้อยละ 25.04

ผลการสำรวจสภาพการทำงานของคนทำงานแพลตฟอร์มในประเทศไทย ร่วมกับกระทรวงแรงงาน จำนวน 1,000 คน พบว่ากลุ่มบริการส่งอาหาร (food delivery) กลุ่มขับขี่ยานพาหนะ (ride hailing) ให้ความสำคัญกับงานแพลตฟอร์มมาก สาเหตุเนื่องมาจาก เป็นแหล่งรายได้หลัก มีอิสระในการทำงาน รายได้ดี และสามารถเป็นนายตัวเอง โดยเวลาทำงานเฉลี่ย 6 วันต่อสัปดาห์ ประมาณ 10 ชั่วโมงต่อวัน วันละประมาณ 21 รอบ ระยะเวลาที่ไรเดอร์คนหนึ่งทำงานบนแพลตฟอร์ม เฉลี่ยประมาณ 1-2 ปี โดยร้อยละ 39.8 เคยเจ็บป่วยจากการทำงาน และร้อยละ 10.4 เคยประสบอุบัติเหตุจนต้องไปโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้สิทธิ

49 กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). “การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2565”. กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร.
50 สำนักงานประกันสังคม. (2566). “สถิติผู้ประกันตน”. เข้าถึงได้จาก https://catalog.sso.go.th/dataset/?data_type=ข้อมูลสถิติ
51 Post Today. (2563). “EIC เผยเทรนด์อาชีพทางเลือกมาแรงยุคโควิด-19 "ฟรีแลนซ์ออนไลน์". Post Today. เข้าถึงได้จาก https://www.posttoday.com/economy/news/629695
52 PPTV Online. (2566). “หนี้ครัวเรือนแรงงานไทย แตะ 2.7 แสนบาทต่อครัวเรือน สูงสุดในรอบ 13 ปี”. PPTV HD36. เข้าถึงได้จาก https://www.pptvhd36.com/news/เศรษฐกิจ/195177

30 บาทรักษาทุกโรค (บัตรทอง) รองลงมาคือการใช้สิทธิประกันสังคมมาตรา 40 และมาตรา 39 [53] และการสำรวจสถานการณ์ทางสุขภาพของไรเดอร์จำนวน 518 คน การสนทนากลุ่มจำนวน 31 คน และสัมภาษณ์เชิงลึก 9 คน ในภาพรวมของเก็บรวบรวมข้อมูลค้นพบ 3 ปัญหาสำคัญของไรเดอร์คือ “ปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย” เช่น ปวดหลัง ปวดเอว ปวดข้อมือ เนื่องจากต้องขับรถเป็นเวลานานและต้องเผชิญกับพื้นผิวถนนโดยเฉพาะลูกระนาดทำให้กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ตึงเคล็ดบวมปวดตามมา “ปัญหาความเสี่ยงจากการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน” เนื่องจากมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย รวมไปถึงต้องเผชิญกับ “ปัญหาสุขภาพจิต” เช่น ความเครียด (หัวร้อน) เนื่องจากถูกกดดันจากลูกค้า ร้านค้า การกดรับงานที่ต้องรวดเร็ว และสภาพอากาศ ที่มีเหตุปัจจัยทั้งจากไรเดอร์ ครอบครัว แพลตฟอร์ม ร้านค้า และลูกค้า [54]

การศึกษาสถานการณ์ ความเสี่ยง และความเปราะบางของแรงงานนอกระบบ ของสถาบันวิจัยสังคม [55] พบว่า แรงงานนอกระบบทุกกลุ่มเผชิญข้อจำกัดภาพรวมใน 5 ประเด็นสำคัญได้แก่ 1) การเข้าถึงทรัพยากรในการดำรงชีวิตที่เป็นอุปสรรคพื้นฐานต่อความเป็นอยู่ 2) การประกอบอาชีพที่ส่วนใหญ่ได้รับรายได้ต่ำ ไม่แน่นอน ไม่สอดคล้องกับค่าจ้างขั้นต่ำ ค่าครองชีพ ต้นทุนการประกอบอาชีพ ทักษะและประสบการณ์การทำงาน ตลอดจนมีอำนาจการต่อรองที่ต่ำกว่า ในกลุ่มแรงงานอิสระและรับจ้างรายวันจะไม่มีรายได้หากหยุดงาน ส่วนแรงงานที่ได้รับค่าจ้างประจำแบบรายเดือนมักเป็นงานที่ไม่มีสัญญาจ้าง ไม่มีรูปแบบการจ้างงานและชั่วโมงการทำงานที่แน่นอน 3) สุขภาพแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในพื้นที่เสี่ยงและไม่เหมาะสมต่อการทำงาน ต้องเผชิญกับแสงแดด ความร้อน เสียงดัง ฝุ่น มลพิษทางอากาศ รวมถึงมีความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือ เครื่องจักร หรืออุปกรณ์การทำงานที่เป็นอันตราย ตลอดจนความเครียด พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ในแรงงานที่ทำงานภาคขนส่งและภาคบริการยังมีความเสี่ยงที่จะได้รับโรคติดต่อจากการทำงานในพื้นที่ปิดและการทำงานใกล้ชิด ในขณะที่แรงงานหญิงมีความเสี่ยงที่จะถูกล่วงละเมิด และกลุ่มแรงงานเกษตร แรงงานเก็บและคัดแยกของเก่ามีโอกาสได้รับสารพิษจากโลหะหนัก สารเคมี และขยะปนเปื้อน 4) ด้านนโยบายและกฎหมาย ปัจจุบันประเทศไทยมีกฎหมายที่ให้ความคุ้มครองโดยตรงกับแรงงานนอกระบบ 3 กลุ่ม คือ ผู้รับงานไปทำที่บ้าน ลูกจ้างทำงานบ้าน และเกษตรกรรม ในขณะที่แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองการทำงานตามกฎหมายแรงงาน รวมถึงขาดโอกาสในการรวมกลุ่มเพื่อเสนอปัญหาและข้อเรียกร้อง และ 5) แรงงานนอกระบบเกือบทั้งหมดมักถูกสังคมมองข้าม มองในแง่ลบ และไม่เห็นคุณค่าของงานของแรงงานนอกระบบ

**

สถานการณ์กลุ่มชาติพันธุ์

กลุ่มชาติพันธุ์ หมายถึง กลุ่มคนที่อาศัยอยู่เป็นกลุ่มเดียวกันหรือหลายกลุ่ม หรือเป็นชนเผ่าพื้นเมือง อาศัยอยู่ในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง ซึ่งมีอัตลักษณ์และการสั่งสมทางวัฒนธรรม ภาษา วิถีชีวิต ภูมิปัญญา และความเชื่อตามจารีตประเพณีร่วมกัน [56] ยกตัวอย่าง 1. กลุ่มชาติพันธุ์ (ตั้งถิ่นฐานบนพื้นที่สูง พื้นที่ราบ ในทะเล ในป่า) 2. ชนเผ่าพื้นเมือง 3. คนไทยพลัดถิ่น 4. คนไร้รัฐไร้สัญชาติ (เด็ก ผู้เฒ่า) ฯลฯ เป็นต้น ในปัจจุบันมีประชากรกลุ่มชาติพันธุ์อยู่ในพื้นที่ครอบคลุม จำนวน 67 จังหวัด 60 กลุ่ม มีประชากรรวมประมาณ 6,100,000 คน [57]

ข้อมูลจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย เดือนธันวาคม 2565 ระบุว่ามีผู้ที่ยังไม่ได้รับสัญชาติไทย จำนวน 983,994 คน [58] ขณะเดียวกันยังมีกลุ่มคนอีกกลุ่มซึ่งเป็นคนไทยอาศัยอยู่ตรงขอบชายแดนไทย-พม่า

53 คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2565). “รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายต่อคุณภาพชีวิตของคนทำงานแพลตฟอร์ม”. สำนักงานนโยบายแรงงานนอกระบบ สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน.
54 พงษ์ศักดิ์ สกุลทักษิณ. (2565). “รายงานการสำรวจสถานการณ์สุขภาพไรเดอร์”.
55 สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2565). “โครงการสำรวจสถานการณ์แรงงานนอกระบบ: บทสำรวจเครือข่าย สถานะองค์ความรู้ ความเสี่ยงและแนวปฏิบัติ”. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
56 ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน). (2565). (ร่าง) พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์ (กฎหมายใหม่).
57 อภินันท์ ธรรมเสนา. (2566). “จำนวนกลุ่มชาติพันธุ์และประชากร”. ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน)

บริเวณจังหวัดระนอง ชุมพร พังงา และประจวบคีรีขันธ์ เรียกว่า “กลุ่มคนไทยพลัดถิ่น” ในปี 2565 มีตัวเลขประชากรในกลุ่มนี้มาขึ้นทะเบียนกับกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยประมาณ 15,000 คน และตกสำรวจพลัดหลงทางทะเบียนถูกจำหน่าย เกิดใหม่อีกประมาณ 20,000 คน [59] และยังมี “นักเรียนรหัส G” คือ นักเรียนที่ยังไม่มีบัตรประชาชนคนไทย ซึ่งต้องมีตัวเลขประจำตัวเพื่อใช้ในระบบการศึกษา แต่ไม่เกี่ยวกับเลข 13 หลักของกระทรวงมหาดไทย ซึ่งเมื่อปี 2559 พบว่ามีเด็กนักเรียนรหัส G ราว 78,893 คน ซึ่งส่วนใหญ่มักอยู่ตามแนวตะเข็บชายแดนไทยซึ่งทั้งหมดนี้มีสถานะเป็นนักเรียนในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ

กลุ่มชาติพันธุ์และผู้มีปัญหาสถานะบุคคลเกือบทั้งหมดอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ที่มีวิถีชีวิต ภาษา วัฒนธรรม ประเพณี และความเชื่อ ที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตที่มีความแตกต่างกัน กำลังเผชิญปัญหาความเสี่ยงด้านสุขภาวะจาก 3 ปัจจัย ได้แก่ (1) สถานะทางกฎหมาย (2) การไม่ได้รับการคุ้มครองสิทธิทางวัฒนธรรมและอคติทางชาติพันธุ์ และ (3) การขาดสิทธิในทรัพยากรและความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ

กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงในประเทศไทยมีวิถีการดำรงชีพด้วยการทำข้าวไร่หรือที่เรียกว่า ไร่หมุนเวียน เป็นการปล่อยให้ป่าได้ฟื้นฟูสภาพความอุดมสมบูรณ์ตามธรรมชาติประมาณ 7-10 ปี แล้วจึงกลับมาใช้พื้นที่นี้ปลูกข้าวไร่อีกครั้ง ทำให้เจ้าหน้าที่รัฐและสังคมพื้นราบเข้าใจว่า กลุ่มชาติพันธุ์เหล่านี้ตัดไม้ทำลายป่า บุกเบิกที่ดินเพื่อทำไร่ข้าว และเข้าใจว่าการทำไร่หมุนเวียนก่อให้เกิดการเผาไร่ หมอกควัน PM2.5 ที่เป็นอันตรายต่อสิ่งแวดล้อมและมนุษย์ แต่ในความเป็นจริง ไฟที่เกิดจากการเผาไร่เพื่อทำไร่หมุนเวียนนั้น ชาวบ้านจะมีวิธีการควบคุมไม่ให้ไฟลุกลามออกนอกพื้นที่ โดยมีการทำแนวกันไฟ ซึ่งเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นชาติพันธุ์กับการจัดการไฟป่า อีกทั้งเมื่อมีไฟป่าเกิดขึ้น กลุ่มชาติพันธุ์นี้ต่างช่วยกันดับไฟ ทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่รัฐ เพราะการดับไฟป่าจะต้องรู้วิธีการดับไฟป่า และต้องการแรงงานจำนวนมากในการดับไฟป่า ดังนั้นการสร้างทัศนคติของสังคมที่ถูกต้องต่อกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงในประเด็นนี้จึงยังเป็นข้อจำกัด

สถานการณ์ประชากรข้ามชาติ

แรงงานข้ามชาติ หมายถึง ผู้ไม่มีสัญชาติไทยที่อยู่ระหว่างหางานหรือกำลังทำงานในประเทศไทย หรือเคยหางานหรือเคยทำงานแต่ไม่สามารถทำงานต่อได้และยังอาศัยอยู่ในประเทศไทยโดยรวมถึง “ผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติ” หมายถึง ผู้ไม่มีสัญชาติไทยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงแรงงานข้ามชาติในกรณีของการย้ายถิ่น คู่สมรสและเด็กเล็กถือว่าเป็นผู้ติดตาม รวมถึงคู่สมรสโดยพฤตินัยและผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง [60] หรือสามารถใช้คำแทนแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติว่า “ประชากรข้ามชาติ”

ข้อมูลของสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน ระบุว่า ในเดือน เมษายน 2566 แรงงานข้ามชาติ 4 สัญชาติ ได้แก่ เมียนมา ลาว กัมพูชา และเวียดนาม มีจำนวน 2,494,655 คน [61] นอกจากนี้ ข้อมูลจากองค์การยูนิเซฟประเทศไทย เสนอว่ามีแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้มีการลงทะเบียนอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ประมาณ 1 ล้านคน เฉพาะจำนวนเด็กลูกแรงงานอพยพอย่างเดียวคาดว่ามีอยู่ประมาณ 300,000 ถึง 400,000 คน โดยเหตุผลหลักเพราะว่า ระบบ MOU ที่นำเข้าแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านไม่ได้อนุญาตให้แรงงานทักษะต่ำที่ถูกกฎหมายนำผู้พึ่งพิงเข้ามาด้วยได้ ซึ่งในกรณีนี้คือ ภรรยา

58 กระทรวงมหาดไทย. (2565). “ประกาศสำนักทะเบียนกลาง เรื่อง จำนวนราษฎรทั่วราชอาณาจักร ตามหลักฐานการทะเบียนราษฎร”. เข้าถึงได้จาก https://www.dopa.go.th/news/cate1/view8263 (สืบค้นเมื่อ 3 มิถุนายน 2566)
59 มูลนิธิชุมชนไท. (28-29 พฤษภาคม 2565). “งานสรุปบทเรียน 20 ปี เครือข่ายฯ 10 ปีกฎหมายฯ สู่ความเป็นพลเมืองไทย”.
60 สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ. (2565). “การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ”.
61 สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงาน. (2565). “สถิติจำนวนแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักร ประจำเดือนมีนาคม 2565”. สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงาน.

และลูก [62] ซึ่งหากรวมข้อมูลของกระทรวงแรงงาน จะเห็นได้ว่ามีจำนวนแรงงานและผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติอยู่ในประเทศไทยประมาณ 3.5 ล้านคน

การสำรวจระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน คือ เข้าถึง เข้าใจ โต้ตอบ/ซักถาม/แลกเปลี่ยน ตัดสินใจ เปลี่ยนพฤติกรรม และบอกต่อ โดยมหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2565 แรงงานข้ามชาติสัญชาติเมียนมา ลาว และกัมพูชา จำนวน 1,251 คน พบว่ามีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ดีเฉลี่ย ร้อยละ 71.4 ลดลงจากการสำรวจเมื่อปี 2563 ที่เฉลี่ยร้อยละ 92.71 [63]

สองทศวรรษที่ผ่านมา การศึกษานโยบายแรงงานข้ามชาติของประเทศไทยชี้ให้เห็นว่า ประเทศไทยยังขาดการนำเอาประเด็นแรงงานข้ามชาติเข้าไปรวมอยู่ในนโยบายการพัฒนาของประเทศ และทิศทางนโยบายหลักตั้งอยู่บนมุมมองว่าการขาดแคลนแรงงานเป็นเรื่องชั่วคราว การนำเข้าแรงงานข้ามชาติมีลักษณะเพื่อทดแทนแรงงานระยะสั้น แม้ว่าจะมีข้อเสนอแนะว่าด้วยการบูรณาการนโยบายแรงงานข้ามชาติในลักษณะข้ามกระทรวง ข้ามหน่วยงาน แต่แนวนโยบายแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยยังมีลักษณะการกีดกันออก [64] เกิดความยากลำบากต่อการดำเนินชีวิตตั้งแต่กระบวนการเข้าถึงการเป็นบุคคลที่ถูกฎหมาย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติ ทำให้แรงงานข้ามชาติจำนวนมากเข้าไม่ถึงสิทธิทั้งทางด้านสังคมและสุขภาพที่รัฐได้จัดไว้ อีกทั้งภาษา วัฒนธรรม วิถีชีวิต และความเชื่อ ที่มีความแตกต่างก็ส่งผลสำคัญต่อการดำเนินชีวิต ปัจจุบันสื่อออนไลน์เป็นช่องทางหลักของการรับรู้ข้อมูลทั้งข่าวสารและความบันเทิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับกลุ่มแรงงานกลุ่มใหม่ที่ยังมีข้อจำกัดด้านการใช้ภาษาไทย สื่อออนไลน์ในโทรศัพท์มือถือ กลับเข้ามามีบทบาทสำคัญมากกว่าในลักษณะของการเป็นช่องทางของข้อมูลที่อยากรู้ ตลอดจนช่องทางของการติดต่อสื่อสารกับเครือข่ายคนบ้านเดียวกันภาษาเดียวกัน กล่าวได้ว่าโทรศัพท์มือถือเป็นเครื่องมือของแรงงานข้ามชาติในการที่จะเข้าถึงสังคมและได้ส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตที่บ่งบอกว่าโทรศัพท์จึงเป็นเครื่องมือการติดต่อสื่อสารที่มีความจำเป็นกับแรงงานข้ามชาติ เพราะสามารถเชื่อมต่อแรงงานให้เข้ากับสังคมชุมชนประเทศต้นทางได้ และยังสามารถช่วยให้แรงงานเหล่านี้เข้าถึงความรู้ต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี

จากการสำรวจความคิดเห็นของ ILO และ UN Women ระบุว่าคนไทยร้อยละ 40 คิดว่าแรงงานข้ามชาติทำให้เศรษฐกิจของประเทศตกต่ำ ร้อยละ 77 เชื่อว่าแนวโน้มอาชญากรรมในประเทศเพิ่มขึ้นเพราะกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ร้อยละ 60 เชื่อว่าแรงงานข้ามชาติไม่มีจรรยาบรรณในการทำงาน ไว้ใจไม่ได้ ร้อยละ 58 คิดว่าแรงงานข้ามชาติเข้ามาทำลายวิถีชีวิต วัฒนธรรมที่ดีงามของประเทศ และร้อยละ 52 เชื่อว่าแรงงานข้ามชาติไม่ควรได้รับค่าแรง สิทธิ สวัสดิการที่เท่าเทียมกับคนในประเทศ ทำให้แรงงานข้ามชาติมักถูกเลือกปฏิบัติในที่ทำงาน [65] ชี้ให้เห็นถึงทัศนคติและความเชื่อแรงงานข้ามชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยเฉพาะปรากฏการณ์ชู 3 นิ้ว ในวันแรงงาน 1 พฤษภาคม 2566 กรณีม็อบแรงงานต่างชาติเคลื่อนไหวเรียกร้องในประเด็นที่มีความละเอียดอ่อนของสังคมไทย ซึ่งมีการสื่อสารข้อมูลที่คลาดเคลื่อน และส่งผลต่อความรู้สึกของคนไทยเป็นอย่างยิ่งต่อการแสดงออกดังกล่าว ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ในอดีตที่เกิดขึ้นจริง จะพบว่า แรงงานข้ามชาติมีการออกมาเรียกร้องสิทธิและเสรีภาพภายในประเทศต้นทางของตนเอง เช่นกรณีกิจกรรมวันแรงงานข้ามชาติสากล เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2565

62 มูลนิธิภิวัฒน์สาธารณสุขไทย. (2563). “ยูนิเซฟเผย แม่และเด็กแรงงานข้ามชาติอพยพในไทย กลุ่มเสี่ยงขาดหลักประกันสุขภาพ”. Hfocus. เข้าถึงได้จาก https://www.hfocus.org/content/2020/02/18418. (สืบค้นเมื่อ 9 มีนาคม 2564)

63 มหาวิทยาลัยมหิดล. (2566). “สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มประชากรข้ามชาติชาวเมียนมา ลาว และกัมพูชาในประเทศไทยหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19”.

64 สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ. (2565).

65 The 101 Percent (2563), อคติที่สร้างระยะห่างระหว่างคนไทยและแรงงานข้ามชาติ

สถานการณ์กลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ

การคาดประมาณของเว็บไซต์ LGBT–Capital.com ในปี 2562 ระบุว่าปัจจุบันมี LGBTIQN+ ทั่วโลกราว 371 ล้านคน โดยในประเทศไทยมี LGBT ราว 3.6 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 5 ของจำนวนประชากรทั้งหมด [66]

การสำรวจสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพกลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ พบว่า คะแนนเฉลี่ยสำหรับชุดคำถามเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป สูงกว่าคำถามที่เกี่ยวกับเรื่องความหลากหลายทางเพศ คือ อยู่ที่ 8.61 คะแนน เทียบกับ 6.49 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า เมื่อเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศโดยตรงอาจจะยังมีข้อจำกัดอยู่มาก [67]

LGBTIQN+ ยังคงเป็นบุคคลที่ถูกทำให้มองไม่เห็นหรือไม่มีตัวตนในพื้นที่ต่าง ๆ การไม่ถูกมองเห็นทำให้ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาวะในหลากหลายรูปแบบทั้งนี้เมื่อพิจารณาประชากร LGBTIQN+ โดยแยกตามอัตลักษณ์ทางเพศเป็น Lesbian (หญิงรักหญิง) Gay (ชายรักชาย) Bisexual (บุคคลรักได้ทั้งสองเพศ) Transgender (บุคคลข้ามเพศ) Intersex (บุคคลที่มีเพศกำกวม) Queer (ผู้ที่ไม่นิยามเพศ หมายถึงบุคคลที่ปฏิเสธการนิยามตนเองด้วยอัตลักษณ์ทางเพศทุกรูปแบบ) Non–Binary (นอน–ไบนารี่ หรือบุคคลที่ปฏิเสธการนิยามตนเองด้วยอัตลักษณ์ทางเพศที่วางอยู่บนฐานการแบ่งเพศเป็นสองขั้วตรงข้ามคือ ชายและหญิง) ประชากรเหล่านี้ต้องเผชิญปัญหาสุขภาวะในลักษณะที่แตกต่างกัน [68] รายงาน “การมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจของกลุ่ม LGBTIQN ในประเทศไทย” ของธนาคารโลก พบปัญหาในด้านการประกันสุขภาพที่กลุ่มความหลากหลายทางเพศต้องเผชิญ ดังนี้ [69] 1) การกีดกันการผ่าตัดแปลงเพศในแผนประกันสังคม 2) การจำกัดการเข้าถึงการบำบัดโดยใช้ฮอร์โมนเพศทดแทนและการบำบัดอื่น ๆ ภายใต้การประกันสุขภาพ 3) การเข้าถึงบริการสุขภาพและการประกันชีวิตของเอกชนได้จำกัด เนื่องจากเบี้ยประกันที่สูงและนโยบายที่เคร่งครัด 4) การตีตราและการใช้ภาพจำเกี่ยวกับผู้หญิงข้ามเพศและชายรักชายว่าเป็น “กลุ่มเสี่ยง” ในการติดเชื้อเอชไอวี 5) การคิดเบี้ยประกันชีวิตและประกันสุขภาพบุคคลที่เป็นบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศสูงกว่า 6) บริษัทประกันส่วนมากไม่มีนโยบายการยกผลประโยชน์การทำประกันชีวิตให้กับคู่ที่เป็นเพศเดียวกัน 7) ประกันสังคมและประกันภัยจากบริษัทเอกชนไม่ครอบคลุมบริการทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับการยืนยันเพศสภาพ (การแปลงเพศและการใช้ฮอร์โมน) 8) บริการสุขภาพเรียกหาหลักฐานการยืนยันตัวตนตามเพศกำเนิดของคนข้ามเพศ 9) บริการเฉพาะทางสำหรับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้หญิงข้ามเพศและผู้ชายข้ามเพศ มีจำกัด และไม่มีบริการที่เฉพาะทางสำหรับหญิงรักหญิงและผู้หญิงไบเซ็กชวล 10) มีพื้นที่การให้บริการที่ไม่พอเพียง มีปัญหาเกี่ยวกับการรักษาความลับความเป็นส่วนตัว และทัศนคติของพนักงาน

การศึกษา ที่มีช่องว่างการกำหนดนโยบายด้านการศึกษายังคงอ้างอิงกับองค์ความรู้แบบเก่าที่ระบุว่า การรักเพศเดียวกันเป็นความผิดปกติ และมีการอธิบายโดยใช้คำที่มีนัยในเชิงลบ นอกจากนี้ รายงาน “ผลการสำรวจระดับชาติเกี่ยวกับทัศนคติด้านรสนิยมทางเพศ อัตลักษณ์ทางเพศและการแสดงออกทางเพศในประเทศไทย” ที่จัดทำโดย UNDP และองค์กร LOVE FRANKIE ในปี พ.ศ. 2561 สำรวจความคิดเห็นในกลุ่มประชากร LGBTIQN จำนวน 1,349 คน และกลุ่มประชากรทั่วไปที่เป็นผู้ชาย และผู้หญิงรักต่างเพศ จำนวน 1,200 คน พบว่า ปัญหาที่ LGBTIQN ถูกเลือกปฏิบัติในโรงเรียนมากที่สุด ได้แก่ 1. โดนเตือนให้ดูการพูดจา การแต่งตัว และการแสดงออก (ร้อยละ 20) 2. โดนประจาน กลั่นแกล้ง ต่อว่า ด่า ล้อเลียน

66 LGBT Capital. (2020). “Estimated LGBT Purchasing Power: LGBT–GDP–data as of year–end 2019”. เข้าถึงได้จาก http://www.lgbt–capital.com/docs/Estimated_LGBT–GDP_(table)_–_2020.pdf

67 ดุสิตา พึ่งสำราญ, พงษ์ศักดิ์ สกุลทักษิณ และนิพนธ์ ดาราวุฒิมาประกรณ์. (2565). “รายงานผลการศึกษาและทบทวนองค์ความรู้เรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ”. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

68 ชเนตตี ทินนาม, โกสุม โอมพรนุวัฒน์ และรัตนา ด้วยดี. (2563). ยุทธศาสตร์สุขภาวะ LGBTIQN+ พ.ศ. 2564-2566. สมาคมเพศวิถีศึกษา.

69 ธนาคารโลก. (2561). “การมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจของกลุ่ม LGBTI ในประเทศไทย”. ธนาคารโลก.

(ร้อยละ 10.4) 3. โดนคุกคาม ล่วงละเมิดทางเพศ (ร้อยละ 4.3) 4. โดนทำร้ายร่างกาย (ร้อยละ3.6) 5.ถูกครู อาจารย์และเพื่อนเลิกคบ (ร้อยละ 3.8)

รายงาน “โครงการส่งเสริมสิทธิความหลากหลาย และความเท่าเทียมในโลกของการทำงาน (PRIDE)” พบว่า ผู้ให้ข้อมูล LGBTI ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ต้องทนกับคำล้อเลียน นินทา และคำพูดที่ไม่คำนึงถึงความรู้สึกในที่ทำงาน โดยเฉพาะบุคคลข้ามเพศ และทอม มักถูกถามคำถามที่ละเมิดความเป็นส่วนตัวอยู่บ่อยครั้ง หรือถูกดูถูกในเรื่องเพศวิถี การเลือกปฏิบัติต่อการเข้าโอกาสในการทำงาน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจ สังคมการศึกษา ศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์ การตีตราในทางเศรษฐกิจมีทั้งการตีตรา 2 ระดับ คือการตีตราจากคนนอกที่ไม่ใช่กลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ และการตีตราจากคนในกลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศด้วยกันเอง การถูกเลือกปฏิบัติในด้านเศรษฐกิจส่งผลให้บุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศเข้าไม่ถึงสวัสดิการจากรัฐและองค์กร

ข้อมูลจาก United Kingdom Drug Policy Commission (UKDPC) ในสหราชอาณาจักรเปิดเผยว่าร้อยละ 75 ของกลุ่มตัวอย่างผู้หญิงที่รักผู้หญิง (Lesbian) ผู้ชายที่รักผู้ชาย (Gay) และชายหรือหญิงที่มีความรักกับเพศเดียวกัน หรือเพศตรงข้ามก็ได้ (Bisexual) เคยลองใช้สารเสพติดรูปแบบต่าง ๆ และเมื่อเทียบกันแล้ว ปริมาณการใช้ของกลุ่มคนหลากหลายทางเพศในช่วงเวลาที่ทำการสำรวจคิดเป็นสัดส่วนมากกว่าคนที่เป็นชายหญิงทั่วไปในสารแทบทุกชนิด โดยเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 33 สำหรับกลุ่มคนหลากหลายทางเพศ และร้อยละ 10 สำหรับกลุ่มชายหญิงทั่วไป [70]

ปี 2564 ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก พบว่า ผู้หญิงประมาณ 736 ล้านคนทั่วโลก หรือเกือบ 1 ใน 3 (ร้อยละ 30 ของผู้หญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป) เคยถูกกระทำความรุนแรงทางร่างกายและ/หรือทางเพศกับคู่นอน ความรุนแรงทางเพศที่ไม่ใช่คู่นอน หรือทั้งสองอย่าง อย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต เกือบ 1 ใน 4 ของเด็กสาววัยรุ่นอายุ 15–19 ปี (ร้อยละ 24) เคยประสบกับความรุนแรงทางร่างกายและ/หรือทางเพศจากคู่รักหรือสามี ร้อยละ 16 ของหญิงสาวอายุ 15- 24 ปี ประสบกับความรุนแรง 12 เดือนที่ผ่านมา [71] รายงานความรุนแรงต่อสตรีในช่วงสถานการณ์โควิด 19 พบว่า ผู้หญิง 1 ใน 2 คน เคยมีประสบการณ์ความรุนแรงตั้งแต่สถานการณ์โควิด-19 โดยร้อยละ 48 อายุระหว่าง 18-49 ปี ผู้หญิง 7 ใน 10 คน เห็นว่าความรุนแรงทางวาจาและการทำร้ายร่างกายโดยคู่ชีวิตกลายเป็นเรื่องปกติ และผู้หญิง 4 ใน 10 คน รู้สึกไม่ปลอดภัยมากขึ้นในพื้นที่สาธารณะ โดยร้อยละ 56 รู้สึกไม่ปลอดภัยเมื่ออยู่ในบ้าน [72] นอกจากนี้กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว เก็บข้อมูลสถิติความรุนแรงในครอบครัวช่วง 6 ปี (2559-2564) พบความรุนแรงในครอบครัว จำนวน 9,386 ราย โดยเพิ่มขึ้นทุกปี เฉลี่ย 1,564 รายต่อปี 130 รายต่อเดือน และ 4 รายต่อวัน ซึ่งมีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความรุนแรง ได้แก่ ยาเสพติด สุรา การพนัน หย่าร้าง การหึงหวง รวมถึงความเครียดทางเศรษฐกิจจากสถานการณ์โควิด-19 [73] ปี 2565 เดือนมกราคมถึงพฤษภาคม พบผู้ถูกกระทำความรุนแรง 950 ราย โดยมากกว่าร้อยละ 50 กระทำความรุนแรง “ด้านร่างกาย” รองลงมา “จิตใจ” “เพศ” และ “เสียชีวิต” เกือบร้อยละ 2

การรวบรวมข่าวความรุนแรงในครอบครัวที่เผยแพร่ผ่านหนังสือพิมพ์ในปี 2563 พบทั้งหมด 593 ข่าว ในจำนวนนี้มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยกระตุ้น 155 ข่าวหรือร้อยละ 26 ทั้งนี้ เป็นข่าวฆ่ากัน 323 ข่าว มากที่สุดคือสามีฆ่าภรรยา ส่วนการทำร้ายพบ 101 ข่าว สามีทำร้ายภรรยามากสุด รองลงมาการทำร้ายกันระหว่างพ่อ-แม่-ลูกและคู่รักตามลำดับ กรณีฆ่าตัวตาย 94 ข่าว ผู้ชายมากกว่าหญิง ขณะที่ ความรุนแรงทางเพศของคนในครอบครัว 41 ข่าว ทั้งนี้มีข้อสังเกตว่าครึ่งปีหลังสถานการณ์

70 เทพพิทักษ์ มณีพงษ์. (2560). “สุขดาร์คจากยาเสพติด : ความสุขที่ต้องเสี่ยง”. ดิ วันโอวัน. เข้าถึงได้จาก https://www.the101.world/dark-happiness-from-drug-addiction/

71 World Health Organization. (2021). “On behalf of the United Nations Inter-Agency Working Group on Violence against Women Estimation and Data”.

72 UN Women. (2021). “Measuring the shadow pandemic: Violence against women during COVID-19 in 2021”. UN Women.

73 กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. (2565). “สถิติความรุนแรงในครอบครัว ในรอบ 6 ปี 2559-2564”. เข้าถึงได้จาก https://opendata.nesdc.go.th/dataset/https-drive-google-com-file-d-1kt8cnwofotck4om1_rzwxfcvxj7tob06-view-usp-sharing (สืบค้นเมื่อ 27 กุมภาพันธ์ 2566)

รุนแรงที่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นตัวกระตุ้น เพิ่มขึ้นในทุกเหตุการณ์ และเมื่อเปรียบเทียบย้อนหลังพบว่าปี 2563 เพิ่มเป็นร้อยละ 26.2 จากร้อยละ 17.3 ในปี 2561 [74]

สถานการณ์ผู้ต้องขัง

ประเทศไทยมีจำนวนผู้ต้องขัง 268,306 คน (ข้อมูลเดือนมิถุนายน 2566) [75] แบ่งเป็นผู้ต้องขังชาย 236,708 คน ผู้ต้องขังหญิง 31,598 คน สำหรับนักโทษเด็ดขาดมีจำนวนถึง 212,824 คน ข้อจำกัดและผลกระทบเมื่อจำนวนคนมากเกินกว่าที่เรือนจำหรือทัณฑสถานรองรับได้ ทำให้ภาพรวมของคุณภาพชีวิตในเรือนจำทั้งการอยู่อาศัย สุขภาพอนามัย การทำกิจวัตรประจำวัน เรียนหนังสือ ฝึกอาชีพ พักผ่อนนอนหลับ ทั้งหมดล้วนเกิดขึ้นอย่างแออัดในพื้นที่คับแคบในเรือนจำหรือทัณฑสถาน ปัญหาหลักที่เกี่ยวบริการทางสุขภาพต่อผู้ต้องขังหญิงในเรือนจำคือการเข้าไม่ถึงบริการ หรือเข้าถึงได้ช้าในเวลาเจ็บป่วยเพราะบุคลากรในเรือนจำ เช่น พยาบาล หรือผู้คุมที่จะพาไปโรงพยาบาลมีไม่พอ ที่สำคัญคือขาดงบประมาณ

สถานการณ์มุสลิมไทย

ประชากรมุสลิมทั่วประเทศมีประมาณ 4.24 ล้านคน ในปี 2565 โดยแยกเป็นชายร้อยละ 49.48 และหญิง ร้อยละ 50.52 เมื่อพิจารณาการกระจายตัวของประชากรในประเทศไทยในระดับภูมิภาค พบว่า ภาคใต้มีมุสลิมไทยอาศัยมากที่สุด คือ ร้อยละ 77.81 ซึ่งในจำนวนนี้กว่าครึ่งอยู่ในสามจังหวัดชายแดนใต้ รองลงมาคือ กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 11.75 ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ร้อยละ 8.61 ภาคเหนือ ร้อยละ 0.99 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 0.74 มุสลิมไทยในแต่ละพื้นที่มีภูมิหลังทางด้านชาติพันธุ์และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ข้อมูลจากหลายแหล่งชี้ว่าคุณภาพชีวิตของมุสลิมไทยด้อยกว่าประชากรไทยโดยทั่วไปในบางด้าน อาทิ การบริโภคบุหรี่และผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่น ๆ ความยากจน การศึกษา และปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพบางปัจจัย ฯลฯ

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 (SDGs) และสอดรับกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม โดยเฉพาะประเด็นการลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างความเป็นธรรมทุกมิติให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 การดำเนินงานมีเป้าหมายหลักคือการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพเพื่อให้ทุกคนมี “สิทธิ ศักดิ์ศรี คุณค่า พึ่งพาตัวเอง” ที่นำไปสู่การส่งเสริมความเข้มแข็งและการจัดการตัวเองของประชากรกลุ่มเฉพาะทั้ง 10 กลุ่มได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ ผู้สูงอายุ คนพิการ คนไร้บ้าน แรงงาน

74 Hfocus. (2021). “เสวนาถกประเด็น "วิกฤติความรุนแรงในครอบครัวและอุบัติเหตุ ตีแผ่ปัญหาสุรา" หวังลดปัญหาสังคม”. เข้าถึงได้จากhttps://www.hfocus.org/content/2021/12/23957.

75 กรมราชทัณฑ์. (2566). “สถิติผู้ต้องราชทัณฑ์ทั่วประเทศ”. เข้าถึงได้จาก http://www.correct.go.th/rt103pdf/report_result.php?date=2022-07-01&report=. (สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2566).

นอกระบบ กลุ่มชาติพันธุ์ ประชากรข้ามชาติ ผู้มีความหลากหลายทางเพศ ผู้หญิงที่ถูกกระทำความรุนแรง ผู้ต้องขัง มุสลิมไทย แสดงเป็นกรอบแนวคิดเชิงยุทธศาสตร์ ดังนี้

แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ



จุดเน้นของแผน

จุดเน้นของแผน

แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะได้ทบทวนสถานการณ์และแนวทางการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย พร้อมทั้งนำทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) และข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ 2 เป็นกรอบแนวทางในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. 2567 ให้สอดรับกับนโยบายระดับประเทศ เช่น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 นโยบายรัฐบาล และนโยบายระดับกระทรวงต่าง ๆ ที่แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานที่รองรับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองภายในประเทศ ตลอดจนสถานการณ์วิกฤตต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น และยังคงเน้นการลดความแตกต่างด้านการเข้าถึงสิทธิและโอกาสในการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะ ไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากความแตกต่างของลักษณะประชากร และรองรับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยเฉพาะในประชากรกลุ่มเฉพาะที่มี

ความยากลำบาก ตลอดจนบูรณาการ เชื่อมร้อยแนวทางการดำเนินงานระหว่างกลุ่มประชากรเฉพาะเพื่อสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนในการดำเนินงาน

จากกรอบนโยบายในการจัดทำแผนการดำเนินงานข้างต้น สามารถสรุปเป็นแนวทางในการจัดทำแผนระยะ 1 ปี โดยมีจุดเน้นในภาพรวมของแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ ดังนี้

1. ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ในประชากรกลุ่มเฉพาะ สนับสนุนการขับเคลื่อนระบบสวัสดิการพื้นฐานที่มีความยืดหยุ่นทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะสถานการณ์ทางการเมืองที่ให้ความสำคัญกับการลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม และคำนึงถึงความลื่นไหลของกลุ่มประชากรเฉพาะต่าง ๆ ที่สามารถเปลี่ยนแปลงสถานภาพไปตามเงื่อนไขทางสังคมหรือปัจจัยทางกายภาพได้ตลอดเวลา
2. สร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดด ขยายผลต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะผ่านรูปแบบที่หลากหลาย
   - การขยายผลต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะไปสู่ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มคนรุ่นใหม่ ที่มีความกระตือรือร้นสนใจนวัตกรรมการเปลี่ยนแปลงสังคมในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยสร้างผลลัพธ์อย่างก้าวกระโดดได้มากขึ้น
   - สนับสนุนความร่วมมือกับกลุ่มวิสาหกิจเพื่อสังคม (social enterprise) หรือกลุ่มธุรกิจสตาร์ทอัพ (startup) ที่นำไปสู่การขยายผลต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพได้
   - ให้ความสำคัญกับการถอดบทเรียนองค์ความรู้อย่างเป็นกลไกรูปธรรมและสามารถพิสูจน์ผลงานความสำเร็จต่าง ๆ ได้
3. สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยคำนึงถึงการลดความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัลในกลุ่มประชากร เพื่อสร้างและรองรับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร การจัดการ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในยุคดิจิทัล โดยการทบทวน พัฒนาประยุกต์ใช้เครื่องมือกลไกหรือระบบเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่สามารถเข้ามาช่วยสนับสนุนงานด้านส่งเสริมสุขภาวะ เอื้อต่อการเชื่อมโยงข้อมูล และการเข้ามามีส่วนร่วมของกลุ่มประชากรได้มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างฐานข้อมูลดิจิทัลที่จะเป็นประโยชน์ต่อไปในระยะยาวต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาวะของกลุ่มประชากร
4. ขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะและลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะในบริบทพื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่เขตเมือง ทั้งในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และพื้นที่ส่วนภูมิภาคซึ่งมีบริบททางกายภาพในลักษณะเมือง หรือเมืองใหญ่ที่มีความซับซ้อนในการบริหารและจัดการปัญหา ที่ส่งผลกระทบต่อการมีสุขภาวะของประชากรกลุ่มเฉพาะ

จุดเน้นตามกลุ่มประชากร

1. **ผู้สูงอายุ**

   สนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบาย ระบบและกลไกที่มีประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อยกระดับมาตรการในการรองรับสังคมสูงวัย พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุและเครือข่ายผู้สูงอายุให้มีความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ต่าง ๆ ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีและรูปแบบที่เหมาะสมเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ดำเนินชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี และเป็นพลังของสังคมชุมชนอย่างต่อเนื่อง รวมถึงสนับสนุนมาตรการหนุนเสริม ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางในการดำเนินชีวิต

2. **คนพิการ**

   สนับสนุนให้คนพิการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพในทิศทางที่ดีขึ้น ผ่านรูปแบบที่หลากหลายและเหมาะสมกับคนพิการในแต่ละประเภท โดยเน้นการเสริมศักยภาพของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้มีกระบวนการทำงานที่เป็นระบบครบวงจรสามารถให้บริการสร้างเสริม

สุขภาพเชิงรุกที่มีคุณภาพและคนพิการเข้าถึงได้ง่าย รวมทั้งการสานต่อกลไกการบริหารระบบการจ้างงานและสร้างโอกาสการมีงานทำที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

3. **คนไร้บ้าน**

สนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย การรับรองสิทธิและแนวทางการดำเนินงานให้คนไร้บ้านสามารถเข้าถึงระบบการสนับสนุนฟื้นฟู สิทธิสุขภาพ สวัสดิการพื้นฐานของรัฐ และมีศักยภาพในการจัดการตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตร่วมกับคนในชุมชนและสังคมได้ มีความพร้อมในการกลับคืนสู่สังคมอย่างมีคุณภาพ รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนากลไกบนฐานชุมชนในการป้องกันความเสี่ยงจากการเข้าสู่ภาวะไร้บ้าน ด้วยนวัตกรรมทางสังคมในการจัดการช่วยเหลือคนไร้บ้านและกลุ่มเปราะบางด้วยแกนนำเครือข่ายคนไร้บ้านที่ยั่งยืน จากการบูรณาการงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานในระดับพื้นที่

4. **แรงงานนอกระบบ**

พัฒนาองค์ความรู้ งานวิชาการ ข้อเสนอเชิงนโยบาย ร่วมขับเคลื่อนเพื่อลดช่องว่างการเข้าถึงการใช้ประโยชน์จากกฎหมาย นโยบายต่อการคุ้มครองแรงงานนอกระบบ รวมไปถึงการพัฒนานวัตกรรมต่อการสร้างเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงจากการทำงาน ในกลุ่มแรงงานนอกระบบทั้งกลุ่มอาชีพเก่า และอาชีพใหม่ ได้แก่ แรงงานแพลตฟอร์ม เป็นต้น

5. **ประชากรข้ามชาติ**

พัฒนาต้นแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรข้ามชาติในชุมชน และสถานประกอบการ พัฒนากลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคประชาสังคม องค์กรระหว่างประเทศ และสถาบันการศึกษา สื่อมวลชน ต่อการขับเคลื่อนลดช่องว่างทางด้านกฎหมายและนโยบายคุ้มครองสิทธิทางสังคมและสุขภาพประชากรข้ามชาติ และพัฒนานวัตกรรมการสื่อสารเพื่อลดช่องว่าง อคติ สร้างความเข้าใจต่อประชากรข้ามชาติ รวมถึงนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ลดความเสี่ยงจากการทำงาน กับแรงงานข้ามชาติทุกคนโดยไม่เลือกปฏิบัติ

6. **กลุ่มชาติพันธุ์**

ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงสิทธิทางสังคมและสุขภาพ หลักประกันในการดำรงชีวิต รวมไปถึงกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นมิตร ผ่านการพัฒนาความรู้และข้อมูลทางวิชาการ การพัฒนากลไก รูปแบบบริการสุขภาพ สร้างพื้นที่ต้นแบบและแกนนำที่มีศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมไปถึงการผลักดันนโยบาย โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม สถาบันทางวิชาการ และกลุ่มเป้าหมายอย่างบูรณาการ และการเชื่อมโยงความร่วมมือจากประเทศเพื่อนบ้าน

7. **ผู้มีความหลากหลายทางเพศ**

พัฒนาองค์ความรู้ งานวิชาการ ข้อเสนอเสนอเชิงนโยบาย ที่ส่งผลต่อการขับเคลื่อนการคุ้มครองผู้มีความหลากหลายทางเพศ รวมไปถึงการพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพเฉพาะประเด็นความหลากหลายทางเพศ และผู้มีความหลากหลายทางเพศที่มีอัตลักษณ์ทับซ้อน

8. **ผู้หญิงที่ถูกกระทำความรุนแรง**

ส่งเสริมให้ประเด็นความรุนแรงเป็นประเด็นสาธารณะ พัฒนากลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ผู้บังคับใช้กฎหมาย ภาคประชาสังคม และผู้ได้รับผลกระทบจากความรุนแรง เพื่อการพัฒนานวัตกรรมลดความรุนแรงทั้งในพื้นที่สาธารณะ สถานประกอบการ ชุมชน ครอบครัว

9. **ผู้ต้องขัง**

สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขัง โดยสนับสนุนการปรับเปลี่ยนเรือนจำจากการเป็นพื้นที่ของการลงโทษไปสู่การเป็นเรือนจำสุขภาวะโดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาเรือนจำสุขภาวะใน 7 ด้านให้เกิดการดำเนินงานปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในเรือนจำต้นแบบและเรือนจำขยายผลได้

10. **มุสลิม**

สนับสนุนการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพของประชากรมุสลิมเพื่อการมีคุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่ดี ภายใต้แนวทาง

การดำเนินงานโดยมีศาสนาอิสลามเป็นศูนย์กลาง และการพัฒนากลไกทางสังคมและสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทสังคมมุสลิมไทย รวมถึงการยกระดับและขยายผลการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายต่าง ๆ ในระดับพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

เป้าหมายการดำเนินงาน

แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะได้กำหนดเป้าหมายการทำงานในระยะ 1 ปี โดยทบทวนสถานการณ์และแนวทางการดำเนินงานร่วมกับภาคีหลัก พร้อมทั้งนำทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) และแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) เพื่อกำหนดเป้าหมายการทำงานในปี 2567 ภายใต้ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

1 ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อที่นำไปสู่การขับเคลื่อนเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและสร้างเสริมสุขภาวะในประชากรกลุ่มเฉพาะที่เห็นผลอย่างเป็นรูปธรรม

ไม่น้อยกว่า **3 ประเด็น** [76]

2 เครื่องมือและระบบการติดตามการเปลี่ยนแปลงในการเสริมสร้างสุขภาวะตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ในภาพรวมของ สสส. และลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะ จำนวน **1 ชุด**

3 นวัตกรรมเพื่อสนับสนุนการทำงานเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ในภาพรวมของ สสส. [77] และลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะ จำนวน

ไม่น้อยกว่า **6 ประเด็น**

4 ความร่วมมือกับคนรุ่นใหม่ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรกลุ่มเฉพาะ หรือเสริมสร้างสุขภาวะตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ของ สสส.

ไม่น้อยกว่า **5 กลุ่ม/เครือข่าย**

ตัวชี้วัดร่วม

การบูรณาการร่วมกันระหว่างแผนควบคุมยาสูบ (แผน 1) และแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ (แผน 5) เพื่อพัฒนาคู่มือมาตรฐานมัสยิดปลอดบุหรี่สำหรับการขับเคลื่อนมัสยิดปลอดบุหรี่

76 ข้อเสนอเชิงนโยบายที่จะดำเนินการในปี 2567 จะมีทั้งในส่วนการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายใหม่ และขับเคลื่อนต่อยอดจากข้อเสนอนโยบายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในปี 2566 เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมจากการขับเคลื่อนและดำเนินการได้จริงในระดับชาติ ประกอบด้วย นโยบายบำนาญแห่งชาติ การส่งเสริมการจ้างงานคนพิการในหน่วยงานภาครัฐ นโยบายในระดับจังหวัดที่ด้านสุขภาพคนไทยพลัด ถิ่น/ คนไทยไร้สิทธิ เป็นต้น โดยกระบวนการขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายมีทั้งกระบวนการตามขั้นตอนการออกกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับต่าง ๆ หรือการทำงานร่วมกับหน่วยงานองค์กรเจ้าภาพต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานตามแผนหรือแนวทางที่ระบุในข้อเสนอเชิงนโยบายนั้น ๆ

77 นวัตกรรมเพื่อสนับสนุนการทำงานเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ ตัวอย่างเช่น ระบบการเรียนรู้ออนไลน์สำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะที่มีเนื้อหาในการสร้างความตระหนักรู้ทางสุขภาพในประเด็นปัจจัยเสี่ยงหลักและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ เป็นต้น

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

1. **ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ** หมายถึง ความแตกต่างระหว่างคนกลุ่มต่าง ๆ ด้านสถานะสุขภาพ เช่น อายุคาดเฉลี่ย อัตราการเจ็บป่วย ภาระโรค ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพอาจมิได้เกิดจากความไม่เป็นธรรมทางสังคมและความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพเสมอไป อาจมีปัจจัยอื่น ๆ เกี่ยวข้อง เช่น เพศ อายุ พันธุกรรม ซึ่งมีผลให้คนกลุ่มต่าง ๆ มีสถานะสุขภาพแตกต่างกัน อย่างไรก็ดี แนวคิดเรื่อง SDH ชี้ว่าความไม่เป็นธรรมทางสังคมเป็นสาเหตุหลักของความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในประเทศต่าง ๆ
2. **ความเหลื่อมล้ำทางสังคม** หมายถึง ความแตกต่างด้านสภาพแวดล้อมการดำรงชีวิตระหว่างคนกลุ่มต่าง ๆ ในสังคม เช่น ความเหลื่อมล้ำทางรายได้ ความเหลื่อมล้ำในการถือครองที่ดิน ความเหลื่อมล้ำในด้านผลสัมฤทธิ์การศึกษา ความเหลื่อมล้ำด้านความเสี่ยงต่อภัยพิบัติความเหลื่อมล้ำทางสังคมอาจมิได้เกิดจากความไม่เป็นธรรมทางสังคมเสมอไป อาจมีปัจจัยอื่น ๆ เกี่ยวข้อง แต่สังคมที่มีความเหลื่อมล้ำสูงส่วนใหญ่มักมีสาเหตุสำคัญมาจากความเป็นธรรมทางสังคม ในทางกลับกัน สังคมที่มีพื้นฐานความไม่เป็นธรรมในบางเรื่องสูง แต่มีนโยบายและมาตรการป้องกันมิให้ส่งผลกระทบต่อความไม่เป็นธรรมในเรื่องอื่น ๆ ก็อาจทำให้เป็นสังคมที่มีความเหลื่อมล้ำต่ำได้
3. **ความเป็นธรรมทางสุขภาพ** หมายถึง ความเสมอภาค เท่าเทียมด้านสิทธิและโอกาสที่จะเข้าถึงการมีสุขภาพที่ดีตามความจำเป็นทางสุขภาพ โดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากความแตกต่างของลักษณะประชากร อาทิ เพศ สัญชาติ เชื้อชาติ ศาสนา ชนชั้น สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการจัดระบบสุขภาพและบูรณาการแก้ไขปัญหาสอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชนที่ยอมรับในระดับสากล
4. **ความเป็นธรรมทางสังคม** หมายถึง ความเป็นธรรมในทุกมิติของสังคมที่มนุษย์พึงได้รับตามมาตรฐานทางสากล และหลักมนุษยธรรม โดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติ มีความเสมอภาค เท่าเทียมในการเข้าถึงสิทธิ โอกาส และทรัพยากรต่าง ๆ ที่พึงได้รับการปฏิบัติจากรัฐ และได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมเพื่อสร้างโอกาสในการมีสุขภาวะที่ดี
5. **นวัตกรรมสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ** หมายถึง รูปแบบ วิธีการทำงานใหม่ การสร้างสิ่งแวดล้อมหรือเงื่อนไขใหม่ การพัฒนาผลิตภัณฑ์ใหม่ที่มีมูลค่าทางสังคม เศรษฐกิจ หรือสิ่งแวดล้อม ที่เกิดจากวิธีคิดใหม่ หรืออาจใหม่จากการเปรียบเทียบกับสิ่งที่เคยมีโดยที่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงสถานะของความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในทางที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด และสามารถนำไปใช้ขยายผลได้กว้างขวาง
6. **ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)** หมายถึง การที่บุคคลมีความสามารถในการเข้าถึงข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพจากแหล่งความรู้ที่หลากหลาย มีความเข้าใจในเนื้อหาต่าง 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 [78]

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 ตลอดจนกระบวนการหรือเครื่องมือ ที่ส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนทำงานของภาคีเครือข่าย เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะ ลดความเหลื่อมล้ำ และลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะ
14. **โครงสร้าง (structure)** หมายถึง ระบบหรือองค์ประกอบทางสังคมในระดับมหภาคที่อาจเกี่ยวข้องกับการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมที่ทำหน้าที่จัดเรียงความสัมพันธ์ของสำนักส่งเสริมสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ ภาคี และประชากรกลุ่มเฉพาะอันมีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์จากการทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายของกองทุน
15. **โครงสร้างพื้นฐาน (fundamental)** หมายถึง ระบบที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อต่อยอด หรือนำไปใช้เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ปัญหา และนำเสนอแนวทางแก้ไขที่มีความรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ โดยมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ กรอบนโยบาย/กลไกการทำงาน (institutional framework) ข้อมูลพื้นฐาน (datasets) มาตรฐานหรือแนวทางการทำงาน (technical standard) และเครือข่ายการทำงาน (network)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อขับเคลื่อนนโยบายที่มีเป้าหมายในการเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีและลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะที่เกิดผลลัพธ์มากขึ้น
2. เพื่อพัฒนาองค์ความรู้สนับสนุนการทำงานเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะและลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะที่ต่อเนื่อง และต่อยอดการทำงานในระยะยาวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. เพื่อเสริมสร้างพื้นที่ หรือโมเดลต้นแบบ เพื่อการขยายผลในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศให้ที่เกิดผลลัพธ์มากขึ้น
4. เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการศักยภาพของกลไกการทำงานของภาคีเครือข่าย เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการทำงานให้เกิดผลลัพธ์มากขึ้น

78 นภาภรณ์ หะวานนท์ และกฤตยา อาชวนิจกุล. (2559). “งานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังหญิง 2558-2560”. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

แนวทางการดำเนินงาน

กลุ่มเป้าหมาย

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

พื้นที่ดำเนินงาน

กระจายตามบริบทของกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานทั่วประเทศ รวมถึงพื้นที่เขตเมือง ทั้งในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และพื้นที่ส่วนภูมิภาคซึ่งมีบริบททางกายภาพในลักษณะเมือง หรือเมืองใหญ่ที่มีความซับซ้อนในการบริหารและจัดการปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการมีสุขภาวะของประชากรกลุ่มเฉพาะในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ขอบเขตการดำเนินงาน

1. พัฒนานวัตกรรม กลไก และนโยบายสาธารณะ เพื่อการมีสุขภาวะ ลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ โดยสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดด และยกระดับการขยายผลนวัตกรรม ต้นแบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ
2. สนับสนุนและเสริมศักยภาพการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลเพื่อเป็นเครื่องมือในการยกระดับการสร้างเสริมสุขภาพและมีสุขภาวะที่ดีของประชากรกลุ่มเฉพาะต่าง ๆ อย่างเหมาะสม โดยไม่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำจากการใช้เทคโนโลยี
3. พัฒนาต้นแบบและยกระดับการขยายผลการดำเนินงานในระดับพื้นที่ โดยมีพื้นที่เป้าหมายทั้งบริบทเขตเมือง และชุมชนท้องถิ่น ซึ่งมีจุดเน้นแตกต่างกันตามความเหมาะสม และบริบทของประชากรกลุ่มเฉพาะนั้น ๆ
4. พัฒนาศักยภาพ สร้างความเข้มแข็งและความร่วมมือกับแกนนำประชากรกลุ่มเฉพาะ คนทำงานกับประชากรกลุ่มเฉพาะ เครือข่ายประชากรกลุ่มเฉพาะ รวมถึงเครือข่ายคนรุ่นใหม่ที่มีความสนใจในประเด็นสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ เพื่อหนุนเสริมให้ประชากรกลุ่มเฉพาะมีความสามารถจัดการตัวเอง เข้าถึงสวัสดิการขั้นพื้นฐาน ที่จะนำไปสู่การลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ

5. สนับสนุนการดำเนินงานของแผนกลุ่มพื้นที่ องค์กร กลุ่มประชากร ของ สสส. ในการดำเนินการพัฒนาสุขภาวะในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และเขตเมืองใหญ่ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ส่งเสริมความเข้มแข็งและเปิดโอกาสการเข้าถึงบริการสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์การดำเนินงานของทุกกลุ่มประชากรเฉพาะมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ไตรพลัง คือ ความรู้ นโยบาย สื่อสารและขับเคลื่อนสังคม โดยเพิ่มเรื่องการพัฒนาศักยภาพภาคีและแกนนำกลุ่มประชากรเฉพาะ เพื่อสนับสนุนการรวมกลุ่มและการพัฒนาภาคีและองค์กรตัวแทนกลุ่มประชากรเฉพาะให้เข้มแข็ง โดยยุทธศาสตร์ 6 ข้อ ดังนี้

1. พัฒนาองค์ความรู้ เพื่อสนับสนุนการทำงาน เสริมสร้างสุขภาวะ และลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะ ให้เกิดความยั่งยืน ต่อเนื่องและต่อยอดการทำงานในระยะยาวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. ขับเคลื่อนนโยบายที่มีเป้าหมายในการเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีและลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะ ทั้งโดยตรงและโดยอ้อมที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น
3. ออกแบบการสื่อสารสาธารณะให้เกิดการมีส่วนร่วม อันนำไปสู่การปรับเจตคติของสังคมสู่สังคมที่ยอมรับความหลากหลายและให้ความสำคัญกับความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการทางสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น
4. เสริมสร้างนวัตกรรม พื้นที่หรือโมเดลต้นแบบ เพื่อการขยายผลในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น
5. ส่งเสริมศักยภาพของกลไกการทำงานของภาคีเครือข่าย ให้สามารถขับเคลื่อนการทำงานได้อย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น
6. สร้างและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เพื่อสนับสนุนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะให้สอดรับกับตัวชี้วัดตามห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome) ของกองทุน

ภาคีหลัก

การดำเนินงานของแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะในช่วงที่ผ่านมา มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้งในเชิงนโยบายและขับเคลื่อนในพื้นที่ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ องค์กรภาคประชาสังคม และสถาบันทางวิชาการต่าง ๆ โดยสรุปดังนี้

หน่วยงานภาครัฐ

ร่วมสนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายการเข้าถึงสิทธิและบริการต่าง ๆ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่มต่าง ๆ ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐต่าง ๆ อาทิ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กรมกิจการผู้สูงอายุ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน กระทรวงสาธารณสุข โดย กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงแรงงาน กระทรวงยุติธรรม โดย กรมราชทัณฑ์ กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ เป็นต้น

องค์กรภาคประชาสังคม

ร่วมขับเคลื่อนนโยบาย และประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ รวมถึงการเข้าถึงสิทธิและบริการต่าง ๆ สำหรับประชากรเฉพาะกลุ่มต่าง ๆ ประกอบด้วย อาทิ มูลนิธินวัตกรรมทางสังคม มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม มูลนิธิอารยสถาปัตย์เพื่อคนทั้งมวล มูลนิธิสถาบันวิจัยระบบสุขภาพชุมชน สมาคมนักขับเคลื่อนสังคมเพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาวะ สถาบันส่งเสริมความเข้มแข็ง

ภาคประชาสังคม มูลนิธิเพื่อนหญิง มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล สมาคมเพศวิถีศึกษา มูลนิธิเพื่อนเยาวชนเพื่อการพัฒนา มูลนิธิสร้างสุขมุสลิมไทย มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย สมาคมคนไร้บ้าน มูลนิธิพัฒนาชนกลุ่มน้อยและชาติพันธุ์ มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย มูลนิธิพัฒนาชุมชนและเขตภูเขา มูลนิธิชุมชนไทย มูลนิธิเพื่อเยาวชนชนบท มูลนิธิสร้างสรรค์สังคมและสุขภาวะ มูลนิธิการเรียนรู้และพัฒนาประชาสังคม มูลนิธิวัฒนธรรมชุมชน มูลนิธิส่งเสริมความเสมอภาคทางสังคม กลุ่มส่งเสริมการเข้าถึงการสนับสนุนด้านสุขภาพและสังคม บริษัทกล่องดินสอ จำกัด บริษัท ยังแฮปปี้ จำกัด บริษัท ไรซ์ อิมแพ็ค จำกัด เป็นต้น

สถาบันทางวิชาการ

ร่วมสนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ต่าง ๆ เพื่อใช้ประกอบในการพัฒนานโยบายและขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบาย ตลอดจนพัฒนานวัตกรรม ชุดความรู้ คู่มือทางวิชาการต่าง ๆ เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะและพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรกลุ่มเฉพาะ อาทิ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยมหาสารคาม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย เป็นต้น

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
กลุ่มแผนงานพัฒนาความรู้และนโยบาย	138.00
กลุ่มแผนงานเสริมความเข้มแข็งเครือข่าย	92.00
กลุ่มแผนงานพัฒนานวัตกรรมและพื้นที่ต้นแบบ	120.00
กลุ่มแผนงานสื่อสารสังคม	31.00
การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	9.00
รวม	**390.00**



แผน 6

แผนสุขภาวะชุมชน

สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

แผนสุขภาวะชุมชนเป็นแผนที่สนับสนุนพื้นที่ให้มีความพร้อมทั้งคน กลไกและข้อมูลมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2552 จนถึงปัจจุบัน ครอบคลุมพื้นที่ในระดับตำบล จำนวน 3,526 ตำบล หรือคิดเป็นร้อยละ 45.36 ของ อปท. ทั้งหมด [79] โดยแต่ละตำบลขับเคลื่อนเพื่อที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนท้องถิ่นให้เกิดการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมและพฤติกรรมของชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน ด้วยศักยภาพของ 4 องค์กรหลัก อันประกอบด้วย ท้องถิ่น ท้องที่ องค์กรชุมชน และหน่วยงานรัฐในพื้นที่ ให้สามารถใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพจัดการกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพได้ จนเกิดเป็นเครือข่ายขนาดใหญ่ โดยเริ่มจากหนึ่งตำบล ขยายเป็นเครือข่ายตำบล เครือข่ายอำเภอ เครือข่ายภูมิภาคที่กระจายตัวทุกภูมิภาคของประเทศ จนเป็น “เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่” ซึ่งแผนฯ สนับสนุนให้สมาชิกเครือข่ายฯ จัดเก็บข้อมูลตำบล (TCNAP) และ ข้อมูลวิจัยชุมชน (RECAP) แล้วนำเอาข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาแนวทางพัฒนา และยกระดับพื้นที่เป็นศูนย์เรียนรู้ (ศรร.) ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน (ศจค.) ศูนย์ประสานงานเครือข่ายเฉพาะประเด็น (ศปง.) ศูนย์เชี่ยวชาญ (ศชช.) และศูนย์ฝึกอบรม รวมกันแล้วมากถึง 378 แห่ง และมี 5 นักสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน จำนวนกว่า 450,000 คน ได้แก่ นักบริหาร นักวิชาการชุมชนท้องถิ่น นักจัดการข้อมูล นักสื่อสารชุมชน นักจัดการและนักจัดกระบวนการที่มีศักยภาพในการดำเนินงานด้านต่าง ๆ ในชุมชนท้องถิ่นและร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ เกิดเครือข่ายบูรณาการการทำงานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

บทเรียนจากการดำเนินงานของแผนฯ กว่าหนึ่งทศวรรษชี้โอกาสในการพัฒนาขีดความสามารถของกลไกขับเคลื่อนสุขภาวะชุมชนเพื่อให้เกิดสุขภาวะชุมชนอย่างยั่งยืนฐานรากสังคมสุขภาวะ เข้มแข็งพึ่งตนเอง ลดความเหลื่อมล้ำ เช่น 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตำบล เทศบาลเมือง เทศบาลนคร องค์การบริหารส่วนจังหวัด 2) คณะกรรมการพัฒนาตำบล (กำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน) 3) เครือข่ายสภาผู้นำชุมชน 4) เครือข่ายภาคประชาสังคม 5) เครือข่ายเฉพาะเรื่องเฉพาะประเด็น 6) เครือข่ายระดับอำเภอ 7) เครือข่ายระดับจังหวัด 8) เครือข่ายชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร เป็นต้น ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน จึงต่อยอดไปที่การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนสุขภาวะชุมชนด้วยกลไกที่หลากหลายและสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการสร้างเครื่องมือสนับสนุนสุขภาวะชุมชน ทำงานเชิงบูรณาการทั้งภายในองค์กรและภาคีเครือข่ายให้มีความแนบแน่นเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันเพื่อเป็นพลังที่จะก้าวไปสู่ความสำเร็จ ด้วยการ

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

น้อมนำศาสตร์ของพระราชา เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และระเบิดจากข้างใน เป็นเครื่องมือในการดำเนินงานตอบสนองต่อทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 นโยบายรัฐบาล รวมถึงการขับเคลื่อนงานพัฒนาโดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง

แนวโน้มของสถานการณ์ที่ส่งผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

มีรายละเอียดดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและโครงสร้างประชากร จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประเทศไทยมีเด็กเกิดใหม่ลดต่ำลงอย่างต่อเนื่อง สวนทางกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุ ซึ่งอัตราการเกิดที่ลดลงจะส่งผลต่อการขาดแคลนแรงงาน รวมทั้งเกิดภาวะพึ่งพิงวัยแรงงานที่เพิ่มสูงขึ้น
2. การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ ข้อมูลจากธนาคารแห่งประเทศไทย รายงานว่าในปี 2567 เศรษฐกิจไทยมีแนวโน้มขยายตัวต่อเนื่อง จากภาคการท่องเที่ยวและการบริโภคภาคเอกชนเป็นสำคัญ
3. การเปลี่ยนแปลงของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ด้วยสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจในหลายด้าน และยังกระทบต่อสุขภาพโดยตรง สำหรับประเทศไทยปัญหาด้านมลพิษทางอากาศเป็นประเด็นสำคัญ
4. การเปลี่ยนแปลงด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ส่งผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพของประชาชนอย่างรวดเร็ว ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบต่อการสร้างเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงเทคโนโลยียังคงเป็นข้อท้าทาย รวมถึงภัยอันตรายจากโลกออนไลน์
5. การเปลี่ยนแปลงทางการเมือง สถานการณ์การเมืองระหว่างประเทศและภายในประเทศ ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและระยะยาวอาจจะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางอาหาร เนื่องจากประเทศไทยเป็นประเทศที่มีการส่งออกวัตถุดิบแปรรูปและสินค้าเกษตร
6. การเปลี่ยนแปลงสู่การเป็นมหานครและการขยายตัวของพื้นที่เขตเมือง ส่งผลให้หลายพื้นที่ในเมืองหลักของไทยเผชิญความท้าทายด้านการจัดการขยะ น้ำเสีย ความแออัดและเสื่อมโทรมของที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของประชากรในพื้นที่

จากแนวโน้มของสถานการณ์ที่ส่งผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพข้างต้นส่งผลต่อการดำเนินงานของชุมชนท้องถิ่นสอดคล้องตามประสบการณ์และข้อเสนอแนะจากการประชุมรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานของแผนสุขภาวะชุมชนในปีงบประมาณ 2567 ใน 2 กลุ่มหลัก คือ ผู้นำชุมชนท้องถิ่นจาก 4 องค์กรหลัก และกรรมการบริหารแผน กรรมการกำกับทิศทางของแผนสุขภาวะชุมชน ผู้แทนหน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ ผู้ทรงคุณวุฒิ และสถาบันวิชาการ โดยสรุปดังนี้

1. ข้อเสนอแนะจากผู้นำชุมชนท้องถิ่นจาก 4 องค์กรหลัก จำนวน 72 แห่ง รวมจำนวน 130 คน เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2566 สรุปเป็น 5 ด้าน คือ (1) ด้านสังคม ได้แก่ ผู้สูงอายุ กลุ่มเปราะบาง การฆ่าตัวตาย การศึกษาของเด็กและเยาวชน ยาเสพติด การเข้าถึงสวัสดิการสังคมของรัฐและชุมชน (2) ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ไม่เพียงพอ ภาระหนี้สิน ผลผลิตการเกษตรราคาตกต่ำ ต้นทุนสูงขึ้น (3) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การจัดการภัยพิบัติ การเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ ปัญหาหมอกควันหรือค่า PM 2.5 ปัญหาน้ำท่วม การขยายตัวของเขตเมือง การจัดการขยะ และการทำการประมงผิดกฎหมาย (4) ด้านสุขภาพ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช การเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง อาหารปลอดภัย และ (5) ด้านการเมืองการปกครอง ได้แก่ การพัฒนาระบบข้อมูล ขาดงบประมาณ ภาวะผู้นำ นโยบายภาครัฐ
2. ข้อเสนอแนะจากกรรมการบริหารแผน กรรมการกำกับทิศทางของแผนสุขภาวะชุมชน ผู้แทนหน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ ผู้ทรงคุณวุฒิ และสถาบันวิชาการ รวมจำนวน 53 คน เมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2566 สรุปเป็น 6 เรื่อง คือ (1) ควรมีการลดหรือ กำจัด ปัจจัยเสี่ยงทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) ที่ส่งผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพ

และประชาชนของชุมชน เช่น สุรา กัญชา ยาเสพติด มลพิษและฝุ่น PM2.5 เป็นต้น (2) การพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน (3) การแก้ปัญหาที่ยังไม่ถูกหยิบยกในนโยบายของพรรคการเมือง เช่น การรับมือภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน ที่สามารถจัดการเบื้องต้นได้โดยชุมชนท้องถิ่น (4) การดูแลเศรษฐกิจของชุมชนแบบครบวงจรตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ คือ การผลิตที่ปลอดภัย ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ทรัพยากรท้องถิ่น รวมถึงการตลาดที่พึ่งพาตนเองได้ (5) การพัฒนาระบบข้อมูลให้กระจายไปสู่ อปท. ที่ยังไม่เข้าร่วมเป็นเครือข่าย และ (6) การเตรียมความพร้อมในการบริหารจัดการ อปท. ในกรณีที่มีการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. ซึ่งต้องมีการบริหารจัดการตนเองและทรัยยากรของตนเองมากขึ้น

สถานการณ์สำคัญของชุมชนท้องถิ่น

ข้อมูลของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่จากระบบข้อมูลตำบลโดยการสำรวจ (Thailand Community Networking Appraisal Program: TCNAP) ในปี 2565 ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565 จำนวน 2,928 ตำบล มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 9,147,566 จากครัวเรือนจำนวน 3,097,140 ครัวเรือน มีข้อมูลสถานการณ์สำคัญโดยสรุปของชุมชนท้องถิ่นใน 13 ประเด็น ประกอบด้วย (1) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 2.38 (2) พฤติกรรมการดื่มสุรา พบว่า ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในภาพรวมพบว่า ประชากรมีพฤติกรรมการดื่มสุราประจำ ร้อยละ 6.94 (3) การจัดการอาหารชุมชน พบว่า ประชากรที่มีการประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 36.31 การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า ประชากรมีพฤติกรรมการกินอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ร้อยละ 21.81 (4) กิจกรรมทางกาย พบว่า ประชากร ไม่ได้ออกกำลังกาย ร้อยละ 30.46 (5) อุบัติเหตุจราจร พบว่า ประชากรมีพฤติกรรมเสี่ยงในการขับขี่ (ผู้มีอายุ 15 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 2.29 (6) สุขภาพจิต พบว่า ประชากรมีความเครียด ร้อยละ 0.43 (7) การจัดการสิ่งแวดล้อม พบว่า ครัวเรือนที่มีการจัดการขยะมีเพียงร้อยละ 36.36 (8) การรับมือภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน พบว่า รูปแบบของภัยพิบัติส่วนใหญ่ คือ น้ำท่วม ร้อยละ 97.98 (9) การดูแลผู้สูงอายุ พบว่า มีกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 24.84 เข้าสู่วัยผู้สูงอายุ (10) การเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน พบว่า เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 21.20 (11) การควบคุมโรคติดต่อ พบว่า ประชากรมีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ 3 เรื่องหลัก ได้แก่ โรคอุจจาระร่วงมากที่สุด โรคไข้เลือดออก โรคไข้หวัดสายพันธุ์ใหม่ (12) เศรษฐกิจชุมชน พบว่า ครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ยต่อปี 240,100±417,531 บาท ส่วนค่าใช้จ่ายนั้น ส่วนใหญ่ใช้จ่ายในเรื่องอาหารมากที่สุด โดยเฉลี่ย 20,818.18 บาทต่อครัวเรือนต่อปี และ (13) โครงข่ายความคุ้มครองทางสังคม พบว่า อัตราส่วนของทุนทางสังคมด้านสังคมจะมีอัตราส่วนของจำนวนทุนทางสังคมต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ 102:1

ซึ่งทั้ง 13 ประเด็นดังกล่าวในเบื้องต้นส่งผลต่อความจำเป็นและความท้าทายของแผนสุขภาวะชุมชนในสร้างระบบการดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมของ 4 องค์กรในพื้นที่ ใช้ทุนทางสังคมที่เป็นคนเก่ง คนสำคัญ กลุ่มองค์กร หน่วยงาน เครือข่ายในพื้นที่ที่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหาทั้งในสถานการณ์ปกติ และเมื่อเกิดภาวะวิกฤต รวมไปถึงการสานพลังความร่วมมือให้เกิดการหนุนเสริมจากหน่วยงานภายนอกไปพร้อม ๆ กับสนับสนุนให้ชุมชนท้องถิ่นมีขีดความสามารถในการ “ปรับตัวและตั้งรับ” (community resilience) เพื่อพร้อมต่อการรองรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงและเข้ามากระทบกับชุมชนท้องถิ่น สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายระยะ 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): ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์และด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม (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 (พ.ศ. 2566-2570) ที่ประกอบด้วย 13 หมุดหมาย และมีจุดเน้น 4 องค์ประกอบ (เศรษฐกิจ สังคม วิถีชีวิตที่ยั่งยืน ปัจจัยสนับสนุน)

จุดเน้นของแผน

1. **พัฒนาพื้นที่บูรณาการเชิงประเด็น ศูนย์เรียนรู้ รูปแบบการทำงาน เครือข่ายเชิงพื้นที่ที่มีความหลากหลาย**ในการทำงาน เช่น การเชื่อมต่องานระดับหมู่บ้าน (สภาผู้นำชุมชน) เครือข่ายพื้นที่เฉพาะ เครือข่ายพื้นที่เขตเศรษฐกิจ เครือข่ายเฉพาะเรื่องเฉพาะประเด็น เครือข่ายชุมชนกรุงเทพมหานคร เป็นต้น รวมถึงการเตรียมความพร้อมในการยกระดับงานสู่ชุมชนชนบท ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท และชุมชนเขตเมือง
2. **พัฒนาความร่วมมือกับหน่วยงานหรือกลไกในรูปแบบต่าง ๆ** เช่น การร่วมทุน (co-investment) การสนับสนุนโครงการร่วม การใช้ทรัพยากรร่วมกัน การใช้ประโยชน์ของระบบข้อมูลตำบลทั้งภายใน สสส. และหน่วยงานภายนอก เป็นต้น รวมถึงสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีและระบบดิจิทัลเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนท้องถิ่น เช่น การยกระดับคุณภาพของ ศพด. เครือข่ายคาร์บอนเครดิต เครือข่ายแพทย์พื้นบ้าน แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ฝุ่น PM 2.5 เป็นต้น
3. **ใช้ศักยภาพเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่** ในการรับมือกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอุบัติใหม่ ปัจจัยเสี่ยงอื่นและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยให้คำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และสภาพแวดล้อม ตามบริบทของพื้นที่ รวมถึงการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ เช่น เสริมศักยภาพคนรุ่นใหม่ ระบบการจัดการข้อมูลกลางและสารสนเทศ เป็นต้น

   4. **สานพลังและบูรณาการงานภายใน สสส.** โดยการบูรณาการงานเชิงประเด็น โดยการคำนึงถึงนโยบายของภาครัฐและทิศทาง เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ของ สสส. เช่น เครื่องมือบูรณาการตาม 7 ประเด็นยุทธศาสตร์ของ สสส. เพื่อใช้ในพื้นที่ตำบลสุขภาวะ งานประเด็นสิ่งแวดล้อม-ป่าชุมชน-อุบัติเหตุ-เด็กปฐมวัย เป็นต้น

เป้าหมายการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก

1 เครือข่ายชุมชนท้องถิ่น [80]
ไม่น้อยกว่า
600 แห่ง
ร่วมกันขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนในระดับพื้นที่ [81]

2 พื้นที่บูรณาการเชิงประเด็น
ไม่น้อยกว่า
3 เครือข่าย [82]
รวมแล้วไม่น้อยกว่า 60 แห่ง
ใช้พื้นที่เป็นฐานในการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี ของ สสส. อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและ/หรือสุขภาพ [83] ในทิศทางที่ดีขึ้น

3 เครือข่ายผู้นำชุมชนท้องถิ่น **ไม่น้อยกว่า 1,000 คน** สามารถนำชุดความรู้ไปขยายผลต้นแบบและนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี ของ สสส. และ/หรือประเด็นตามบริบทของชุมชนท้องถิ่น
ไม่น้อยกว่า
1 ประเด็น

4 สถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือกับชุมชนท้องถิ่น **ไม่น้อยกว่า 4 แห่ง** พัฒนากลไกจัดการความรู้ของชุมชนท้องถิ่นเพื่อการยกระดับงานในพื้นที่สำหรับการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน
ไม่น้อยกว่า
1 ประเด็น [84]

ตัวชี้วัดร่วม

1. การบูรณาการร่วมกันระหว่างแผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม (แผน 3) และแผนสุขภาวะชุมชน (แผน 6) เพื่อหนุนเสริมงานอำเภอในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในเครือข่ายตำบลสุขภาวะอย่างต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 10 อำเภอ
2. การบูรณาการร่วมกันระหว่างแผนสุขภาวะชุมชน (แผน 6) และแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว (แผน 7) เพื่อพัฒนาและ/หรือปรับปรุงชุดเครื่องมือและกระบวนการเสริมศักยภาพศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในเครือข่ายตำบลสุขภาวะ ไม่น้อยกว่า 30 ศูนย์

80 เครือข่ายชุมชนท้องถิ่น หมายถึง เครือข่ายที่ยังคงมีสัญญาดำเนินการในปัจจุบันกับ สสส. ประกอบด้วย เครือข่ายระดับหมู่บ้าน/ชุมชน ระดับตำบล ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด หรือเครือข่ายเชิงประเด็นตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี ของ สสส. และหมายรวมถึงเครือข่ายในรูปแบบต่าง ๆ ที่แผนสุขภาวะชุมชนอยู่ระหว่างพัฒนาหรือขับเคลื่อนร่วมกับแผนต่าง ๆ ของ สสส.

81 การขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนเป็นเรื่องตามที่ได้ระบุไว้ในแผนหลัก 5 ปี ของแผนสุขภาวะชุมชน เช่น 1) กองทุนสุขภาพตำบล–กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น 2) การถ่ายโอนโรงพยาบาลสุขภาพตำบล 3) การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่น 4) ตำบลขับขี่ปลอดภัย เป็นต้น รวมถึงประเด็นที่สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายทิศทางระยะ 10 ปี ของ สสส. และประเด็นสำคัญของชุมชนท้องถิ่น

82 เครือข่าย หมายถึง เครือข่ายเชิงประเด็น เช่น เครือข่ายลุ่มน้ำ เครือข่ายประเด็นอาหาร เครือข่ายวิสาหกิจเพื่อสังคม เครือข่ายชุมชนเขตเมือง เครือข่ายกรุงเทพมหานคร เป็นต้น

83 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและ/หรือสุขภาพ ในพื้นที่บูรณาการเชิงประเด็น มีทิศทางที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับ baseline จากการดำเนินงานโครงการ (รายงานข้อมูลสถานะสุขภาวะจากรายงานข้อมูลตำบลโดยการสำรวจ: TCNAP ใน 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสภาวะแวดล้อม ด้านสุขภาพ และด้านการเมืองการปกครอง)

84 ประเด็น หมายถึง ประเด็นตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี ของ สสส. และ/หรือประเด็นตามบริบทของชุมชนท้องถิ่น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อยกระดับชุมชนท้องถิ่นที่มีความเข้มแข็งให้เป็น**พื้นที่บูรณาการเชิงประเด็น ศูนย์เรียนรู้และรูปแบบการจัดการสุขภาวะชุมชนในเขตชนบท เขตเมือง กรุงเทพมหานคร และพื้นที่ที่มีลักษณะพิเศษ** โดยคำนึงถึงความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอุบัติใหม่
2. เพื่อ**เสริมศักยภาพผู้นำชุมชนท้องถิ่น**ให้มีทักษะและขีดความสามารถในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการสุขภาวะชุมชน การพัฒนาอย่างยั่งยืน การรับมือภาวะวิกฤตและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การขยายผลต้นแบบและนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
3. เพื่อ**พัฒนาระบบหรือกลไกสนับสนุน**ในการขยายพื้นที่บูรณาการเชิงประเด็น ศูนย์เรียนรู้ รูปแบบการทำงานและแนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นที่สามารถ**รองรับการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่**
4. เพื่อ**ใช้ศักยภาพของกลไกของแผนสุขภาวะชุมชน**ในการบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับแผนต่าง ๆ ใน สสส. เพื่อการประสานความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ ภาคีปฏิบัติการและสถาบันวิชาการ

แนวทางการดำเนินงาน

กลุ่มเป้าหมาย

1. **กลุ่มประชากร**[85] **(Setting)** องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล
2. **พื้นที่ (Area)** ชุมชนชนบท ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท และชุมชนเมือง รวมถึงชุมชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลและพื้นที่ที่มีลักษณะพิเศษ เช่น พื้นที่อนุรักษ์ พื้นที่ชายแดน พื้นที่ที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ พื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ เป็นต้น
3. **ระบบ (System)** ประเด็นและวาระสำคัญของ สสส. และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น

ขอบเขตการดำเนินงาน

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

85 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

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

แผนสุขภาวะชุมชนใช้ “ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น: S-2I (เอสทูไอ)” ในการหนุนเสริม “ยุทธศาสตร์สานสามพลัง” ของ สสส. คือ พลังทางปัญญา พลังทางสังคม และพลังทางนโยบาย มาดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 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 ดังภาพ

ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น: S-2I (เอสทูไอ)



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

การสร้างและพัฒนานวัตกรรมชุมชน (Innovative Creation) กระตุ้นให้ 4 องค์กรหลักพัฒนาแนวทางและวิธีการใหม่ ๆ ในการจัดการสุขภาวะชุมชนที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการแก้ปัญหาเพื่อลดความเลื่อมล้ำและมีแนวโน้มที่จะนำไปสู่ความยั่งยืน

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

ภาคีหลัก

ภาคีปฏิบัติการ

1. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน/ชุมชน ผู้นำชุมชน กลุ่ม/องค์กร อาสาสมัคร สภาผู้นำชุมชน เป็นต้น
2. ระดับตำบล เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน องค์กรชุมชน สภาผู้นำชุมชน คณะกรรมการตำบล/หมู่บ้าน กลุ่มทางสังคม อาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ภาคเอกชน เป็นต้น
3. ระดับอำเภอ เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาอำเภอ เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น
4. ระดับจังหวัด เช่น สำนักงานจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสภาเกษตรกรจังหวัด เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

ภาคีขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และนโยบายสู่การปฏิบัติ

1. หน่วยงานในคณะกรรมการกำกับทิศทางของแผนสุขภาวะชุมชน ประกอบด้วย กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กรมการพัฒนาชุมชน และสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน)
2. ระดับอำเภอ เช่น นายอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ เป็นต้น
3. ระดับจังหวัด เช่น ผู้ว่าราชการจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสภาเกษตรกรจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด สถาบันวิชาการ เป็นต้น

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
12. กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา
13. สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
กลุ่มแผนงานเสริมความเข้มแข็งระบบการจัดการพื้นที่	130.00
กลุ่มแผนงานขับเคลื่อนความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์และสถาบันวิชาการ	80.00
กลุ่มแผนงานขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนและบูรณาการ	150.00
การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	20.00
รวม	**380.00**



แผน 7

แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว

แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว มีเป้าหมายสูงสุดคือเด็กและเยาวชนมีสุขภาวะและเติบโตเต็มศักยภาพ ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยทำหน้าที่เป็นแพลตฟอร์มของความร่วมมือหลายภาคส่วน (multi-sectoral collaborative platform) เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตเด็กและเยาวชน ผ่านการสนับสนุนนิเวศการเลี้ยงดูและเติบโตที่ประกอบด้วยครอบครัว พื้นที่การเรียนรู้รูปแบบต่าง ๆ ทั้งเชิงกายภาพและเชิงดิจิทัล นโยบายและบริการสาธารณะทั้งมิติสุขภาพ-สังคม-การเรียนรู้ โดยดำเนินงานภายใต้**ทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) นโยบาย กฎหมาย และทิศทางการพัฒนาประเทศตามยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนระดับชาติที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนนโยบายของรัฐบาลที่เปลี่ยนแปลงไป** พัฒนากระบวนการทำงานที่สอดคล้องกับกรอบห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcomes) ทั้งในระดับองค์กรและระดับแผน เน้นบูรณาการการทำงาน และพัฒนากลไกการกำกับ ติดตาม และประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (ตุลาคม 2566 – กันยายน 2567) แผนฯ มีจุดเน้นในการทำงานอย่างก้าวกระโดด โดยขยายผลต้นแบบทั้งต้นแบบนวัตกรรม ต้นแบบเชิงระบบ และเชิงพื้นที่ ผ่านการทำงานร่วมกับภาคีภาคส่วนต่าง ๆ โดยให้น้ำหนักแก่กลุ่มเด็กและเยาวชนในครอบครัวที่มีภาวะเปราะบาง รวมทั้งมุ่งส่งเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายพลเมืองคนรุ่นใหม่ โดยสนับสนุนให้มีส่วนร่วมอย่างมีความหมายในการทำงานร่วมกับคนรุ่นต่าง ๆ ในกระบวนการนโยบายสาธารณะ เพื่อส่งเสริมศักยภาพคนรุ่นใหม่และลดช่องว่างความแตกต่างระหว่างรุ่น นอกจากนี้ แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว จะขยายความร่วมมือกับแผนเชิงประเด็น แผนเชิงพื้นที่/กลุ่มประชากร ของ สสส. และหน่วยงานยุทธศาสตร์ที่มีภารกิจเกี่ยวข้อง ผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล Child Impact ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มระดมความร่วมมือที่จะช่วยขยายผลกระทบที่ดีสู่เด็กและเยาวชนในวงกว้าง

สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

สถานการณ์และแนวโน้มสำคัญ

ข้อมูลจากรายงานสถานการณ์เด็กและครอบครัว ประจำปี 2023: เด็กและเยาวชนไทยในทางสองแพร่ง [86] โดยศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว (คิด for คิดส์) พบสถานการณ์สำคัญ สรุปดังนี้

1. **เด็กและเยาวชนเติบโตในครัวเรือนเปราะบางทับซ้อนและยังไม่ฟื้นตัวจากวิกฤต** โดยครัวเรือนส่วนใหญ่รายงานว่ารายได้ครัวเรือนลดลงเมื่อเทียบกับปีก่อนหน้า กลุ่มครัวเรือนยากจนที่สุดมีรายได้ลดลงร้อยละ 69 ขณะที่ครัวเรือนในกลุ่มที่ร่ำรวยที่สุดร้อยละ 50 ตอบว่ารายได้ลดลง ร้อยละ 53 ของครัวเรือนปรับตัวโดยลดรายจ่ายอุปโภคและบริโภค ร้อยละ 12 เคยต้องอดอาหารทั้งวันเนื่องจากมีเงินไม่เพียงพอ และร้อยละ 39 นำเงินเก็บออกมาใช้ นอกจากนี้ พบว่าร้อยละ 30 ของครัวเรือนที่มีเด็กเล็กต้องกู้ยืมเงินจากสถาบันการเงิน และร้อยละ 19 นำทรัพย์สินไปจำนำหรือจำนอง ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าครัวเรือนที่ไม่มีเด็กถึง 2 เท่า รวมถึงยังต้องเลื่อนการชำระหนี้มากกว่าอย่างเห็นได้ชัด **ด้านความเปราะบางของครอบครัว** พบว่า เด็กไทยใน 1.8 ล้านครัวเรือนไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ คิดเป็นร้อยละ 26.5 ของครัวเรือนที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีทั้งหมด

จากสถานการณ์นี้ พบว่า นโยบายของพรรคการเมือง**ยังขาดเรื่องระบบช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางซ้ำซ้อน** โดยนโยบายส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การช่วยเหลือเป็นตัวเงิน อาทิ การเสนอเพิ่มวงเงินอุดหนุนเด็กเล็ก การขยายสิทธิให้ครอบคลุมช่วงอายุมากขึ้น หรืออาจไม่เพิ่มวงเงินแต่ทำให้ถ้วนหน้ายิ่งขึ้น ในขณะที่การเสนอสวัสดิการสำหรับครอบครัว อาทิ การให้เวลาเลี้ยงดูเด็กแก่พ่อแม่ การขยายสิทธิลาคลอด และการช่วยเหลือครอบครัวเปราะบาง ยังพบค่อนข้างน้อย

2. **เยาวชนประสบความยากลำบากในการมีงานที่ดีและสอดคล้องกับความฝัน** เยาวชนอายุ 15-25 ปีถึงร้อยละ 85 รายงานว่าการประสบความสำเร็จด้านการทำงานเป็นเป้าหมายชีวิตที่สำคัญมากถึงมากที่สุด ขณะที่อัตราการว่างงานของเยาวชนพุ่งขึ้นจากร้อยละ 4.6 ในช่วงก่อนการระบาดของโควิดในปี 2563 มาเป็นร้อยละ 6.6-6.8 ในช่วงการระบาดปี 2564 - 2565 แม้วิกฤตสิ้นสุดลงแล้วแต่อัตราการว่างงานก็มิได้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบปัญหารุนแรงที่สุดในกลุ่มเยาวชนผู้สำเร็จการศึกษาระดับอุดมศึกษา ในปี 2565 อัตราการว่างงานแฝงของเยาวชนกลุ่มนี้สูงถึงร้อยละ 16.1 ซึ่งมากกว่าผู้สำเร็จการศึกษาระดับอื่น เยาวชนร้อยละ 14.8-15.1 ไม่ได้รับการจ้างงาน เรียน หรือฝึกทักษะ (not in education, employment, or training: NEET) จำนวนรวมกว่า 1.3 ล้านคน นอกจากนี้ พบว่าปัจจัยสำคัญที่สุดสามอันดับแรกในเรื่อง “งานที่ดี (Decent Job)” ที่อยากทำ คือ ได้ค่าจ้างสูง (ร้อยละ 36.5) สอดคล้องกับความฝัน (ร้อยละ 22.9) และเลือกเวลาทำงานได้อิสระ (ร้อยละ 11.5)

การเสนอนโยบายของพรรคการเมืองต่อเรื่องนี้ พบว่า **มีการเสนอนโยบายสร้างงาน-เพิ่มรายได้ แต่ยังขาดนโยบายเฉพาะกลุ่ม NEET** โดยทุกพรรคการเมืองมุ่งเพิ่มโอกาสในการได้งานและยกระดับค่าจ้างของแรงงานเยาวชนด้วยการพัฒนาทักษะผ่านระบบการศึกษา รวมถึงการเรียนรู้และฝึกอบรมตลอดชีวิต แต่ส่วนใหญ่ยังละเลยการพัฒนาคุณภาพงานให้กลายเป็นงานที่ดีในทุกมิติ

3. **เด็กและเยาวชนไม่ได้รับการฟื้นฟูภาวะการเรียนรู้ถดถอย และพัฒนาทักษะจำเป็นจากระบบการศึกษา** ผลการสำรวจเยาวชนอายุ 15-25 ปี โดย คิด for คิดส์ พบว่า ระบบการศึกษายังไม่ช่วยพัฒนาทักษะ 5 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเงินการลงทุน ความตระหนักรู้เกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพและการเมือง ภาษาอังกฤษ การอยู่ร่วมกับคนต่างวัฒนธรรม และการคิด

86 วรดร เลิศรัตน์ และ สรัช สินธุประมา. (2566). “รายงานสถานการณ์เด็กและครอบครัว ประจำปี 2023: เด็กและเยาวชนไทยในทางสองแพร่ง”. บก. ฉัตร คำแสง. ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว (คิด for คิดส์)

เชิงวิพากษ์ นอกจากนี้ เยาวชนยังได้รับการพัฒนาทักษะไม่เท่าเทียมกัน โดยเยาวชนในกลุ่มรายได้ครัวเรือนต่ำสุดร้อยละ 20 มีผลสำรวจพบว่ามีทักษะน้อยกว่ากลุ่มรายได้ครัวเรือนสูงสุดร้อยละ 20 ในแทบทุกทักษะ โดยทักษะที่เหลื่อมล้ำมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ภาษาอังกฤษ ความตระหนักรู้เกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพและการเมือง การอยู่ร่วมกับคนต่างวัฒนธรรม การคิดเชิงวิพากษ์ การค้นคว้าและประเมินข้อมูล

ในเรื่องนี้ พรรคการเมืองเน้นเสนอนโยบายขยายการเข้าถึงระบบการศึกษา ส่งเสริมเรียนรู้ตลอดชีวิต ปรับหลักสูตร และนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้จัดการเรียนรู้มากขึ้น แต่ส่วนใหญ่ยังไม่มีมาตรการชัดเจนในการชดเชยการเรียนรู้ถดถอยจากช่วงวิกฤตโควิด-19 รวมถึงการส่งเสริมทักษะต่าง ๆ ที่เยาวชนต้องการ

4. **ปัญหาเครียดและซึมเศร้าเพิ่มขึ้น แต่เยาวชนยังขาดบริการสุขภาพจิตที่ทั่วถึง** พบว่าเด็กและวัยรุ่นที่ทำแบบประเมินสุขภาพจิตออนไลน์ผ่าน Mental Health Check-in ในช่วงเดือนมีนาคม 2565 - เมษายน 2566 รวม 1.8 แสนคน มี 7,285 คน ที่ได้รับการประเมินว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคซึมเศร้าและ/หรือฆ่าตัวตาย ในปี 2565 ช่วงการเรียนการสอนออนไลน์ พบอัตราการพยายามฆ่าตัวตายในเด็กเยาวชนอายุ 15-19 ปี สูงถึง 224 คนต่อประชากรวัยนี้จำนวนหนึ่งแสนคน ซึ่งเป็นอัตราที่มากกว่าวัยทำงานถึง 5 เท่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญคือการมีประวัติทำร้ายตนเองมาก่อน และการป่วยด้วยโรคจิตเวช อย่างไรก็ดี ความเสี่ยงซึมเศร้ากลับมาเพิ่มสูงขึ้นในช่วงเปิดภาคเรียนที่ 2/2565 ซึ่งโรงเรียนกลับมาเปิดสอนแบบออนไซต์แล้ว พิจารณาตลอดทั้งปีพบว่าเด็กอายุ 10-15 ปี ได้รับผลกระทบมากกว่าเยาวชนอายุ 16-18 ปี อย่างมากในช่วงเรียนออนไลน์ แต่ลดระดับลงมาใกล้เคียงกับกลุ่มวัยตอนปลายในช่วงเปิดภาคเรียนแบบออนไซต์ สาเหตุของความเครียดมาจากเรื่องเรียน (ร้อยละ 35.5) ครอบครัว (ร้อยละ 31.9) และเพื่อน/แฟน (ร้อยละ 22.6) ตามลำดับ ผลการสำรวจเยาวชนของ คิด for คิดส์ พบเยาวชนร้อยละ 4.2 ที่ตอบว่าเครียดมาก เลือกปรึกษาปัญหาชีวิตกับนักให้คำปรึกษาหรือจิตแพทย์ แต่การให้บริการดูแลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นยังเหลื่อมล้ำสูง เด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะของบุคลากรจิตเวชที่ได้รับการฝึกฝนด้านเด็กและวัยรุ่นมาโดยตรง แต่สถานพยาบาลที่ให้บริการด้านจิตเวชทั้งหมดในประเทศไทย 452 แห่ง มีเพียง 177 แห่งที่มีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นประจำอยู่ โดย 40 แห่งกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานคร มีจิตแพทย์เด็กประจำอยู่รวม 111 คน คิดเป็นร้อยละ 37.6 ของจิตแพทย์เด็ก 295 คนทั่วประเทศ

ในเรื่องนี้ พรรคการเมืองให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น แต่ยังเป็นส่วนน้อยที่ประกาศนโยบายสุขภาพจิตอย่างเป็นทางการ และยังไม่พบว่ามีพรรคใดกล่าวถึงปัญหาความไม่เพียงพอของบุคลากรที่ให้บริการ

5. **เด็กและเยาวชนตกเป็นเหยื่อความรุนแรงจำนวนมากขึ้น ในรูปแบบซ่อนเร้นยิ่งขึ้น**: ข้อมูลจากกรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว แสดงให้เห็นว่าความรุนแรงในครอบครัวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จำนวนผู้ถูกกระทำความรุนแรงตามที่ได้รับแจ้งเหตุเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ในห้วง 7 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นเด็กและสตรี โดยบุคคลใกล้ชิดเด็กโดยเฉพาะพ่อแม่เป็นผู้ทำร้ายร่างกายเด็กมากที่สุด และจากจำนวนผู้ถูกกระทำทั้งหมด มีเพียง 1 ใน 3 ที่ไปแจ้งความกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ ประกอบกับรายงานของศูนย์ติดตามข้อมูลเหตุรุนแรง (MOVE) โดยความร่วมมือของสถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกับ UNDP ซึ่งรวบรวมข้อมูลสถานการณ์กว่า 2,700 เหตุการณ์จากหนังสือพิมพ์หัวหลักของไทย 5 ฉบับ ตั้งแต่ปี 2559 - 2565 พบเหตุการณ์ที่เด็กและเยาวชนตกเป็นเหยื่อรวม 948 เหตุการณ์ คิดเป็นกว่า 1 ใน 3 ของเหตุการณ์ทั้งหมด สาเหตุความรุนแรงต่อเด็กและเยาวชนลำดับหนึ่งคือ การล่วงละเมิดทางเพศ (ร้อยละ 35.7) ความรุนแรงจากกลุ่มวัยรุ่น (ร้อยละ 20.1) และกลุ่มก่อการร้าย (ร้อยละ 17.7) โดยในประเภทหลังสุดนี้เกือบทั้งหมดเกิดขึ้นในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ และยังพบว่าเหตุรุนแรงในชีวิตประจำวันมีแนวโน้มที่จะถูกปิดเงียบ หรือกระทั่งไม่ถูกรายงานต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจ ส่งผลให้สถิติการเกิดเหตุเป็นตัวเลขที่น้อยกว่าความเป็นจริง ด้านภัยคุกคามออนไลน์ ผลสำรวจสถานการณ์เด็กไทยกับภัยออนไลน์ปี 2565 ระบุว่า เด็กและเยาวชนอายุ 9-18 ปี ร้อยละ 26 เคยถูกกลั่นแกล้งออนไลน์ ร้อยละ 11 เคยถูกคุกคามทางเพศออนไลน์ เด็กประถมศึกษาตอนปลายเคยมีประสบการณ์ถูกตีสนิทโดยมี

เจตนาเพื่อละเมิดทางเพศถึงร้อยละ 12 ทั้งนี้ กลุ่มเป้าหมายร้อยละ 81 มีแท็บเล็ตหรือสมาร์ทโฟนเป็นของตัวเอง และร้อยละ 85 ใช้โซเชียลมีเดียทุกวันหรือเกือบทุกวัน

พรรคการเมืองส่วนใหญ่ไม่มีข้อเสนอนโยบายแก้ปัญหาความรุนแรงในเด็กและเยาวชนที่เป็นเอกภาพ นโยบายเกี่ยวกับความรุนแรงกระจายอยู่ในหมวดนโยบายต่าง ๆ อาทิ การศึกษา แรงงาน ความมั่นคง แต่ยังขาดความเป็นเอกภาพและการกำหนดให้ปัญหาความรุนแรงในเด็กและเยาวชนเป็นวาระสำคัญเร่งด่วน และยังไม่มีพรรคใดเสนอนโยบายแก้ไขความรุนแรงในอินเทอร์เน็ตอย่างเป็นรูปธรรม

6. **เด็กและเยาวชนฝันถึงสังคมใหม่อย่างหลากหลาย แต่ระบบการเมืองไม่เปิดกว้าง-รับฟัง** ผลการสำรวจเยาวชนของ คิด for คิดส์ พบว่าเยาวชนอายุ 15-20 ปี มีความฝันแตกต่างหลากหลายมาก แต่มีประเด็นที่เห็นพ้องกันใน 3 ประเด็นใหญ่ คือ 1) ต้องการให้เสรีภาพทางความคิดได้รับการคุ้มครองและสังคมเปิดพื้นที่เพื่อคนหลากหลาย 2) ไม่ต้องการเห็นระบบอุปถัมภ์และเส้นสาย พร้อมทั้งอยากแก้ปัญหาการทุจริต และ 3) เยาวชนต้องการการปฏิรูปเศรษฐกิจเพื่อให้ทุกคนกินดีอยู่ดีและมีโอกาสเสมอภาคกัน โครงการวิจัยเรื่องจินตนาการพลเมืองเยาวชนของ คิด for คิดส์ พบว่า เยาวชน 15-18 ปี มุ่งหวังให้ประเทศมีสวัสดิการและบริการสาธารณะที่ประชาชนทุกสถานะเศรษฐกิจสังคมในทุกพื้นที่สามารถเข้าถึงได้ มีระบบการศึกษาที่มีคุณภาพเท่าเทียมกันในทุกสถานศึกษาและเปิดกว้างสำหรับความต้องการอันหลากหลายของผู้เรียน ตลอดจนมีพื้นที่สาธารณะและระบบขนส่งสาธารณะที่ครอบคลุม ปลอดภัยรวดเร็ว และค่าธรรมเนียมการใช้บริการที่ถูก โดยอยากเห็นการขับเคลื่อนนโยบายผ่านกระบวนการที่ชอบธรรมและยั่งยืน เปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วม

อย่างไรก็ดี พบว่าพรรคการเมืองส่วนใหญ่ยังไม่มีนโยบายขยายและคุ้มครองการมีส่วนร่วมของเยาวชน ระบบการเมืองยังขาดช่องทางการรับฟัง และให้เยาวชนได้มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนสังคมและประเทศไปสู่ภาพฝันอย่างเพียงพอและเหมาะสม

สรุปผลการดำเนินงานที่สำคัญของปีที่ผ่านมา

1. **งานสนับสนุนพื้นที่เรียนรู้** เกิดพื้นที่เรียนรู้ต้นแบบที่ส่งเสริมสุขภาวะเด็กและเยาวชนหลากหลายรูปแบบที่สามารถวัดผลการเปลี่ยนแปลงในตัวเด็กกลุ่มเป้าหมาย มีการจัดการความรู้และพัฒนาฐานทุนการทำงาน บทเรียนที่ดีและรูปแบบการทำงาน กระบวนการพัฒนาศักยภาพและบ่มเพาะพื้นที่เรียนรู้ที่แตกต่างหลากหลาย การขยายผลหลักสูตรผู้อำนวยการเล่น (Free Play เล่นอิสระ-เล่นเปลี่ยนโลก) การพัฒนาและยกระดับโรงเรียนส่งเสริมสุขภาวะต้นแบบ ทั้งรูปแบบโรงเรียนที่มีการพัฒนาทั้งระบบ (Whole School Approach) และรูปแบบโรงเรียนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเด็กและครอบครัวบนฐานจิตวิทยาเชิงบวก (FamSkool) เกิดจังหวัดนำร่องและความร่วมมือของหน่วยงานภาคส่วนต่าง ๆ ในการร่วมขับเคลื่อนแคมเปญปิดเทอมสร้างสรรค์-อัศจรรย์วันว่าง ซึ่งมุ่งปิดช่องโหว่ในประเด็นการใช้เวลาว่างของเด็กและเยาวชนในช่วงวันหยุดและปิดเทอม
2. **การสนับสนุนภาคีความร่วมมือ** ครอบคลุม 3 กลุ่มงานสำคัญ ได้แก่ จังหวัดพื้นที่ปฏิบัติการเพื่อบูรณาการภารกิจงานสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว รวม 20 จังหวัด งานพัฒนาแพลตฟอร์มการเรียนรู้สำหรับเด็กและครอบครัวทั้งแบบออนไลน์และออนไซต์ และการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในประเด็นสำคัญต่าง ๆ โดยในปีที่ผ่านมาได้พัฒนาชุมชนต้นแบบเพื่อสุขภาวะและคุณภาพชีวิตเด็กมากกว่า 50 พื้นที่ที่มีการวัดผลการเปลี่ยนแปลงของเด็ก การขยายผลนวัตกรรมต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนกลไกสภาเด็กและเยาวชนระดับท้องถิ่น การพัฒนารูปแบบห้องเรียนสำหรับครอบครัวที่มีลูกวัย 0-3 ปีซึ่งเพิ่มเติมจากการพัฒนาห้องเรียนสำหรับครอบครัวที่มีลูกวัย 3 ปีขึ้นไปในปีก่อน และการพัฒนารูปแบบทำงานที่ตอบโจทย์บริบทเชิงพื้นที่ เช่น กลไกอาสาสมัครด้านปฐมวัยในชุมชน บ้านรับเลี้ยงเด็กอ่อนในชุมชนเมือง

กรอบความร่วมมือหลายภาคส่วนในการดูแลช่วยเหลือเด็กในชุมชนเปราะบางของกรุงเทพมหานคร และเครือข่ายสถานประกอบการที่เป็นมิตรกับครอบครัว (Family-friendly Workplace Network) เป็นต้น

3. **การสนับสนุนการขับเคลื่อนสังคม** ผลการดำเนินงานสำคัญ ประกอบด้วย 1) องค์ความรู้และชุดข้อมูลที่ช่วยสนับสนุนการวางแผนการทำงานของแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว และภาคีเครือข่าย และการก่อตั้งศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว (คิด for คิดส์) เพื่อช่วยสนับสนุนวิชาการที่มุ่งสู่การผลักดันนโยบาย 2) นวัตกรรมการทำงานที่ผ่านการพิสูจน์ประสิทธิภาพได้รับการขยายผล/การนำใช้โดยภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวาง เช่น โครงการเน็ตป๊าม้า (NetPAMA) โครงการพัฒนาทักษะสมอง EF (Brain Executive Function) โครงการคุณเปลี่ยน-ลูกเปลี่ยน Chat Bot ใจดี 3) ภาคีเครือข่ายเป็นแกนนำสื่อสารในระดับพื้นที่เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาวะเด็ก และเยาวชน และความเข้มแข็งของครอบครัว 4) ขับเคลื่อนนโยบายสำคัญใน 3 ประเด็นในสนามการเลือกตั้งใหญ่ ได้แก่ การมีส่วนร่วมอย่างมีความหมายของเยาวชน สวัสดิการเงินอุดหนุนเด็กเล็ก พื้นที่เล่น-เรียนรู้-เล่นอย่างอิสระ และ 5) สื่อสารแบบมุ่งเป้า (targeted communication) เน้นกลุ่มพ่อแม่ ครู และนักพัฒนาเด็ก-เยาวชน-ครอบครัว ตลอดจนผู้กำหนดนโยบาย สื่อมวลชน และนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง
4. **การขับเคลื่อนงานในมิติความเหลื่อมล้ำที่ส่งผลต่อกลุ่มเปราะบาง** ผลการดำเนินงานสำคัญ ประกอบด้วยองค์ความรู้ นวัตกรรม และความร่วมมือ ได้แก่ 1) แนวทางเชิงระบบในการสนับสนุนดูแลเด็กและเยาวชนในภาวะเปราะบาง ระบบจัดการร่วม (Co-production) เครือข่ายงานทางสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กเปราะบาง การวิเคราะห์ระบบและกลไกในการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กแบบไร้รอยต่อ การถอดบทเรียนรูปแบบการทำงานการสนับสนุนคุณภาพชีวิตเด็กเปราะบางในชุมชน ทั้งในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และจังหวัดนำร่อง 2) นวัตกรรมแพลตฟอร์ม “เติมเต็ม” เสริมสมรรถนะการร่วมจัดบริการเพื่อคุ้มครองเด็กในภาวะเปราะบางระหว่างหน่วยงานหลายภาคส่วนและขยายผลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร 3) ข่ายงานภาคประชาสังคมในการทำงานคุ้มครองเด็กแบบไร้รอยต่อ ประสานความร่วมมือกับภาควิชาการ/วิชาชีพ และการพัฒนารูปแบบความร่วมมือหลายภาคส่วนในระดับจังหวัด
5. **การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ** เกิดระบบติดตามและประเมินผลภายในของแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว เครื่องมือ/แบบประเมินกลางสำหรับวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย เช่น แบบประเมินความสุขของเด็กกลุ่มวัยต่าง ๆ แบบประเมินทักษะเด็กและเยาวชนในยุค VUCA World แบบประเมินฐานทุนชีวิตของเด็ก แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบประเมินตนเองของแกนนำในการขับเคลื่อนงานระดับชุมชน เป็นต้น รวมทั้งการส่งเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายนักติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเพื่อสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว ของทุกแผนงาน/โครงการภายใต้แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว

จุดเน้นของแผน

1. ขยายผลต้นแบบทั้งต้นแบบนวัตกรรม ต้นแบบเชิงระบบ และเชิงพื้นที่ โดยมุ่งให้เกิดการทำงานร่วมระหว่างภาคีภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อการสร้างเสริมสุขภาวะทั้ง 4 มิติ พัฒนาการ และการเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กและเยาวชนในครอบครัวที่มีภาวะเปราะบาง
2. ส่งเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายพลเมืองคนรุ่นใหม่ และสนับสนุนการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมายในกระบวนการนโยบายสาธารณะโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นสวัสดิการเด็กเล็กและสวัสดิการส่งเสริมครอบครัว และการพัฒนานวัตกรรมที่ส่งผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพและการเรียนรู้ตลอดชีวิต
3. ขยายความร่วมมือกับแผนเชิงประเด็น แผนเชิงพื้นที่/กลุ่มประชากร ของ สสส. และหน่วยงานยุทธศาสตร์ที่มีภารกิจเกี่ยวข้อง ผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล Child Impact เพื่อให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพต่อกลุ่มเด็กและเยาวชนในวงกว้าง ทั้งนี้แผนจะเพิ่มการมุ่งเน้นการติดตั้งทักษะด้านดิจิทัล (Media, Information and Digital Literacy: MIDL) ให้แก่เยาวชนตามคำชี้แนะของคณะกรรมการกองทุนฯ อีกทางหนึ่งด้วย

เป้าหมายการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก

1 จังหวัดที่มีกลไกบูรณาการเป้าหมายและภารกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและสุขภาวะของเด็กทุกกลุ่มวัย โดยมีระบบงานที่เชื่อมโยงถึงชุมชนพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กและครอบครัว มีการนำใช้ต้นแบบต่าง ๆ ที่ช่วยสร้างเสริมสุขภาวะเด็กเยาวชนและครอบครัว

ไม่น้อยกว่า **5 จังหวัด**

2 เครือข่ายบ่มเพาะกิจการส่งเสริมพื้นที่เรียนรู้ของเด็ก เยาวชน และครอบครัว ที่ช่วยสร้างความยั่งยืนและสามารถระดมการร่วมทุนจากภาคีภาคธุรกิจ 1 เครือข่าย โดยมีสมาชิกเครือข่าย

ไม่น้อยกว่า **5 พื้นที่บ่มเพาะ**

3 แพลตฟอร์มเติมเต็มเพื่อการพัฒนาระบบคุ้มครองเด็กในภาวะเปราะบางแบบไร้รอยต่อ ขยายผลครบทั้ง 6 โซนพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร

ไม่น้อยกว่า โซนละ **1 เขต**

4 เครือข่ายพลเมืองรุ่นใหม่ที่มีความหลากหลาย อาทิ กลุ่มประชากร รูปแบบการมีส่วนร่วม ประเด็นของปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและการเรียนรู้ตลอดชีวิต

1 เครือข่าย

5 การขยายผลแพลตฟอร์มระดมความร่วมมือสร้างศักยภาพเด็กและเยาวชน (Child Impact Platform: CIP) ร่วมกับแผนหลักของ สสส.

ไม่น้อยกว่า **5 แผน**

ตัวชี้วัดร่วม

การบูรณาการร่วมกันระหว่างแผนสุขภาวะชุมชน (แผน 6) และแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว (แผน 7) เพื่อพัฒนาและ/หรือปรับปรุงชุดเครื่องมือและกระบวนการเสริมศักยภาพศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในเครือข่ายตำบลสุขภาวะ ไม่น้อยกว่า 30 ศูนย์

วัตถุประสงค์

1. พัฒนาความร่วมมือแบบหลายภาคส่วนและหลายระดับเพื่อขยายผลการนำใช้ต้นแบบ (Model /Prototype) ต่าง ๆ ที่ช่วยสร้างเสริมขีดความสามารถระดับบุคคล ครอบครัว และองค์กร ให้สามารถส่งเสริมสุขภาวะและการเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน
2. สร้างเสริมความเป็นพลเมืองที่เข้มแข็งของคนรุ่นใหม่และพัฒนาความร่วมมือเป็นเครือข่ายขับเคลื่อนนวัตกรรมสังคมและมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาวะและการเรียนรู้ของเด็ก เยาวชน และครอบครัว
3. พัฒนาความร่วมมือระหว่างแผนเชิงประเด็น แผนเชิงพื้นที่/กลุ่มประชากร และภาคียุทธศาสตร์ ผ่านแพลตฟอร์มความร่วมมือเพื่อพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชน (Child Impact Platform)

แนวทางการดำเนินงาน

ห่วงโซ่ผลลัพธ์
(Chain of Outcome)

แผนได้พัฒนาห่วงโซ่ผลลัพธ์ของการสร้างเสริมสุขภาวะเด็กและเยาวชน เพื่อระบุตัวกำหนดสุขภาพ (Health Determinant) ปัจจัยที่ส่งผลต่อตัวกำหนดสุขภาพ (Factors to Health Determinant) และกลยุทธ์ (Key Intervention) ครอบคลุมทั้งระดับบุคคล นิเวศรอบตัวเด็กและเยาวชนในระดับต่าง ๆ และระดับนโยบาย โดยห่วงโซ่ผลลัพธ์จะถูกนำใช้ในการพัฒนาและดำเนินโครงการเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายระดับต่าง ๆ ร่วมกับภาคีเครือข่าย

CoO การส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่นและเยาวชน



แหล่งข้อมูล:
1. World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group. Nurturing care for early childhood development: a frame work for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. Viner, Russell M et al. Adolesent and the Social Determinant of Health. The Lancet. Vol. 379, 1641 - 1652 pp. April 28, 2012
3. รายงานการประชุมรับฟังความเห็นภาคีขับเคลื่อนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว 2566.

กลุ่มเป้าหมาย และพื้นที่ดำเนินงาน

แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว มีการดำเนินงานในรูปแบบพื้นที่เป็นฐาน (area-based) **รวม 20 จังหวัด** ประกอบด้วย เชียงราย แพร่ พะเยา ลำปาง เลย ชัยภูมิ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น อุดรธานี มหาสารคาม มุกดาหาร อุบลราชธานี สุรินทร์ ตรัง ยะลา สุพรรณบุรี ชัยนาท ฉะเชิงเทรา นครนายก และกรุงเทพมหานคร ครอบคลุมพื้นที่ชุมชนทั้งในและนอกเขตเมือง และพื้นที่ยากลำบาก โดยมุ่งให้ความสำคัญกับเด็กและเยาวชน (0 – 25 ปี) ในครอบครัวเปราะบาง และมีการดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายวงกว้างในกลุ่มเด็ก เยาวชน ครอบครัว บุคลากรครู ผ่านช่องทางดิจิทัลในรูปแบบต่าง ๆ ตลอดจนความร่วมมือกับกลไกเชิงระบบในระดับนโยบาย

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว ขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้ 4 ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ 1) **เพิ่มทรัพยากรให้ครอบครัว** ให้มีขีดความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กทุกช่วงวัย 2) **เพิ่มพื้นที่เรียนรู้ที่มีคุณภาพใกล้บ้าน** ในชุมชน เพื่อส่งเสริมกิจกรรมสร้างสรรค์ยามว่าง 3) **คุ้มครองเด็กในการเข้าถึงระบบคุ้มครองทางสังคมและบริการพื้นฐาน** และ 4) **สนับสนุนให้เด็กและเยาวชนเป็นพลเมืองที่เข้มแข็งและมีส่วนร่วมอย่างมีความหมาย (Meaningful Participation) ในการพัฒนาสังคมสุขภาวะ** 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 ให้มีขีดความสามารถ และสร้างสรรค์ระบบสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี”			
เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์	**ลดผลกระทบ :** ยาสูบ สุราและสิ่งเสพติด มลพิษจากสิ่งแวดล้อม ปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่ และปัจจัยเสี่ยงอื่น		**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. กลุ่มแผนงานพัฒนาและบริหารงาน สร้างเสริมสุขภาพ (งานบูรณาการ-ติดตามและประเมินผล-การวัดผลและความคุ้มค่า)			

ภาคีเครือข่าย ร่วมขับเคลื่อนงาน

1. **ภาคียุทธศาสตร์** อาทิ กรมกิจการเด็กและเยาวชน กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) สำนักงานบริหารและพัฒนาองค์ความรู้ (องค์การมหาชน) องค์การยูนิเซฟประเทศไทย มูลนิธิตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย ภาคธุรกิจและบริษัทที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์
2. **ภาคีปฏิบัติการ** อาทิ มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก มูลนิธิเพื่อนเยาวชนเพื่อการพัฒนา มูลนิธิกังหันลม มูลนิธิสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน กลุ่มไม้ขีดไฟ โรงเล่นเรียนรู้ We are happy มูลนิธิสื่อชาวบ้าน (มะขามป้อม) มูลนิธิแพธทูเฮลท์ มูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม สมาคมเครือข่ายพัฒนาชุมชนแห่งการเรียนรู้มูลนิธิเพื่อสุขภาพและการแบ่งปัน มูลนิธิเครือข่ายสุขภาพ (สำนักงานภาคอีสาน) มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง ศูนย์สร้างสรรค์เพื่อการพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อมจังหวัดแพร่ (พลังโจ่) สมาคมเด็กและเยาวชนเพื่อสันติภาพชายแดนใต้ (ลูกเหรียง) เครือข่ายพื้นที่นี้ดีจัง เครือข่ายเล่นเปลี่ยนโลก มูลนิธินวัตกรรมสร้างสรรค์สังคม มูลนิธิสร้างสรรค์เพื่อการทำงานทางสังคม สมาคมคนรุ่นใหม่กับนวัตกรรมทางสังคม บริษัทนักเปลี่ยนแปลง จำกัด บริษัท ไลฟ์ เอ็ดดูเคชั่น (ประเทศไทย) จำกัด บริษัทบุคสเคป จำกัด บริษัท ดิ วันโอวัน เปอร์เซ็นต์ จำกัด บริษัท กล้าก้าว อินสไปเรชั่น จำกัด บริษัทเอดูเคชั่น เซอร์วิส แอนด์ เทรนนิ่ง เอเจนซี่ (ESTA) มูลนิธิวายไอวาย บริษัท ยังแฮปปี้ จำกัด บริษัท อายดรอปเปอร์ ฟิลล์ จำกัด บริษัทส่งเสริมบทบาทพ่อแม่เพื่อสังคม จำกัด

บริษัทสานพลังดี จำกัด คณะทำงานขับเคลื่อนนโยบายสวัสดิการเด็กเล็กถ้วนหน้า เครือข่ายสถานประกอบการที่เป็นมิตรกับครอบครัว มูลนิธิเอดส์แอคเซส บริษัทอินสครู จำกัด มูลนิธิสุขภาพไทย วิทยาลัยพัฒนศาสตร์ ป่วย อึ๊งภากรณ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และบริษัทมิวทาล กราวน์ จำกัด

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

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
กลุ่มแผนงานสนับสนุนพื้นที่เรียนรู้	65.00
กลุ่มแผนงานสนับสนุนภาคีความร่วมมือ	52.00
กลุ่มแผนงานสนับสนุนการขับเคลื่อนสังคม	113.00
การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	20.00
รวม	**250.00**



แผน 8

แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

******

แนวทางการส่งเสริมสุขภาวะในองค์กรของประเทศไทย

จากเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย โดยแผนการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน 17 เป้าหมาย ซึ่งครอบคลุมมิติการพัฒนาด้านการพัฒนาคน เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม สันติภาพและความยุติธรรม และความเป็นหุ้นส่วนการพัฒนา มีความสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาของประเทศภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ซึ่งเป็นเป้าหมายการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนตามหลักธรรมาภิบาล และเป็นกรอบในการจัดทำแผนการพัฒนาประเทศให้มีความสอดคล้องและบูรณาการกัน เพื่อพัฒนาประเทศให้มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง [87] โดยแผนพัฒนาดังกล่าวมีความเชื่อมโยงกับงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรที่เกี่ยวข้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติในประเด็นด้านการพัฒนาสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี โดยหมายถึง "ชีวิตที่มีสุขภาพดีและสุขภาวะของทุกคนในทุกช่วงวัย" หรือ "สร้างหลักประกันการมีสุขภาพดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกวัย" โดยเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติกำหนดไว้ข้อที่สาม คือ การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีซึ่งสอดคล้องกับแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ แผนแม่บทที่ 2 การต่างประเทศแผนแม่บทที่ 3 การเกษตร แผนแม่บทที่ 8 ผู้ประกอบการวิสาหกิจขนาดกลางขนาดย่อมยุคใหม่ แผนแม่บทที่ 11 การพัฒนาศักยภาพของคนตลอดช่วงชีวิตการเรียนรู้ แผนแม่บทที่ 13 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดีแผนแม่บทที่ 14 การพัฒนาศักยภาพทางด้านกีฬา แผนแม่บทที่ 18 การเจริญเติบโตอย่างยั่งยืนการจัดการน้ำแผนแม่บทที่ 23 การวิจัยและพัฒนานวัตกรรม ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ แผนเฉพาะในแต่ละด้าน และทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) [88]

และหนึ่งในประเด็นที่สำคัญคือการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดีโดยจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพเพื่อเอื้อต่อการยกระดับสุขภาวะของประชาชน ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดมาตรการของภาครัฐที่สนับสนุนสินค้าที่เป็นมิตรต่อสุขภาพประชาชน การวิเคราะห์ความเสี่ยง การประเมินความต้องการด้านสุขภาพเพื่อการกำหนดนโยบาย และขับเคลื่อนการดำเนินงาน

87 สำนักงานสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2022
88 ที่มา ยุทธศาสตร์ชาติ กับ SDGs https://sdgs.nesdc.go.th (สำนักงานสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2022

ด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ ซึ่ง**มีความสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13** ได้วิเคราะห์สังคมไทยกำลังมุ่งหน้าสู่การเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” ภายในปี 2577 มีสัดส่วนของประชากรสูงวัยสูงถึงร้อยละ 28.1 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งการที่ประเทศไทยมีโครงสร้างประชากรเป็นสังคมสูงวัย และมีสัดส่วนวัยแรงงานลดลงนั้น จะทำให้อัตราส่วนพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อวัยแรงงานและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ภาครัฐจำเป็นต้องพิจารณาการพัฒนาคนทุกช่วงวัยให้เต็มตามศักยภาพ ดังนั้นการสร้างเสริมให้คนวัยทำงานมีสุขภาวะที่ดี มีความรู้และพฤติกรรมสุขภาวะที่ดีเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต จึงเป็นเรื่องที่ประเทศต้องให้ความสำคัญ

ความสอดคล้องต่อนโยบายของหน่วยงานภาครัฐที่มีบทบาทสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ได้แก่

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน มียุทธศาสตร์ในระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ที่จะพัฒนาข้าราชการและบุคลากรภาครัฐให้ปฏิบัติหน้าที่ราชการอย่างมีคุณธรรม มีความเป็นมืออาชีพ ควบคู่กับการสร้างสมดุลของคุณภาพงานและคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมกับความจำเป็น ความต้องการและความคาดหวังของผู้ปฏิบัติงานทุกฝ่ายทุกระดับ (Improving Quality of Work & Life of Thai Public Servants) [89]

กระทรวงแรงงาน ได้มีนโยบายที่จะเป็นหน่วยงานขับเคลื่อนเศรษฐกิจและดูแลภาคสังคม ให้แรงงานได้รับการส่งเสริมด้านรายได้ การได้รับความคุ้มครองและความเป็นธรรมตามกฎหมาย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีนโยบายสำคัญที่มุ่งเน้นสร้างสุขภาวะที่ดีในองค์กร ซึ่งสอดคล้องกับการสร้างความสุขอย่างยั่งยืนตามนโยบาย "ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน” โดยจะต้องมีการดำเนินงานบูรณาการ [90] ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการให้บริการด้านแรงงาน พัฒนาและปรับปรุงระบบค่าจ้างรายได้ สวัสดิการ สิทธิประโยชน์ และความปลอดภัยในการทำงาน เพื่อร่วมกันสนับสนุนให้เกิดนโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องของการส่งเสริมสวัสดิการด้านแรงงาน และสิทธิประโยชน์ตามระบบประกันสังคม รวมไปถึงความปลอดภัยอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานแก่แรงงาน

การดำเนินงานของสำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กรภายใต้แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ได้ใช้แนวคิดองค์กรสุขภาวะ (Happy workplace) ที่มุ่งดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายหลักคือ “คนทำงาน ในองค์กร” ที่ถือเป็นบุคคลสำคัญและเป็นกำลังหลักของทั้งครอบครัว องค์กร ชุมชน และสังคม ดังนั้น การสร้างความสุขในที่ทำงาน จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการบริหารองค์กรที่มุ่งเน้นให้บุคลากรทุกคนในองค์กร มีความสุขในการทำงาน โดยความสุขที่เกิดขึ้นนั้นจะส่งผลให้บุคลากรเกิดกระบวนการทางความคิด ทำงานที่ได้รับมอบหมายได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดความตึงเครียดจากการทำงาน รวมทั้งลดความขัดแย้งภายในองค์กร ความสุขที่เกิดขึ้นจากการทำงานเปรียบเสมือนน้ำหล่อเลี้ยงให้พฤติกรรมคนปรับเปลี่ยนและพัฒนา โดยใช้ความสุขพื้นฐานแปดประการ (Happy 8) เป็นแนวทางในการบริหารจัดการชีวิตให้มีความสุข อย่างยั่งยืน สร้างทัศนคติบวกต่อมุมมองในการดำเนินชีวิต สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ มีความรับผิดชอบต่อสังคม เป็นสมาชิกที่ดีของครอบครัว องค์กร และสังคม โดยมีความสุขที่แท้จริงบนพื้นฐาน ความสุขแปดประการที่สมดุลกับชีวิต

แนวคิดองค์กรสุขภาวะ (Happy workplace) จึงเป็นอีกแนวคิดและกระบวนการสำคัญที่ไปช่วยพัฒนาและเตรียมความพร้อมด้านสุขภาวะให้แก่วัยทำงานซึ่งเป็นกำลังของประเทศ และเสริมหนุนให้แผนการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาของประเทศภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

89 สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (2560). “ยุทธศาสตร์สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579)”.
90 นโยบายของกระทรวงแรงงานประจำปีงบประมาณ 2566 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน

ข้อมูลสถานการณ์ด้านสุขภาวะองค์กรของประเทศไทย

หากพิจารณาสถานการณ์ด้านสุขภาพโดยจำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย 7 กลุ่มหลักของสำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กรซึ่งได้แก่ กลุ่มข้าราชการพลเรือน ข้าราชการทหาร ข้าราชการตำรวจ สถาบันอุดมศึกษา องค์กรทางพุทธศาสนา สถานประกอบการขนาดใหญ่ และสถานประกอบการขนาดกลางถึงขนาดย่อง สามารถสรุปประเด็นด้านสุขภาพที่ควรพิจารณาหรือให้ความสำคัญได้ ดังนี้

1. **กลุ่มข้าราชการพลเรือน**

จำนวนประชากร

ข้าราชการพลเรือนสามัญทุกประเภทและระดับตำแหน่งได้แก่ ประเภทบริหาร ประเภทอำนวยการ ประเภทวิชาการ และประเภททั่วไป สังกัดราชการบริหารส่วนกลางและราชการบริหารส่วนภูมิภาคใน 19 กระทรวง และส่วนราชการไม่สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีหรือกระทรวง รวม 142 ส่วนราชการ จำนวนทั้งสิ้น 421,521 คน [91]

ภาพรวมสถานการณ์ด้านสุขภาพ

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ทำการสำรวจความผูกพันของข้าราชการพลเรือนสามัญ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 โดยใช้กรอบแนวคิด โดยใช้แนวคิด “Employee Experience” เป็นแนวทางในการสำรวจโดยคำนึงถึงบุคลากรเป็นศูนย์กลาง (Employee-centric Approach) ซึ่งสามารถสรุปได้ดังภาพ

โมเดลการสำรวจความผูกพันของข้าราชการพลเรือนสามัญ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565



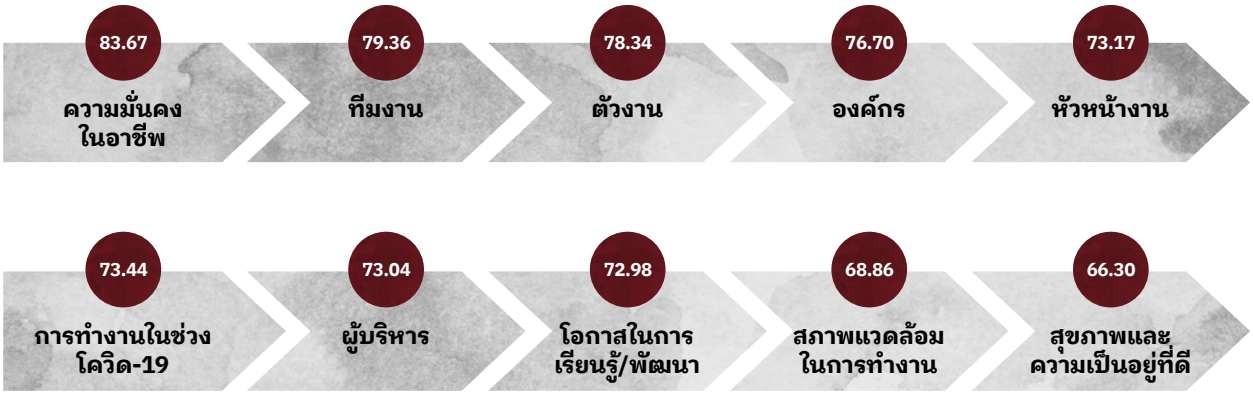
91 ข้อมูล ณ เดือนกันยายน 2563 และ ตุลาคม 2564

โดยจากกรอบแนวคิดข้างต้น สำนักงาน ก.พ. ได้นำมาจำแนกเป็นประเด็นและพัฒนาข้อคำถามในการสำรวจความผูกพันของข้าราชการพลเรือน ซึ่งข้อคำถามดังกล่าวสามารถจัดเป็นกลุ่มปัจจัยทั้งหมด 10 ด้าน ดังนี้

1. ด้านตัวงาน (My Work)
2. ด้านทีมงาน (My Team)
3. ด้านหัวหน้างาน (My Supervisor)
4. ด้านผู้บริหาร (My Senior Executive)
5. ด้านองค์กร (My Agency)
6. ด้านโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนา (Growth Opportunity)
7. ด้านสภาพแวดล้อมการทำงานเชิงบวก (Positive Workplace)
8. ด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Health and Wellbeing)
9. ด้านความมั่นคงในอาชีพ (Job Security)
10. ด้านการทำงานในช่วงการแพร่ระบาดของ COVID-19 (COVID-19 Related Experience)

เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยแล้ว พบว่า ปัจจัยที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือด้านความมั่นคงในอาชีพ รองลงมาคือด้านทีมงาน และอันดับที่สามคือด้านตัวงาน โดยปัจจัยที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ **ด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Health and Wellbeing) ค่าเฉลี่ย 66.30**

ผลการสำรวจความผูกพันของข้าราชการพลเรือนสามัญ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565



นอกจากนี้ โครงการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานและเสริมสร้างศักยภาพองค์กรภาครัฐในระยะเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นองค์กรสุขภาวะ โดย สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำการเก็บข้อมูลคนในองค์กรภาครัฐ ในปี 2560 จำนวน 1,912 คน พบว่า 1 ใน 3 ของข้าราชการยังมีความเสี่ยงด้วย 3 โรคที่สำคัญคือ ความดัน ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน และที่น่าสนใจคือ ในปี 2566 เริ่มพบแนวโน้มโรคออฟฟิศซินโดรมจากอาการภูมิแพ้ที่มีความถี่สูงขึ้น มีภาวะเนือยนิ่งออกกำลังกายน้อย และ 1 ใน 5 มีภาวะความเครียดจากการทำงานในระดับที่สูง 1 ใน 3 ข้าราชการไทยเสี่ยง 3 โรค ได้แก่ “ความดัน-ไขมัน-เบาหวาน” ส่วนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่วันนี้ไม่ใช่ปัญหาในระบบราชการ โดยพบว่า มีผู้ที่ดื่มหรือสูบเป็นประจำ 6% ส่วนกลุ่มเจนวายมีถึง 90% ที่ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังพบว่า มีแนวโน้มภาระหนี้สินมากขึ้นจากปี 2553 ภาระหนี้เฉลี่ยอยู่ที่ 1 ล้านบาท ส่วนปี 2560 ภาระหนี้ขยับมาที่ 1-3 ล้านบาท ซึ่งอันดับหนึ่งของภาระหนี้สินคือ ที่อยู่อาศัย 56% ตามด้วยหนี้เงินผ่อนชำระสินค้าและบริการที่สูงถึง 45%

2. **กลุ่มข้าราชการทหาร**

จำนวนประชากร

ข้าราชการทหารในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีจำนวนทั้งสิ้น 440,430 คน อ้างอิงจากเอกสารงบประมาณ ฉบับที่ 5 รายงานภาวะเศรษฐกิจและการคลัง [92] ประกอบไปด้วยข้าราชการทหารจากกองทัพบก กองทัพเรือ และกองทัพอากาศ สังกัดกระทรวงกลาโหม มีพระมหากษัตริย์ไทยเป็นจอมทัพ บังคับบัญชาภายใต้กองบัญชาการกองทัพไทย โดยผู้บัญชาการทหารสูงสุด ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ในการควบคุมสั่งการอำนวยการรบเพื่อปกป้องและป้องกันประเทศ ภายใต้การสั่งการของนายกรัฐมนตรีตามตำแหน่ง

ภาพรวมสถานการณ์ด้านสุขภาพ

อนุวัตร เข็มราช ได้ศึกษาความสุขและความพึงพอใจที่ส่งผลต่อความผูกพันของบุคลากรกรมกำลังพลทหารเรือ [93] โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความสุขในการทำงานตามแนวคิดองค์กรแห่งความสุขของบุคลากรกรมกำลังพลทหารเรือ ใช้เครื่องมือสำรวจความสุขด้วยตัวเอง (Happinometer) วัดความสุขของคนทำงาน และเพื่อระบุปัจจัยความสุขและความพึงพอใจในการทำงานที่มีผลต่อความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อกรมกำลังพลทหารเรือ มีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มประชากร 212 คน พบว่า ลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรในด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส สภาพการจ้างงาน ระยะเวลาที่ทำงานในองค์กร มีความสัมพันธ์กับความสุขในการปฏิบัติงานบางมิติ โดยในด้านเพศมีความสัมพันธ์กับมิติสุขภาพกายดีและผ่อนคลายดี ด้านอายุมีความสัมพันธ์กับมิติสุขภาพกายดี และผ่อนคลายดี มิตินำ้ใจดี สังคมดี และมีคุณธรรม ด้านระดับการศึกษาสูงสุดมีความสัมพันธ์กับมิตินำ้ใจดี สังคมดี และมีคุณธรรม มิติการหาความรู้ มิติการรู้จักใช้เงิน และการงานดี ด้านสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับมิตินำ้ใจดี สังคมดี และมีคุณธรรม มิติครอบครัวดี ด้านสภาพการจ้างงานมีความสัมพันธ์กับมิติการหาความรู้ มิติการรู้จักใช้เงิน และการงานดี และระยะเวลาที่ทำงานในองค์กรมีความสัมพันธ์กับมิติสุขภาพกายดี และผ่อนคลายดี มิติครอบครัวดี มิติการรู้จักใช้เงิน และการงานดี และยังพบว่า ระดับความสุขในการปฏิบัติงานมิตินำ้ใจดี สังคมดี และมีคุณธรรม มิติการหาความรู้ มิติการรู้จักใช้เงินและการงานดี มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความผูกพันต่อองค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความผูกพันต่อองค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. **กลุ่มข้าราชการตำรวจ**

จำนวนประชากร

จำนวนข้าราชการตำรวจในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีจำนวนรวม 219,768 คน อ้างอิงจากเอกสารงบประมาณ ฉบับที่ 5 รายงานภาวะเศรษฐกิจและการคลัง [94]

ภาพรวมสถานการณ์ด้านสุขภาพ

ลักษณะการปฏิบัติงานของตำรวจส่วนใหญ่ส่งผลต่อสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เนื่องจากลักษณะงานที่มีความไม่เหมาะสม เช่น สูบบุหรี่ ประมาณร้อยละ 66 และ ดื่มสุรา ประมาณร้อยละ 40 (กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลตำรวจ, 2561) จากสถิติของโรงพยาบาลตำรวจ พ.ศ. 2560 พบว่ามีตำรวจเข้ารับการรักษาด้วยโรคซึมเศร้า จำนวน 605 ราย คิดเป็น 1 ใน 3 ของจำนวนผู้เข้ารับการรักษาโรคซึมเศร้าทั้งหมดของโรงพยาบาลตำรวจ และสถิติ พ.ศ. 2551-2559 มีตำรวจฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 299 ราย มากกว่าสถิติการฆ่าตัวตายของคนปกติกว่า 2 เท่า จากผลการตรวจสุขภาพประจำปีของข้าราชการตำรวจทั่วประเทศ พบว่ามีแนวโน้มสูงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยจากรายงานการตรวจสุขภาพประจำปี พ.ศ. 2560 พบว่า ข้าราชการตำรวจมีปัญหาสุขภาพ 5 อันดับแรก ได้แก่ ระดับไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 79.6 โรคอ้วน ร้อยละ 54.2 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 35.3 กรดยูริคในกระแสเลือดสูง ร้อยละ 34.3 และระดับน้ำตาลในเลือดสูง ร้อยละ 25.2

92 ฉบับร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
93 ฉบับร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
94 สำนักงบประมาณ. (2565).

4. **กลุ่มสถาบันอุดมศึกษา**

จำนวนประชากร

จำนวนนิสิตนักศึกษาระดับอุดมศึกษา รวมทั้งสิ้น 1,386,086 คน แบ่งเป็นเพศชาย 559,802 คน และเพศหญิง 826,284 คน [95] และมีจำนวนบุคลากรหรือพนักงานในมหาวิทยาลัยรวมทั้งสิ้น 225,405 คน [96]

ภาพรวมสถานการณ์ด้านสุขภาพ

ปัญหาสุขภาวะในกลุ่มนักศึกษา

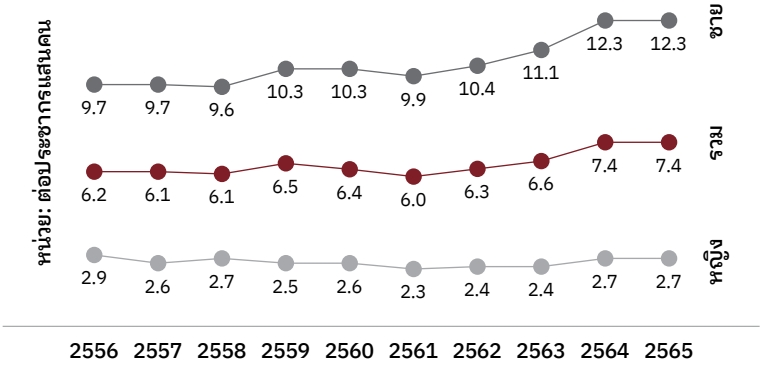


ที่มา: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของนักศึกษาและบุคลากรในสถาบันอุดมศึกษาในหลายมิติทั้งในด้านกายภาพและด้านจิตใจ อ้างอิงจากผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัย [97] ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 9,050 ชุด จากมหาวิทยาลัยเครือข่ายทั่วประเทศ จำนวน 15 แห่ง พบว่า นักศึกษาประสบกับปัญหาด้านสุขภาพจิตและความเครียด โดยกว่าร้อยละ 26.5 รู้สึกเศร้าบ่อยครั้งถึงตลอดเวลา กว่าร้อยละ 3.5 เคยคิดฆ่าตัวตายบ่อยครั้งถึงตลอดเวลา

อัตราการตายจากการฆ่าตัวตาย ปี 2555-2564 (จำแนกตามเพศ)

ที่มา: ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (2565)



95 ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2564). “รายงานสถิติจำนวนนิสิต นักศึกษาระดับอุดมศึกษา (ปริญญาตรี)”. สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ. เข้าถึงได้จาก https://catalog.moe.go.th/dataset/dataset-15_20

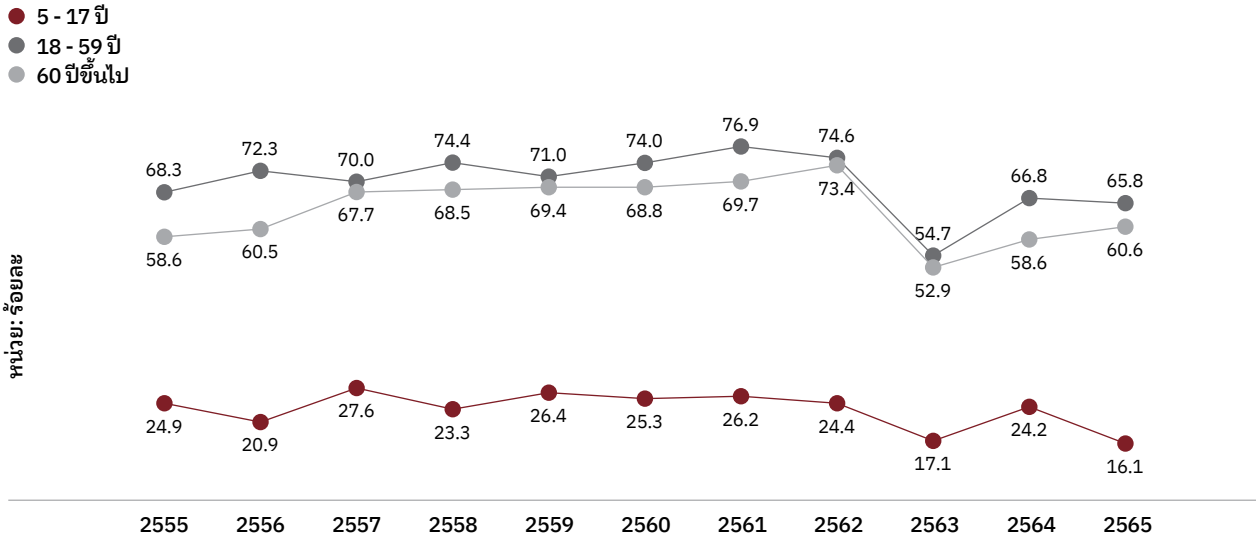
96 สำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. (2563). “จำนวนบุคลากรทั้งหมด ปีการศึกษา 2563 จำแนกตามประเภทสถาบัน ชื่อสถาบัน และคุณวุฒิสูงสุด”. Open Government Data of Thailand. เข้าถึงได้จาก https://data.go.th/dataset/univ_stf_12_02

97 พิชญา สุรพลชัย และ นฤมล อรุโณทัย. (2566). “โครงการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัย”. สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อีกกว่าร้อยละ 4.3 ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่ามีอาการทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว เป็นต้น สถานการณ์โควิด-19 ทำให้นักศึกษาออกมาพบปะหรือมีปฏิสัมพันธ์กันน้อยลง การติดต่อสื่อสารปรับเปลี่ยนไปอยู่ในรูปแบบของช่องทางออนไลน์มากขึ้น ทำให้นักศึกษากว่า 1 ใน 3 ใช้สื่อโซเชียลมีเดียมากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน ทั้งนี้ สภาวะผิดปกติทางจิตมักเกิดขึ้นในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน 15-29 ปี อ้างอิงจากรูปภาพที่ 5 ในปี 2564 ที่เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิงถึงเกือบ 5 เท่าด้วยกัน สภาวะทางจิตและพฤติกรรมซึมเศร้าส่งผลให้มีค่าดัชนีมวลกายที่ไม่เหมาะสม โดยพบว่าบางส่วนมีพฤติกรรมเนือยนิ่งและการบริโภคอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น ทานอาหารไม่ตรงเวลา ทานในจำนวนน้อยกว่าปกติ ทานอาหารที่มีไขมันสูงหรือรสจัดเกินไป ทำให้นักศึกษาบางกลุ่มเผชิญกับภาวะผอมเกินไปจนถึงน้ำหนักเกินเกณฑ์ ประกอบกับพฤติกรรมการออกกำลังกายที่น้อยลง ส่งผลให้นักศึกษาป่วยเป็นโรคเกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรมมากขึ้น

นอกจากนี้ หากพิจารณาในสถานการณ์ปกติแล้วยังพบว่า ในกลุ่มนักศึกษามีการใช้ยาสูบถึงร้อยละ 15 และสูบบุหรี่บ่อยครั้งไปจนถึงทุกวันกว่าร้อยละ 5.5 โดยพบการสูบบุหรี่ภายในมหาวิทยาลัยสูงกว่าร้อยละ 40 รวมถึงมีการใช้สารเสพติดอื่น ๆ อาทิ กัญชา กระท่อม ในบางกลุ่ม ในส่วนของความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินจากอุบัติเหตุทางท้องถนน พบว่ามีนักศึกษากว่าร้อยละ 40 ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยขณะอยู่บนยานพาหนะ สอดคล้องกับข้อมูลจากสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ที่พบว่า อัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเยาวชนมีมากขึ้น เนื่องจากมีการโฆษณาและมุ่งกลุ่มเป้าหมายไปยังเด็กและเยาวชนมากขึ้น โดยประเด็นที่ต้องเฝ้าระวังคือการรณรงค์ให้ดื่มไม่ขับเพื่อแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม รวมถึงการปฏิเสธการขายต่อลูกค้าในกลุ่มเยาวชน โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นชายที่เป็นกลุ่มเป้าหมายมุ่งเน้นสำหรับบุหรี่ไฟฟ้า นอกจากนี้ ยังมีประเด็นของภาวะเสี่ยงจากการมีกิจกรรมทางเพศที่พบว่ากว่าร้อยละ 46.6 มีวิธีการคุมกำเนิดโดยใช้ถุงยางอนามัยเป็นส่วนใหญ่ แต่ยังมีอีกประมาณร้อยละ 5.6 ที่ไม่ได้ป้องกันเวลามีเพศสัมพันธ์ ในส่วนของสุขภาวะทางการเงินพบว่ากว่าร้อยละ 50.2 มีภาระหนี้สินทางการเงิน ซึ่งส่งผลต่อภาวะความเครียดมากกว่ากลุ่มนักศึกษาที่ไม่มีภาระหนี้สินอย่างมีนัยสำคัญ โดยกว่าร้อยละ 40 เป็นหนี้เพื่อการศึกษา หนี้ค่าเล่าเรียน รองลงมาคือค่าใช้จ่ายประจำวันและที่อยู่อาศัย และพฤติกรรมการติดหนี้หวย หนี้พนันบอล เป็นต้น

การสำรวจการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ พ.ศ.2555-2565



ที่มา: ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย

ในส่วนของการมีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พบว่า มีเด็กและเยาวชนไทยเพียง 1 ใน 4 ที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ อีกทั้งยังพบว่า อายุและเพศเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญทำให้ระดับการมีกิจกรรมทางกายภาพต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็ก เยาวชน และผู้หญิง ที่มีส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอหรือน้อยกว่ากลุ่มอื่น อนึ่ง สืบเนื่องจากสถานการณ์โควิด-19 มาตรการล็อคดาวน์และการรักษาระยะห่าง ทำให้ประชาชนในประเทศมีกิจกรรมทางกายลดลงอย่างเห็นได้ชัดในทุกเพศ กลุ่ม และวัย

5. **กลุ่มองค์กรทางพุทธศาสนา**

จำนวนประชากร

จำนวนบุคลากรทางพุทธศาสนาในประเทศไทยมีจำนวนทั้งสิ้น 239,023 คน แบ่งเป็นพระภิกษุสงฆ์ จำนวน 205,513 รูป และสามเณร จำนวน 33,510 รูป และมีศาสนสถานทางพุทธศาสนาในประเทศไทยทั้งสิ้น 42,461 วัด โดยพบว่าจังหวัดที่มีวัดมากที่สุดคือจังหวัดนครราชสีมา รองลงมาคืออุบลราชธานี และจังหวัดร้อยเอ็ด [98]

ภาพรวมสถานการณ์ด้านสุขภาพ

ปัญหาสุขภาวะในกลุ่มพระภิกษุและสามเณร



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สถานการณ์ด้านสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ในปัจจุบัน พบว่า มีจำนวนพระสงฆ์ที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable Diseases: NCDs) เพิ่มสูงขึ้นกว่า 3 เท่า จากเดิม 3,000 รูปต่อปีเป็น 10,000 รูปต่อปี โดยสาเหตุของโรคส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้า และการฉันอาหารที่ได้รับถวายจากญาติโยมที่ไม่ถูกโภชนาการ เช่น อาหารมีปริมาณเกลือหรือน้ำตาลสูงเกินไป สอดคล้องกับงานวิจัยของพระณัฐวุฒิ พันทะลี [99] ที่ศึกษาแนวทางการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ไทยในปัจจุบันซึ่งพบว่า สาเหตุหลักที่ทำให้พระสงฆ์มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคือการฉันอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ การขาดความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ และการขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งล้วนแล้วแต่นำไปสู่ภาวะโรคต่าง ๆ ทั้งทางกายภาพและทางจิตใจ เช่น ความเครียดจากค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการรักษา นำไปสู่ความเสี่ยงทางสุขภาวะทางการเงินในลำดับต่อมา ในขณะที่สถานการณ์ด้านสุขภาพของสามเณรในประเทศไทย พบว่า มีปัญหาด้านความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมในการบริโภคตามหลักโภชนาการ โดยปัจจุบันมีสามเณรกว่าร้อยละ 21 อยู่ในสภาวะอ้วนกว่าเด็กหรือเยาวชนในวัยเดียวกัน สืบเนื่องจากพฤติกรรมการฉันอาหารที่มีน้ำตาลสูง ฉันผักในปริมาณน้อย และขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมเคยทดลองสูบบุหรี่กว่าร้อยละ 23.9 และทดลองสูบบุหรี่ไฟฟ้ากว่าร้อยละ 32.8

98 สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2563). “สถิติบุคลากรและศาสนสถานทางศาสนาในประเทศไทย”. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. เข้าถึงได้จาก https://ittdashboard.nso.go.th/preview.php?id_project=56

99 พระณัฐวุฒิ พันทะลี. (2564). “การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ไทยในปัจจุบัน”. มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตอีสาน.

อย่างไรก็ดี อ้างอิงจากงานวิจัยของสายชล ปัญญชิต [100] ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของสามเณรวัยใสในภาคกลางและภาคเหนือของประเทศไทย มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการออกแบบสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาวะวิถีพุทธเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของสามเณรในประเทศไทย โดยระบุว่าการให้ความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสามัญประจำบ้านและการป้องกันโรคที่เกิดจากพฤติกรรม (NCDs) การส่งเสริมสุขภาวะของสามเณรตามหลักพระธรรมวินัยที่มุ่งเน้นให้ฉันอาหารครบตามหลักโภชนาการ ตลอดจนการขับเคลื่อนองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ไปจนถึงการเล่นพนัน ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะเสี่ยงต่อสุขภาวะทางเงินหรือการเกิดหนี้สินในอนาคต รวมถึงมีนโยบายการสร้างสุขภาวะพระสงฆ์และสามเณรในระดับพื้นที่ โดยยึดหลักการขับเคลื่อนด้วยแนวคิด “บวร” ยกตัวอย่างจังหวัดพิจิตรที่เชื่อมโยงโครงการ 6 ด้านของพระสงฆ์เข้าด้วยกันผ่านเครือข่ายบวร ซึ่งประกอบไปด้วย วัด ประชารัฐ สร้างสุข ชุมชนคุณธรรมขับเคลื่อนด้วยพลังบวร หมู่บ้านรักษาศีล หน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์ส่งเสริมสุขภาพวิถีพุทธ

และจากการดำเนินการร่วมกันขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560 [101] จากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน มีมหาเถรสมาคม คณะกรรมการปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนาของมหาเถรสมาคม คณะสงฆ์ทุกระดับเป็นผู้นำ มีสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ (พศ.) มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (มจร.) มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย (มมร.) กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มาเป็นระยะเวลา 5 ปี ทำให้มีพระคิลานุปัฏฐากเข้ามาทำหน้าที่ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในวัด และมีการเชื่อมกับสถานพยาบาลเพื่อดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในระดับพื้นที่ เป็นเหตุให้พระสงฆ์ได้เข้าถึงสิทธิในการดูแลสุขภาพมากขึ้น มีพระสงฆ์ที่เป็นผู้นำ และเป็นแบบอย่างให้กับชุมชนและสังคม ดังจะเห็นได้จากในช่วงวิกฤติในสถานการณ์โควิด-19 แต่ละวัดมีการตั้งโรงทาน ใช้วัดเป็นสถานที่พักคอยรอการส่งต่อ ให้ความอนุเคราะห์ฌาปนกิจผู้เสียชีวิตจากโควิด-19 และมีการสื่อสารเพื่อให้ความรู้และให้กำลังใจกับประชาชน เป็นต้น

จากการดำเนินการร่วมกันดังกล่าวเกิดผลลัพธ์ที่สำคัญ มีดังนี้ (1) มีพระภิกษุและสามเณรที่ได้รับการตรวจสอบสิทธิเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข จำนวน 164,004 รูป (2) มีพระภิกษุและสามเณรที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ จำนวน 81,542 รูป ผลจากการตรวจคัดกรองพบว่า กลุ่มที่เสี่ยงและป่วย ร้อยละ 26 มีแนวโน้มเป็นพระที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป พบมีภาวะโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาคือโรคเบาหวาน (3) มีพระคิลานุปัฏฐาก [102] จำนวนทั้งสิ้น 9,588 รูป (4) มีวัดส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์การประเมินรับรอง 13,968 แห่ง (จากข้อมูลจำนวนวัดที่มีทั้งหมด 42,473 แห่ง) คิดเป็น ร้อยละ 32.89 และ (5) มีวัดร่วมพัฒนาชุมชนคุณธรรม ตามโครงการชุมชนคุณธรรมขับเคลื่อนด้วยพลังบวร จำนวน 4,911 วัด

6. **กลุ่มสถานประกอบการ**

จำนวนประชากร

จำนวนสถานประกอบการที่ยังคงดำเนินการอยู่ทั้งสิ้น 2.6 ล้านแห่ง โดยพบว่า สถานประกอบการตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ตามลำดับ และมีจำนวนคนทำงานทั้งสิ้น 12.9 ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้ปฏิบัติงาน อยู่ในสถานประกอบการที่ตั้งอยู่ในภาคกลาง

100 สายชล ปัญญชิต. (2565). “พฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของสามเณรวัยใสในภาคกลางและภาคเหนือของประเทศไทย”. Journal of Demography: Vol. 38: Iss. 2, Article 2. เข้าถึงได้จาก https://digital.car.chula.ac.th/jdm/vol38/iss2/2

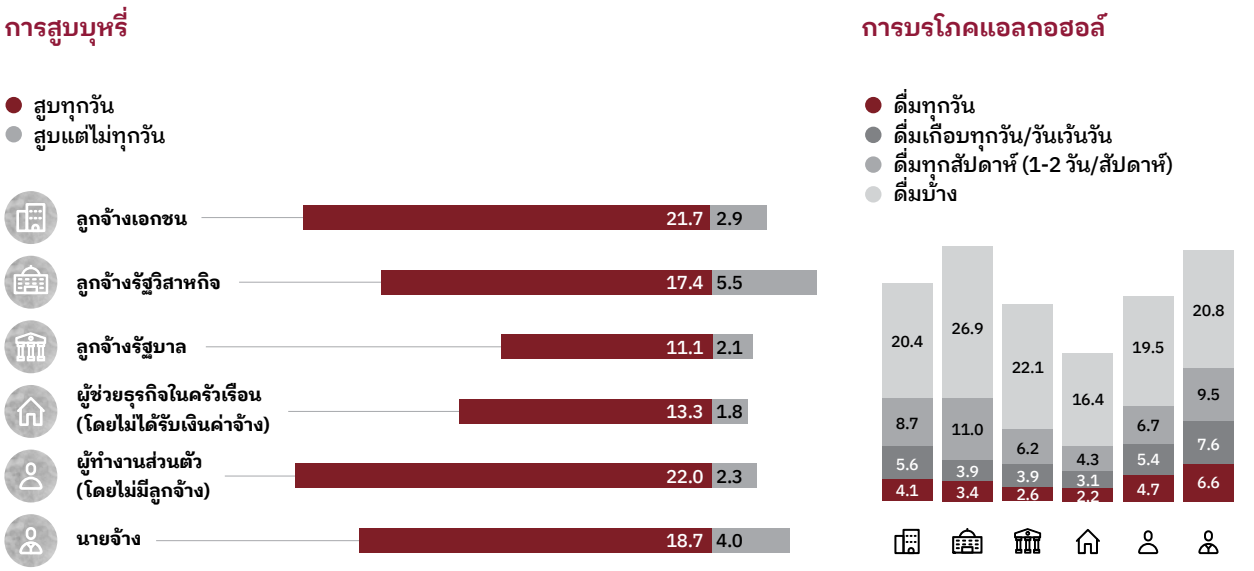
101 มติมหาเถรสมาคม ในคราวประชุมครั้งที่ ๗/๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๒๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ มติที่ ๑๙๑/๒๕๖๐ เรื่อง การดำเนินงานพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะภายใต้หลักการสำคัญคือ “ใช้หลักธรรมนำทางโลก” มีกรอบแนวทางการดำเนินงาน ๓ ด้าน คือ (๑) พระสงฆ์กับการดูแลสุขภาพ

102 หมายถึงพระสงฆ์ที่ดูแลอุปัฏฐากพระสงฆ์ที่อาพาธ

มากที่สุด รองลงมา เป็นปริมณฑล และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามลำดับ โดยโครงสร้างของสถานประกอบการในประเทศไทย ส่วนใหญ่ หรือร้อยละ 88.1 มีลักษณะเป็นสถานประกอบการ รายย่อย ส่วนสถานประกอบการขนาดเล็ก (Small) ขนาดกลาง (Medium) และขนาดใหญ่ (Large) มีเพียงร้อยละ 11.9 เท่านั้น

การส่งเสริมความสำเร็จขององค์กรต้องให้ความสำคัญกับทรัพยากรบุคคล ซึ่งปัจจุบันกลุ่มคนรุ่นใหม่เป็นกลุ่มที่สำคัญในองค์กร ซึ่งมีแนวคิดเกี่ยวกับการทำงานและการสร้างสมดุลชีวิตระหว่างงานและชีวิตส่วนตัว ผู้นำหรือผู้บริหารทรัพยากรบุคคลควรเข้าใจแนวคิดนี้ ภาพที่เห็นได้อย่างชัดเจนคือ "การลาออกครั้งใหญ่" หรือ "The Great Resignation" ที่เกิดขึ้นทั่วโลกโดยเฉพาะในช่วงหลังโควิด-19 แรงงานมีการพบกับภาวะหมดไฟ (Burnout) จากการทำงาน ทั้งจากสภาพแวดล้อมในที่ทำงานและปัจจัยทางสุขภาพและความเป็นอยู่ (Health & Well-being) ซึ่งเป็นปัญหาที่พูดถึงมากขึ้น อีกทั้งปัญหาสุขภาพของแรงงานเป็นเรื่องสำคัญในยุคปัจจุบัน จากข้อมูลของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปซึ่งมีจำนวน 38 ล้านคนทำงานในสถานประกอบการหรือที่ทำงานมีบทบาทสำคัญในการสร้างรายได้และผลผลิตให้กับสังคม แต่พวกเขากำลังเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพที่ต้องเผชิญอยู่ตลอดเวลา เช่น การเจ็บป่วยที่ไม่ใช่โรคติดต่อ (NCDs) ที่เกิดขึ้นในสถานที่ทำงาน สภาวะหมดไฟทางการทำงาน และสถานการณ์ทางสุขภาพจิต ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ถ้าไม่มีการปรับเปลี่ยนใด ๆ เรื่องนี้จะกลายเป็นปัญหาที่สำคัญมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เจตน์ และพรชัย [103] ที่ศึกษาบทบาทและการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไม่ติดต่อ ในสถานประกอบการของผู้นำองค์กรและผู้บริหารงานทรัพยากรบุคคล โดยมาตรการตัวเงิน ภาครัฐอาจต้องมีการสนับสนุนงบประมาณสำหรับสถานประกอบการ อาทิ ให้งบสนับสนุนการทำกิจกรรม หรือลดหย่อนภาษีสำหรับองค์กรที่มีกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การลดเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมให้กับสถานประกอบการที่ดูแลสุขภาพของพนักงานได้ดี มีสวัสดิการการตรวจสุขภาพอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น การตรวจสุขภาพตา เพื่อการเฝ้าระวังสุขภาพ กรณีผู้ประกันตนไม่เจ็บป่วย และมาตรการที่ไม่ใช่ตัวเงิน ควรจัดทำแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงานให้ชัดเจน มีการให้ความรู้คำปรึกษา เพื่อส่งเสริมหรือดำเนินกิจกรรมร่วมกันเป็นภาคีเครือข่ายรัฐ-เอกชน เป็นต้น

การสูบบุหรี่และการบริโภคแอลกอฮอล์กับสถานภาพการทำงาน



ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

103 เจตน์ รัตนจีนะ และ พรชัย สิทธิศรัณย์กุล. (2566). “การศึกษาบทบาทและการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไม่ติดต่อในสถานประกอบการของผู้นำองค์กรและผู้บริหารงานทรัพยากรบุคคล”. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

นอกจากนี้ หนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของประชาชนวัยทำงานในประเทศคือเรื่องของสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มคนที่ทำงานการผลิตและการบริการมีแนวโน้มว่าจะสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มอื่น ในขณะที่คนทำงานบริการมีแนวโน้มว่าจะดื่มแอลกอฮอล์และมีภาวะอ้วนมากที่สุด ดังนั้น นโยบายในสถานประกอบการจึงเป็นหนึ่งในกลไกสำคัญที่ช่วยให้สุขภาวะของประชาชนวัยทำงานดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มลูกจ้างเอกชนและผู้ทำงานส่วนตัวที่พบว่ากว่า 1 ใน 5 มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ทุกวัน รวมถึงมีพฤติกรรมการทานข้าวนอกบ้านมากกว่าประชาชนในกลุ่มอื่นซึ่งอาจไม่ถูกคุณลักษณะหรือโภชนาการ ส่งผลให้เกิดโรคอ้วนในกลุ่มดังกล่าว อีกทั้งยังพบว่า มีสัดส่วนของผู้มีกิจกรรมทางกายเฉลี่ยต่ำกว่าประชาชนกลุ่มอื่น เนื่องจากลักษณะของงานส่งผลต่อกิจกรรมทางกายในแต่ละวัน การจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เอื้อให้เกิดกิจกรรมทางกายและการบริโภคอาหารที่ถูกโภชนาการ จึงเป็นประเด็นสำคัญที่สถานประกอบการทุกแห่งควรพิจารณาและสนับสนุนนโยบายในการทำงานที่แก้ปัญหาสุขภาวะดังกล่าว

สถานการณ์สุขภาพวัยทำงานและพฤติกรรมของคนวัยทำงานตามประเด็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า กลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี) มี 39 ล้านคน เป็นวัยทำงานในระบบประมาณ 18 ล้านคน [104] และประชากร กลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องสุขภาพที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อไม่เรื้อรัง และการเกิดอุบัติเหตุ โดยพบว่า สาเหตุการป่วยส่วนใหญ่ของประชากรวัยทำงานเกิดจากโรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไร้ท่อ โรคติดเชื้อและอุบัติเหตุ สำหรับสาเหตุการตายของประชากรไทยอายุต่ำกว่า 60 ปี พบว่า โรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับแรกในเพศชาย คือ อุบัติเหตุทางถนน รองลงมาคือ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรคมะเร็งตับ และโรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ สำหรับสาเหตุการตายในเพศหญิงอายุต่ำกว่า 60 ปีได้แก่ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อุบัติเหตุทางถนน โรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมอง

สาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ การขาดออกกำลังกาย การกินอาหารหวาน มัน เค็ม ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ตลอดจนมลภาวะทางอากาศก็มีผลด้วยเช่นกัน จากสถิติของคนทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนี้มากถึง ร้อยละ 71 และเสียชีวิตในปีเดียวกันมากถึง ร้อยละ 76 ส่วนข้อมูลสำหรับคนไทย พบว่า คนไทยเป็นโรคในกลุ่มนี้มากถึง 14 ล้านคน และมากกว่า 300,000 คนต่อปี โดย 6 โรคในกลุ่มโรค NCDs ที่มีผู้เสียชีวิตมากที่สุดคือ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วนลงพุง ซึ่งมีสาเหตุมาจาก

- การละเลยอาหารการกิน พฤติกรรมการทานอาหาร ถือเป็นสาเหตุใหญ่ของโรค NCDs การทานอาหารหวานจัด เค็มจัด หรือทานของทอด ของมัน ก็เสี่ยงที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไขมันอุดตันในเส้นเลือด รวมถึงโรคอ้วน ตามมาด้วยโรคอื่น ๆ ที่มีสาเหตุจากโรคนี้ ส่วนการทานเค็ม จากการศึกษาของนักวิจัยทางการแพทย์ในหลายประเทศยืนยันชัดเจนว่าการทานเค็มจะเพิ่มโอกาสในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เนื่องด้วยการติดตามกลุ่มคนที่ไม่ใช้เกลือในการประกอบอาหารเลย พบว่า กลุ่มคนที่ไม่ใช้เกลือประกอบอาหารความดันโลหิตจะไม่เพิ่มขึ้นตามอายุ ในทางตรงกันข้ามกลุ่มคนที่ใช้เกลือประกอบอาหารเป็นปกติความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้นตามอายุเป็นส่วนใหญ่

  การบริโภคอาหาร เงื่อนไขสำคัญหนึ่งของการมีสุขภาพดีที่เท่าเทียมกันของประชากร ได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่กำหนดสภาพแวดล้อม และวิถีชีวิตของบุคคลซึ่งเอื้อต่อการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ได้สมดุลทางโภชนาการ มีคุณภาพและความปลอดภัย มีปริมาณเพียงพอและสามารถเข้าถึงได้ตามความต้องการตามช่วงวัย พฤติกรรมด้านอาหารของคนไทยหลายเรื่องยังน่าเป็นห่วงโดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การดื่มเครื่องดื่มที่มี

104 สำนักงานสถิติแห่งชาติประมวลผล ณ วันที่ 30 มีนาคม 2566

รสหวาน และการกินผักและผลไม้ที่ไม่เพียงพอ ปัญหาเหล่านี้มีความแตกต่างในแต่ละกลุ่มประชากรตามสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การกินอาหารที่มีไขมันสูงและเครื่องดื่มที่มีรสหวานค่อนข้างเป็นปัญหาในกลุ่มคนรายได้สูง ขณะที่การกินเนื้อสัตว์แปรรูปและอาหารกึ่งสำเร็จรูปที่เสี่ยงต่อสุขภาพเป็นปัญหามากกว่าในกลุ่มคนรายได้น้อย ในภาพรวมคนไทยยังมีการกินผักและผลไม้ที่เพียงพอค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะเด็กอายุ 6-14 ปี

- กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การขาดการออกกำลังกาย จะทำให้การเผาผลาญพลังงานลดลง การไหลเวียนโลหิตน้อยลง ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันอ่อนแอ ทำให้เกิดโอกาสเสี่ยงการโรคกลุ่ม NCDs การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยลดโอกาสการเป็นโรคในกลุ่มนี้ เพราะการออกกำลังกายจะทำให้หัวใจแข็งแรง ช่วยให้เลือดสูบฉีดได้ดีขึ้น ภูมิคุ้มกันแข็งแรง
- การดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากจะมีผลต่อตับ ยังส่งผลต่อหัวใจ เพราะหากดื่มเกินพอดี แอลกอฮอล์จะทำให้ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นผิดจังหวะ เมื่อเกิดอาการนี้เป็นระยะเวลานานส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแอ ในขณะเดียวกันผลกระทบโดยตรงเกี่ยวกับตับหากมีการสะสมแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มาก จะนำไปสู่อาการไขมันพอกตับหรือเกิดพังผืดในตับ และทำให้เป็นโรคตับแข็งได้ และการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ราว 1 ใน 5 ของคนไทยเคยพบเห็นการโฆษณา กิจกรรมการตลาดการส่งเสริมการขายเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อย่างน้อยในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง โดยกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-24 ปี มีสัดส่วนเคยพบเห็นสูงที่สุด ถึง 1 ใน 3 พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของคนไทยมีความแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภูมิภาคที่มีอัตราการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สูงที่สุด ที่ร้อยละ 33.1และ 32.3 ตามลำดับ สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศที่ร้อยละ 280 และสูงกว่าอัตราการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในภาคใต้ราวเท่าตัวในกลุ่มนักดื่ม พบพฤติกรรมการดื่มหนักเป็นประจำมากที่สุดในภาคกลางและกรุงเทพมหานครที่ร้อยละ 16.6 และ 16.5 ตามลำดับในขณะที่นักดื่มภาคใต้ นอกจากนักดื่มจะมีสัดส่วนน้อยแล้ว ยังมีพฤติกรรมการดื่มหนักต่ำที่สุดอีกด้วย

ในด้านของสิ่งเสพติด พฤติกรรมการใช้กัญชาเป็นประเด็นที่ต้องเฝ้าระวัง ในปี 2563 ได้มีการสำรวจการใช้กัญชาในวัตถุประสงค์ต่าง ๆ พบความแตกต่างชัดเจนระหว่างเพศและวัตถุประสงค์การใช้ โดยพบว่าผู้ชายร้อยละ 14 เคยใช้กัญชาเพื่อสันทนาการในตลอดชีวิตที่ผ่านมา สูงกว่าผู้หญิงราว 18 เท่า การใช้กัญชาเป็นประเด็นที่ต้องติดตามถึงแนวโน้มการใช้ รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพ เมื่อกัญชาได้ถูกถอดออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ในปี 2565 ที่ผ่านมา

- สูบบุหรี่จัด พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการได้รับควันบุหรี่มือสองเป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ในด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า มีแนวโน้มความชุกการสูบบุหรี่ทั่วประเทศลดลงในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา แต่มีความแตกต่างสูงระหว่างภูมิภาค ในปี 2564 พบความชุกการสูบบุหรี่สูงสุดอยู่ที่ภาคใต้ที่ร้อยละ 22.4 เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศที่ร้อยละ 17.4 ในขณะที่กรุงเทพมหานครมีความชุกในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงสุดที่ร้อยละ 1.2 เปรียบเทียบกับในภาพรวมของประเทศ ที่ร้อยละ 8 และ พบว่า ร้อยละ 13.1 ของวัยทำงานในช่วงอายุ 15-24 ปี คิดว่าบุหรี่ไฟฟ้าอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ทั่วไป ซึ่งอาจส่งผลให้ตัดสินใจลองสูบบุหรี่ไฟฟ้า และในบุหรี่พบว่ามีสารพิษกว่า 4,000 ชนิด ซึ่งมีอันตรายต่อร่างกายกว่าร้อยชนิด และเป็นสารก่อมะเร็งอีก 42 ชนิด ไม่ว่าจะเป็น อะซิโตน (Acetone) ทาร์ (Tar) และที่เรารู้จักกันดีคือนิโคติน (Nicotine) เมื่อสูบบุหรี่ทุกวัน สารเหล่านี้จะไปทำลายปอดทำให้เกิดโรค เช่น ถุงลมโป่งพอง โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และโรคมะเร็งปอด นอกจากนี้โรคเบาหวาน ก็เป็นอีกหนึ่งโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่เช่นกัน
- ปัญหาสุขภาพจิตและความเครียด ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต คาดว่ามีมากถึงร้อยละ13 ของประชากรโลก ในภาพรวมตลอดช่วงชีวิตของคนจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพที่ มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตมีสัดส่วนที่สูงในกลุ่มเด็กและเยาวชน 15-29 ปี โดยเฉพาะผู้ชาย ตามมาด้วย กลุ่มเด็ก 5-14 ปี และคนวัยทำงานตอนกลาง 30-49 ปี ที่น่าสนใจ คือ แม้ผู้หญิงจะมีการสูญเสียปีสุขภาวะจากความผิดปกติทางจิตเป็นสัดส่วนต่ำกว่าผู้ชายในช่วงแรกเกิดจนถึง 49 ปี แต่พออายุ 50 ปีขึ้นไป สัดส่วนการสูญเสียดังกล่าวกลับเพิ่มสูงกว่า เมื่อเครียดร่างกายจะตอบสนองด้วยการสร้างฮอร์โมนความเครียดออกมา หรือที่เรียกว่า ฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) ส่งผลให้หัวใจเต้นถี่ขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ทั้งนี้ความเครียดยังส่งผลต่อพฤติกรรมการทานอาหารที่ทำให้บางคนทานมากเกินไป รวมทั้ง

มีพฤติกรรมแก้ปัญหาความเครียดแบบผิด ๆ เช่นการดื่มแอลกอฮอล์ การเสพยา หรือการสูบบุหรี่ ซึ่งพฤติกรรมนี้เองจะเพิ่มความเสี่ยงการเป็นโรคอ้วน โรคหัวใจ รวมถึงโรคมะเร็งด้วย

สรุปผลการดำเนินงานที่สำคัญของปีที่ผ่านมา

1. **ผลงานการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายหรือแนวทางการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรที่สำคัญ**

- พัฒนากลไกศูนย์ประสานงานสาธารณสงเคราะห์ สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร ร่วมกับ โครงการขับเคลื่อนสาธารณสงเคราะห์วิถีพุทธเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะในสังคมไทย และโครงการพระสงฆ์สาธารณสงเคราะห์เสริมสร้างสังคมสุขภาวะ ร่วมกับฝ่ายสาธารณสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม ดำเนินงานร่วมกันโดยมีกลไกศูนย์ประสานงานสาธารณะสงเคราะห์ เป็นความร่วมมือกันของหลายภาคส่วน อันได้แก่ องค์กรพระพุทธศาสนา หน่วยงานภาครัฐ มหาวิทยาลัย และประชาชนในท้องถิ่น ในการพัฒนารูปแบบการจัดการเพื่อสนับสนุนสุขภาวะ 4 มิติ และมีจุดจัดการกรณีช่วยเหลือประชาชนไทยให้ได้รับความสงบสุขทางกายและใจทั้งในยามเกิดภัยพิบัติและความทุกข์ยาก ตลอดจนสนับสนุนการดำเนินงานภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง โดยมีมติมหาเถรสมาคมครั้งที่ 19/2565 เรื่อง ขอความเห็นชอบจัดตั้งศูนย์ประสานงานฝ่ายสาธารณสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม เมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2565 โดยที่ประชุมมหาเถรสมาคมเห็นชอบการจัดตั้งศูนย์ประสานงานฝ่ายสาธารณสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคมในการช่วยเหลือพระภิกษุสามเณร และประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติต่าง ๆ ในพื้นที่แต่ละจังหวัด โดยมีวัดในฐานะพื้นที่ต้นแบบที่สร้างสังคมสุขภาวะ รวมทั้งสิ้น 44 พื้นที่
- นโยบายสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจิตในสถานประกอบการ ร่วมกับ กรมสุขภาพจิต กระทรวงแรงงาน สปสช. และสำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (สำนัก 2 สสส.) จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจิตในสถานประกอบการ ต่อ คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เพื่อกำหนดและสนับสนุนให้สถานประกอบการให้ความสำคัญกับการดูแลเรื่องสุขภาพจิตของบุคลากรในองค์กร โดยใช้ระบบ Mental Health Check-in ในการประเมินสุขภาพจิตไปพร้อมกับการตรวจสุขภาพประจำปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ปัจจุบันอยู่ระหว่างทางกระทรวงแรงงานแก้กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดสวัสดิการ ในสถานประกอบกิจการ พ.ศ. 2548 กำหนดให้การตรวจสุขภาพประจำปี ต้องมีการตรวจทั้งร่างกายและสภาวะจิตใจเป็นสวัสดิการที่กฎหมายกำหนด ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายและทิศทาง 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ที่มุ่งส่งเสริมประเด็นเรื่องสุขภาพจิตในกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่เป็นเป้าหมายหลักของแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ภาคเอกชน
- มาตรฐานองค์กรแห่งความสุข (มอส. - 2566) (Happy Workplace Standard (HWS - 2023) ร่วมส่งเสริมสุขภาวะในองค์กรควบคู่กับนโยบายการเพิ่มผลิตภาพแก่สถานประกอบการวิสาหกิจขนาดกลางและขยาดย่อม (SMEs Happy and Productive Workplace) กับกรมส่งเสริมอุตสาหกรรม ร่วมพัฒนามาตรฐานองค์กรแห่งความสุข (มอส. - 2566) (Happy Workplace Standard: HWS - 2023) เพื่อให้องค์กรใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาไปสู่องค์กรแห่งความสุข โดยนำข้อกำหนดของมาตรฐานนี้ไปกำหนดเป็นนโยบายและมีการบริหารจัดการให้เป็นไปตามนโยบายขององค์กร และเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินและขยายผลองค์กรที่ปฏิบัติสอดคล้องกับมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข โดยกรมส่งเสริมอุตสาหกรรมได้นำไปใช้เป็นมาตรฐานในการทำงานส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพให้แก่สถานประกอบการวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมทั่วประเทศ ปัจจุบันกรมส่งเสริมอุตสาหกรรมอยู่ระหว่างทดลองใช้กับองค์กร สถานประกอบการที่สนใจ จำนวน 5 แห่ง
- ร่างมาตรฐานองค์กรคุณธรรมภาคเอกชน เพื่อสนับสนุนการทำงานที่สะท้อนและวัดผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกและองค์กร ร่วมกับศูนย์คุณธรรม (องค์กรมหาชน) จัดทำมาตรฐานองค์กรคุณธรรมภาคเอกชนให้เป็น “เครื่องมือในการส่งเสริมและขับเคลื่อนคุณธรรมสำหรับองค์กร” โดยมาตรฐานด้านคุณธรรม ไม่ได้มี

จุดมุ่งหมายในการวัดหรือการประเมินองค์กรเพื่อให้คุณหรือให้โทษ แต่เป็นแนวทางเพื่อให้องค์กรได้ประเมินตนเอง เพื่อให้รู้ศักยภาพ สถานการณ์ขององค์กร และนำไปสู่การพัฒนาองค์กรที่มีการดำเนินงานอย่างมีคุณธรรมได้อย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดสังคมคุณธรรม และองค์กรที่มีความสุข (Happy Workplace)

2. **ผลงานด้านการพัฒนาชุดองค์ความรู้ งานวิชาการ นวัตกรรมสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร**
   - ร่วมกับกระทรวงแรงงานพัฒนาชุดความรู้ด้านการขับเคลื่อนองค์กรสุขภาวะ สำหรับเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน (จป.) ในรูปแบบ หลักสูตร “พัฒนาศักยภาพ จป. เพื่อเป็นผู้นำการขับเคลื่อนองค์กรสุขภาวะ”
   - ร่วมกับ กรมสุขภาพจิต พัฒนารูปแบบและขยายผลการใช้เครื่องมือโปรแกรมสติเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร เพื่อใช้ขับเคลื่อนการพัฒนางานสุขภาพจิตในมิติสร้างเสริมสุขภาพเป็นหลัก มุ่งส่งเสริมให้บุคลากรในสถานประกอบการ และโรงเรียน มีสุขภาพจิตที่ดี และมีความสุขในการทำงาน โดยการใช้โปรแกรมสร้างสุขด้วยโปรแกรมสติในองค์กรเป็นการพัฒนาจิตแนวใหม่
   - ร่วมกับ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พัฒนาองค์ความรู้ “มหาวิทยาลัยชีวิตต้นแบบเพื่อการพัฒนากำลังคนที่เป็นกลุ่มวัยทำงานของประเทศภายใต้บริบทองค์กรสุขภาวะและวิถีใหม่” เพื่อใช้เป็นโมเดลในการขับเคลื่อนการพัฒนามหาวิทยาลัยเพื่อให้สามารถพัฒนากำลังคนกลุ่มวัยทำงานอย่างเท่าทัน มีความพร้อมทั้งความรู้ สมรรถนะสุขภาวะองค์รวมและความมั่นใจ ที่จะสามารถเผชิญกับภาวะอุบัติใหม่ต่าง ๆ ได้อย่างเท่าทัน มีประสิทธิภาพ
   - ร่วมกับสำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค และหอการค้าไทย พัฒนามาตรฐานศูนย์ส่งเสริมสุขภาพคนวัยทำงานที่ดี (Wellness Center) ส่งเสริมให้สถานประกอบการมีจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพคนวัยทำงานที่ดี (Wellness Center) ในสถานประกอบการ เพื่อทำหน้าที่ประเมินสถานะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และคัดกรองความเสี่ยงด้านต่าง ๆ เช่น คัดกรองโรคและความเสี่ยงสุขภาพต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อ ความเสี่ยงต่อการติดยาเสพติด และคัดกรองปัญหาสุขภาพจากการประกอบอาชีพ

3. **การพัฒนาภาคีเครือข่ายองค์กรสุขภาวะ**

จากการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาวะองค์กร ร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้มีเครือข่ายองค์กรสุขภาวะที่เข้าร่วม จำนวน 2,159 แห่ง ซึ่งเป็นเครือข่ายทั้งใหม่และเก่า อาทิเช่น ร่วมกับ กรมส่งเสริมอุตสาหกรรมพัฒนาสถานประกอบการในกลุ่ม SMEs ให้เป็นองค์กรสุขภาวะ สมาคมขนส่งและโลจิสติกไทยส่งเสริมสถานประกอบการในกลุ่มขนส่ง กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานพัฒนาเจ้าหน้าความปลอดภัยวิชาชีพ เครือข่ายขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560 และภายใต้บันทึกความร่วมมือเพื่อการพัฒนาแผนแม่บทการสร้างเสริมสุขภาวะในกลุ่มโรงเรียนพระปริยัติธรรมแผนกสามัญส่งเสริมสุขภาวะแก่สามเณรทั่วประเทศมีโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษากว่า 403 โรงเรียนใน 14 เขตการศึกษาทั่วประเทศ เป็นต้น

ทิศทางและเป้าหมายของแผนสร้างเสริมสุขภาวะองค์กร

แผนสร้างเสริมสุขภาวะองค์กร มีวิสัยทัศน์ “องค์กรมีวิถีชีวิต สังคมและสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาวะที่ดี” โดยมีเป้าหมายยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน คือ การส่งเสริมและพัฒนาให้องค์กรเครือข่ายสุขภาวะมีความเข้มแข็งรองรับการส่งเสริมสุขภาวะเชิงประเด็นของ สสส. ได้แก่ การรณรงค์เรื่องยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์สิ่งเสพติด ส่งเสริมเรื่องการมีโภชนาการที่ดี กิจกรรมทางกาย อุบัติเหตุบนท้องถนน ปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น โดยใช้แนวคิดองค์กรสุขภาวะ (Happy Workplace) และความสุขพื้นฐานแปดประการ (Happy 8) เป็นแนวทางการการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร มุ่งเน้นการสานเสริมพลังภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และชุมชนครอบคลุมบุคลากรในระบบนิเวศขององค์กร โดยสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรม งานวิชาการและความรู้ พัฒนาศักยภาพของบุคคล องค์กร และชุมชน พัฒนาและสนับสนุนให้มีนโยบายสาธารณะ หรือมาตรการด้านการสร้างเสริม

สุขภาวะในองค์กร พัฒนาระบบข้อมูลและการจัดการความรู้ การกำกับติดตามและประเมินผล การสื่อสาร รณรงค์และชี้แนะสังคมเพื่อสร้างความเข้าใจและบรรลุเป้าหมายร่วมกัน โดยมีเป้าหมายใน ระยะ 10 ปี เพื่อให้คนวัยทำงานมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จุดเน้นของแผน

1. **สนับสนุนการสร้างความเข้มแข็งภาคีเครือข่าย [105] ทั้งในระดับบุคคล และองค์กร (Impact)** โดยดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายยุทธศาสตร์ อาทิ การจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการส่งเสริมแนวคิดมหาวิทยาลัยสร้างสุขให้เป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานกลางการประเมินตามเกณฑ์คุณภาพการศึกษาเพื่อการดำเนินการที่เป็นเลิศ (Education Criteria for Performance Excellence: EdPEx) ของกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ร่วมกับเครือข่ายมหาวิทยาลัยสร้างสุข และจัดทำหลักเกณฑ์การพิจารณารางวัลสถานประกอบกิจการและรัฐวิสาหกิจดีเด่นด้านสุขภาวะในองค์กรระดับประเทศร่วมกับกระทรวงแรงงาน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในระดับนโยบายในระยะยาวต่อไป
2. **สนับสนุนให้เกิดการขยายผล [106] การดำเนินงานองค์กรสุขภาวะไปสู่ผู้รับประโยชน์และเครือข่าย (Scale up)** โดยเน้นการขยายฐานผู้รับประโยชน์ทั้งระดับบุคคลและองค์กรทั้งทางตรงและทางอ้อม อาทิ บุคลากร ชุมชนและองค์กรที่มีศักยภาพและความพร้อมในการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายองค์กรสุขภาวะที่ผ่านมา เพื่อให้การขับเคลื่อนองค์กรสุขภาวะเกิดประโยชน์สูงสุดและเกิดผลเป็นรูปธรรม
3. **สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี ของ สสส. (พ.ศ. 2565 – 2574) (Alignment)** โดยวางแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome) ของแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) ร่วมกับภาคีเครือข่าย และจะพัฒนาต้นแบบองค์กรสุขภาวะตามประเด็นทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) เพื่อพัฒนาและถอดแนวทางการดำเนินงานเพื่อขยายผลในระยะต่อไป
4. **สนับสนุนให้เกิดกลไกในการขับเคลื่อนงานองค์กรสุขภาวะเพื่อให้เกิดความยั่งยืน (Sustainability)** โดยเน้นการทำงานร่วมกับภาคียุทธศาสตร์สำคัญ [107] ในการผลักดันเกิดกลไกเพื่อสนับสนุนการทำงานองค์กรสุขภาวะในระยะยาว อาทิ นโยบายหรือมาตรการที่สนับสนุนการทำงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรทั้งระดับประเทศหรือระดับองค์กร กลไกสนับสนุนการสร้างและพัฒนาศักยภาพนักสร้างสุขของค์กรหรือแกนนำนักสร้างสุขรุ่นใหม่ ๆ การจัดทำฐานข้อมูลเพื่อสนับสนุนการทำงานในระดับองค์กร รวมทั้งสนับสนุนให้กลไกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมีความเข้มแข็งและสามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่องได้ในระยะยาว
5. **สนับสนุนการใช้นวัตกรรม เทคโนโลยี เพื่อสร้างคุณค่าและยกระดับงานสร้างเสริมองค์กรสุขภาวะ (Innovation)** เพื่อให้เกิดความรวดเร็ว ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ และแนวทางการดำเนินงานองค์กรสุขภาวะในวงกว้าง โดยการพัฒนาระบบดิจิทัลแพลตฟอร์ม (digital platform) สนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมองค์กรสุขภาวะ เพื่ออำนวยความสะดวกเพื่อการส่งเสริม สนับสนุน เผยแพร่ แลกเปลี่ยนเรียนรู้งานสร้างเสริมสุขภาวะองค์กรระหว่างองค์กรและภาคีเครือข่าย เชื่อมโยงความร่วมมือ รองรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะองค์กรให้แก่องค์กรและภาคีเครือข่ายที่สนใจ

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

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

107 ภาคียุทธศาสตร์ (ฉ.) หมายถึง บุคคล กลุ่มบุคคล องค์กร หน่วยงาน ที่ร่วมสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่ายซึ่งมีบทบาทสำคัญในการชี้นำสังคม กำหนดทิศทาง หรือมีบทบาทขับเคลื่อนนโยบาย ทิศทางการพัฒนาประเทศ (คู่มือนิยามศัพท์ของ สสส.)

เป้าหมายการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก

1 การผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบาย และ/หรือ มาตรการ และ/หรือแผนปฏิบัติงาน และ/หรือแนวทางการดำเนินงานที่สนับสนุนให้เกิดการขยายผลงานองค์กรสุขภาวะระดับประเทศ จำนวนไม่น้อยกว่า 2 เรื่อง ได้แก่ 1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการส่งเสริมแนวคิดมหาวิทยาลัยสร้างสุขให้เป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานกลางการประเมินตามเกณฑ์คุณภาพการศึกษาเพื่อการดำเนินการที่เป็นเลิศ (Education Criteria for Performance Excellence: EdPEx) 2. หลักเกณฑ์การพิจารณารางวัลสถานประกอบกิจการและรัฐวิสาหกิจดีเด่นด้านสุขภาวะในองค์กรระดับประเทศร่วมกับกระทรวงแรงงาน

2 การขยายผลองค์กรสุขภาวะ (Happy Workplace) ตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ในเครือข่ายใหม่เพิ่มจากฐานเดิมในปี 2566 ไม่น้อยกว่า

ไม่น้อยกว่า
1,500 องค์กร

3 ระบบดิจิทัลแพลตฟอร์ม (digital platform) สนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมองค์กรสุขภาวะที่พร้อมใช้งาน จำนวน **1 ระบบ**

4 ต้นแบบศูนย์ขยายและพัฒนาองค์กรสุขภาวะในกลุ่มสถานประกอบการวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม

ไม่น้อยกว่า
2 แห่ง

5 การสำรวจและจัดทำข้อมูลสุขภาวะของข้าราชการ และบุคลากรกรุงเทพมหานคร

ไม่น้อยกว่า
4 เขต

จำนวน 1 ชุดข้อมูล และมีการดำเนินงานส่งเสริมงานสุขภาวะองค์กรให้แก่ข้าราชการ และบุคลากรกรุงเทพมหานคร จำนวน **ไม่น้อยกว่า 2 เขต**

ตัวชี้วัดร่วม

การนำใช้ข้อมูล นวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อดำเนินการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาวะทั้ง 4 มิติ และสนับสนุนการทำงานเชิงพื้นที่ องค์กร กลุ่มประชากร และระบบบริการสุขภาพ ในพื้นที่ 30 องค์กรใหม่ (ปี 2567) และมีผลการติดตามถอดบทเรียนใน 20 องค์กรเดิม (ปี 2566)

วัตถุประสงค์

1. สนับสนุนให้องค์กรมีนโยบายสาธารณะ มาตรการ หรือแผนงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งในระดับภาคีที่กำกับดูแล ยุทธศาสตร์และระดับองค์กร
2. ส่งเสริมให้เกิดองค์ความรู้ งานวิชาการ ที่สนับสนุนการทำงานสร้างเสริมสุขภาวะประเด็นต่าง ๆ ในองค์กร ตลอดจนฐานข้อมูลองค์กรสุขภาวะเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน
3. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่าย และการสร้างเครือข่ายภายในและระหว่างกลุ่มองค์กร
4. สนับสนุนการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพตามทิศทางเป้าหมาย 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ในประเด็น (1) ลดอัตราการบริโภคบุหรี่ (2) ลดอัตราการบริโภคสุราและยาเสพติด (3) เพิ่มสัดส่วนการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพอย่างสมดุล (4) เพิ่มสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ (5) ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน (6) เพิ่มสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตดี (7) ลดผลกระทบสุขภาพจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อม และ (8) เตรียมพร้อมรับปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น
5. สนับสนุนการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

แนวทางการดำเนินงาน



กลุ่มเป้าหมาย

1. กลุ่มองค์กรภาคสาธารณะ ครอบคลุมบุคลากร ครอบครัวและผู้รับบริการ ในองค์กรข้าราชการบุคลากร ครอบครัวและกลุ่มนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัย พระสงฆ์ พุทธบริษัทสี่ และชุมชนที่เกี่ยวข้องในองค์กรพระพุทธศาสนา
2. กลุ่มองค์กรภาคเอกชน ครอบคลุมบุคลากร ครอบครัว และชุมชนที่เกี่ยวข้อง ในกลุ่มภาคเอกชนที่แสวงหากำไร อันได้แก่ สถานประกอบการ ภาคอุตสาหกรรม การค้าและบริการ ทั้งขนาดใหญ่ วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม และกลุ่ม ภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร เช่น องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรการกุศล หรือ องค์กรสาธารณประโยชน์

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

1. สร้างเสริมศักยภาพเครือข่ายองค์กรสุขภาวะและสนับสนุนนโยบายด้านการ สร้างเสริมคุณภาพชีวิตขององค์กรที่เอื้อต่อการเป็นองค์กรสุขภาวะ
2. พัฒนาให้เกิดองค์กรสุขภาวะและสนับสนุนองค์กรให้เป็นฐานรองรับการ สร้างเสริมสุขภาวะตามยุทธศาสตร์ของ สสส.
3. ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในองค์กรให้ตระหนักถึงความ สำคัญด้านการสร้างคุณภาพชีวิตของบุคลากรในองค์กรและการมีสุขภาพที่ดี
4. สนับสนุนชุดความรู้ นวัตกรรม การจัดการความรู้ที่ใช้ขับเคลื่อนงานองค์กร สุขภาวะที่มีการนำไปใช้ขยายผลในองค์กร
5. ส่งเสริมการสื่อสารประชาสัมพันธ์งานองค์กรสุขภาวะในภาคีเครือข่ายองค์กร สุขภาวะและผู้ที่เกี่ยวข้อง

ภาคีหลัก

กลุ่มองค์กรภาคสาธารณะ เช่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มข้าราชการพลเรือน เครือข่ายกองทัพ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม

กลุ่มองค์กรภาคเอกชน เช่น สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย สภาหอการค้า แห่งประเทศไทย สมาคมการจัดการงานบุคคลแห่งประเทศไทย สมาคมบริษัท จดทะเบียนไทย ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย กลุ่มอุตสาหกรรมไฟฟ้า อิเล็กทรอนิกส์และโทรคมนาคมไทย กลุ่มอุตสาหกรรมแฟชั่น กลุ่มอุตสาหกรรม บรรจุภัณฑ์ กลุ่มอุตสาหกรรมเครื่องเรือนและเฟอร์นิเจอร์ สถานประกอบการ ภาคธุรกิจ เครือข่ายแรงงานสัมพันธ์ และศูนย์คุณธรรม(องค์การมหาชน)

กลุ่มวิชาการ เช่น สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สถาบันบัณฑิต พัฒนบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร เป็นต้น

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภาคสาธารณะ	70.00
กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภาคเอกชน	75.00
การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	5.00
รวม	**150.00**



แผน 9

แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

สถานการณ์ที่สอดคล้องกับการดำเนินงานของแผน

การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (Physical Inactivity) เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ 1ใน 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 คิดเป็นอัตราตายด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อชั่วโมงละ 37 คน [108] (การประชุมมหกรรมสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อ NCDs Forum, 2018) กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ก่อผลกระทบทางเศรษฐกิจทั้งในเรื่องของภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และผลิตภาพของประชากรที่สูญเสียไป ประเทศไทยมีการประเมินความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจาก กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ใน 4 กลุ่มโรคหลัก (ไม่รวมภาวะทางสุขภาพจิต) พบว่า ในปี 2552 มีมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งสิ้น 198,512 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 2.2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ หรือคิดเป็นมูลค่า 3,128 บาทต่อหัวประชากร

การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยองค์การอนามัยโลกแนะนำว่า ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 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) ควรมีกิจกรรม

108 Hfocus. (2561). “คนไทยตายด้วยโรค NCDs ชั่วโมงละ 37 คน เร่งป้องกัน-ควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน”. Hfocus. เข้าถึงได้จาก https://www.hfocus.org/content/2018/08/16157

ทางกายอย่างน้อย 180 นาทีต่อวัน และเด็กปฐมวัย (อายุ 3-4 ปี) ควรมีกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 180 นาทีต่อวัน โดยมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางถึงหนักอย่างน้อย 60 นาทีต่อวัน

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)

ทั้งนี้เมื่อเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในเดือนตุลาคม 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 รวมถึงกลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจและการทำงานจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีความชัดเจนว่าปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีส่วนสำคัญในการกำหนดความเหลื่อมล้ำทางด้านกิจกรรมทางกายที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไข เพื่อให้ประชากรทุกกลุ่มวัยมีโอกาสในการได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพออย่างเท่าเทียม

แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย สสส. ร่วมขับเคลื่อนแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับชาติ พ.ศ. 2561-2573 ซึ่งเป็นแผนระดับชาติ จึงสอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน ได้แก่ 1. ส่งเสริมกิจกรรมทางกายทุกกลุ่มวัย 2. ส่งเสริมกิจกรรมทางกายทุกพื้นที่ และ 3. พัฒนาระบบสนับสนุน ซึ่งแผนระดับชาตินี้มีความสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการระดับโลก ขององค์กรอนามัยโลก ทั้งยังมีความสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) ซึ่งเป็นแผนหลักของการพัฒนาประเทศและเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน รวมทั้งการปรับโครงสร้างประเทศไทย 4.0

สถานการณ์กิจกรรมทางกายระดับประเทศตลอด 10 ปีที่ผ่านมา ผลจากการติดตามและเฝ้าระวังโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สสส. และกระทรวงสาธารณสุขแสดงให้เห็นว่า ภาพรวมระดับประเทศทิศทางการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อัตราการเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละประมาณร้อยละ 1.03 โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น คือ จากร้อยละ 66.3 ในปี 2555 (ปีฐานของการสำรวจ) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 74.6 ในปี 2562 (ก่อนสถานการณ์โควิด-19) อย่างไรก็ตาม ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในปี 2563 ด้วยข้อจำกัดในการใช้ชีวิตดังที่เคยเป็นตามปกติ ส่งผลให้ระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของคนไทยในภาพรวมลดลงเหลือเพียง ร้อยละ 54.3 โดยต่อมาในปี 2564 ระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของคนไทยในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากปีก่อนเล็กน้อย เป็นร้อยละ 63.0 ซึ่งเป็นผลจากการที่ สสส. และภาคีเครือข่ายร่วมรณรงค์ส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่บ้าน (Fit from Home) จากนั้นปี 2565 ระดับกิจกรรมทางกายเพียงพอของประชากรไทยลดลงมาเล็กน้อย อยู่ที่ร้อยละ 62

เมื่อพิจารณาสถานการณ์พฤติกรรมเนือยนิ่งของประชากรไทย จะพบว่าในช่วงปี 2555-2564 พฤติกรรมเนือยนิ่งของประชากรไทยอยู่ที่ประมาณ 13 ชั่วโมงต่อวันมาโดยตลอด แต่ในปี 2564 ที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-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

การดำเนินงานที่สำคัญที่ผ่านมา

แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย มีการดำเนินงานเป็นไปตามพันธกิจของ สสส. ในการ “จุดประกาย กระตุ้น สานและเสริมพลังบุคคล ชุมชนและองค์กรทุกภาคส่วนให้มีขีดความสามารถและสร้างสรรค์ระบบสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี” ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาแผนได้พัฒนาฐานข้อมูล องค์ความรู้ทางวิชาการ และนวัตกรรมเพื่อให้ภาคีเครือข่ายร่วมขับเคลื่อนงานกิจกรรมทางกายได้มีข้อมูลที่ถูกต้องเชื่อถือได้นำไปพัฒนาต่อยอดการดำเนินงานไปพร้อมกับข้อมูลเพื่อสื่อสารสาธารณะ และเพื่อการขับเคลื่อนงานระดับนโยบาย โดยในปีที่ผ่านมา แผนฯ ได้ร่วมจัดประชุมวิชาการด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทยขึ้นเป็นครั้งแรก เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2566 ก่อให้เกิดเครือข่ายความร่วมมือระดับนักวิจัยและนักวิชาการระดับประเทศ ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นส่งเสริมกิจกรรมทางกายอย่างกว้างขวาง ที่สำคัญ การประชุมในครั้งนี้ก่อให้เกิดความร่วมมือในระดับนโยบายเพื่อการผลักดันให้เกิด “ยุทธศาสตร์ส่งเสริมกิจกรรมทางกายเด็กและเยาวชนไทย” ที่เป็นแผนที่จะช่วยสนับสนุนแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573 ให้มีแนวทางส่งเสริมกิจกรรมทางกายกลุ่มเด็กและเยาวชนอย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ ความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายด้านการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะ ภายใต้แผนฯ ที่มีองค์ความรู้ด้านวิชาการ ฐานข้อมูลและต้นแบบ ส่งผลให้การขับเคลื่อนงานพื้นที่สุขภาวะในปี 2566 เกิดการขยายผล และความร่วมมือในระดับนโยบายอย่างเด่นชัด ขอยกตัวอย่าง 2 กรณี ได้แก่ 1) การขับเคลื่อนร่วมกับนโยบายสวน 15 นาทีของกรุงเทพมหานครที่มีการระดมภาคีเครือข่ายภาควิชาการ และภาคประชาสังคมภายใต้แผนฯ เข้าไปร่วมขับเคลื่อนกับ กทม. ทั้งในด้านองค์ความรู้ กระบวนการและฐานข้อมูลสำคัญ ส่งผลให้เป็นส่วนหนึ่งในการขยายผลนโยบายระดับท้องถิ่นของ กทม. เกิดเป็นรูปธรรม และนำไปแลกเปลี่ยนเพื่อนำความรู้จากการทำงานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐไปนำเสนอในเวทีสมัชชาสุขภาพครั้งที่ผ่านมา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และสามารถขยายผลไปได้ทั่วประเทศ 2) ความร่วมมือในการนำแนวคิดกระบวนการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะร่วมกับจังหวัดระยอง ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนเกิดเป็น “Healthy Rayong” ตอบโจทย์เมืองสุขภาวะ 6 ด้าน สิ่งแวดล้อมดี-อาหารปลอดภัย-เสริมกิจกรรมทางกาย-เข้าถึงบริการสุขภาพเท่าเทียม-สร้างสัมพันธ์-เพิ่มพื้นที่สีเขียว ยกระดับ จังหวัดระยอง สู่การเป็นต้นแบบเมืองสุขภาวะแห่งการเรียนรู้

จุดเน้นของแผน

แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย มีการกำหนดทิศทางการดำเนินงานให้เป็นไปตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ของ สสส. และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ระดับชาติ พร้อมทั้งจากสถานการณ์ปัจจุบันที่ประชากรไทยทุกกลุ่มวัยมีระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอลดลง ร่วมกับพฤติกรรมเนือยนิ่งสูงขึ้น แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายในช่วง 5 ปี (2566-2570) จึงมีเป้าหมายที่สำคัญเพื่อฟื้นฟูระดับการมีกิจกรรมทางกายของคนไทยทุกช่วงวัยและทุกระดับให้กลับคืนมา โดยกำหนดค่าเป้าหมายในการทำงานอ้างอิงตามค่าเป้าหมายทั้งในระดับชาติ และนานาชาติ ตามข้อตกลงที่ประเทศไทย

ตกลงไว้ในสนธิสัญญาและแผนเชิงยุทธศาสตร์ต่าง ๆ รวมไปถึงกระตุ้นการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของคนไทย โดยมุ่งเน้นการทำงานให้มีความสอดคล้องและสนับสนุนการปรับตัวต่อชีวิตวิถีใหม่ของประชาชน โดยกำหนดจุดเน้นการดำเนินงานปี 2566 ที่สอดคล้องทิศทางระยะ 10 ปี และ 5 ปี ของแผนฯ รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การส่งเสริมประชาชนให้เกิดความรอบรู้ด้านกิจกรรมทางกายเพื่อป้องกันหรือลดการเกิดโรคไม่ติดต่อ เป็นการสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชนด้านความรู้ ความเข้าใจเพื่อมุ่งหวังให้เกิดการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการมีวิถีชีวิตสุขภาวะของประชาชน การพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ให้เท่าทันสถานการณ์ปัจจุบัน พัฒนาฐานข้อมูล ไปพร้อมกับการวิจัยพัฒนานวัตกรรม เพื่อให้เกิดทางเลือกในการเพิ่มกิจกรรมทางกายเพียงพอและลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง จึงเป็นระบบสนับสนุนที่แผนให้ความสำคัญ โดยในปี 2567 แผนฯ มุ่งพัฒนาปรับปรุงองค์ความรู้ ข้อแนะนำ ประโยชน์ และตัวอย่างกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายทุกช่วงวัยและกลุ่มเปราะบาง นอกจากนี้ การพัฒนาฐานข้อมูล หลักฐานเชิงประจักษ์ในประเด็นพฤติกรรมเนือยนิ่ง เป็นอีกส่วนสำคัญที่ต้องวางรากฐานเพื่อที่จะสร้างความรอบรู้ให้กับประชาชน
2. พัฒนากลไกเครือข่ายความร่วมมือและเสริมสร้างความเข้มแข็ง ชุมชน และเครือข่ายวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นการขยายแนวคิด องค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายให้ขยายไปสู่ระดับหน่วยงาน พื้นที่ให้ครอบคลุมพร้อมสนับสนุนประชาชนทุกกลุ่ม ทุกพื้นที่
3. สร้างโอกาสเปิดพื้นที่ให้ประชาชนทุกกลุ่มมีกิจกรรมทางกายเพียงพออย่างเหมาะสม เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในสังคม เป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่องค์การอนามัยโลกแนะนำแต่ละประเทศสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมมวลชนทั้งในระดับใหญ่หรือในระดับชุมชน เพื่อเป็นการจุดประกาย กระตุ้น เป็นแรงบันดาลใจให้ประชาชนแต่ละกลุ่มมีโอกาสเข้าถึงกิจกรรมที่เหมาะสม แผนฯ จึงมุ่งเน้นพัฒนาแนวทางบูรณาการความร่วมมือเพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงกิจกรรมที่สามารถมีกิจกรรมทางกายเพียงได้

เป้าหมายการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก

1 ชุดคู่มือสื่อสารเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายในทุกกลุ่มวัย และประชากรกลุ่มเปราะบาง

2 แนวทางการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเนือยนิ่ง (ข้อแนะนำการลดพฤติกรรมเนือยนิ่งและแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อลดพฤติกรรมเนือยนิ่งของแผน) ในแต่ละกลุ่มวัย (กลุ่มวัยเด็กและเยาวชน วัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ)

3 การพัฒนาข้อเสนอนโยบายสาธารณะเพื่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

ไม่น้อยกว่า **1 กรณี**

และเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4 ความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการวางแผนการจัดกิจกรรมรณรงค์รูปแบบชีวิตใหม่ที่มีมาตรฐานความปลอดภัยในการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างค่านิยมในระดับสาธารณะในการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

ไม่น้อยกว่า **3 กิจกรรมต้นแบบ**

(ขนาดใหญ่ กลาง เล็ก)

ตัวชี้วัดร่วม

การนำใช้ข้อมูล นวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อดำเนินการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาวะทั้ง 4 มิติ และสนับสนุนการทำงานเชิงพื้นที่ องค์กร กลุ่มประชากร และระบบบริการสุขภาพ ในพื้นที่ 30 องค์กรใหม่ (ปี 2567) และมีผลการติดตามถอดบทเรียนใน 20 องค์กรเดิม (ปี 2566)

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 ที่มีการใช้พลังงานต่ำในระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.5 METs มักเกิดขึ้นระหว่างการนั่ง หรือเอนนอน เช่น การนั่งหน้าจอโทรทัศน์หรือคอมพิวเตอร์นานเกินไป การนั่งทำงานนานเกินไป ในระดับสากลใช้เกณฑ์การมีพฤติกรรมเนือยนิ่งติดต่อกันเกิน 2 ชั่วโมง ถือว่ามีความเสี่ยงต่อสุขภาพ และเมื่อสะสมทั้งวันแล้ว ไม่ควรเกินกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน
3. **พื้นที่สุขภาวะ (Healthy space)** หมายถึง พื้นที่ทั้งของภาครัฐและภาคเอกชน ที่ได้รับการพัฒนาสภาพแวดล้อม (Environment) ขึ้นตามบริบทของพื้นที่อย่างมีส่วนร่วมโดยภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เป็นพื้นที่สร้างสรรค์โอกาสการเข้าถึง และใช้งานได้อย่างอเนกประโยชน์บนฐานของความเท่าเทียม ที่จะนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพของผู้คนทั้งด้านกาย และจิต รวมไปถึงคุณภาพชีวิตที่ดีในเชิงสังคม
4. **เมืองที่เอื้อต่อการเดินและการใช้จักรยาน (Walkable & Cyclable City)** หมายถึง เมือง หรือ ชุมชนที่มีนโยบายส่งเสริมการเดิน และการใช้จักรยานในชีวิตประจำวันของประชาชน ด้วยการออกแบบและจัดการทั้งด้านกายภาพ เช่น ระบบการคมนาคม ความปลอดภัย ความสะดวก ความสวยงาม และการจัดการด้านสังคม วัฒนธรรม เช่น ความรู้สึกมีส่วนร่วม อัตลักษณ์ของพื้นที่
5. **กิจกรรมกีฬาที่ปลอดเหล้าปลอดบุหรี่** หมายถึง กิจกรรมการแข่งขันกีฬาทั้งระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับท้องถิ่น ที่ประกาศใช้มาตรการปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ใน และรอบสนามกีฬา โดยมีการสื่อสารรณรงค์ไปถึงกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ชมกีฬา (ทั้งที่ชมในสนามและชมจากการถ่ายทอดทางสื่อ) ผู้เล่นกีฬา กรรมการตัดสิน ผู้สนับสนุน ผู้จัด และชุมชนรอบสนามกีฬา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมความรู้ ความตระหนัก และโอกาส เพื่อให้บุคคลทุกกลุ่มและทุกช่วงวัยได้ตระหนักถึงการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอและลดพฤติกรรมเนือยนิ่งที่ส่งผลต่อภาวะโรคไม่ติดต่อ (NCDs)
2. เพื่อสร้างค่านิยมและบรรทัดฐานของสังคมให้เห็นและเข้าใจถึงประโยชน์ของการมีกิจกรรมทางกาย และเกิดการยกระดับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการดำเนินงาน
3. เพื่อส่งเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายสำหรับคนทุกกลุ่มทุกช่วงวัย ให้มีกิจกรรมทางกายในวิถีชีวิตใหม่

4. เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการทำงานด้านส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้เกิดประสิทธิภาพ

แนวทางการดำเนินงานตามกลุ่มแผนงาน

ขอบเขตการดำเนินงาน

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

กลุ่มเป้าหมายเชิงพื้นที่การดำเนินงาน (setting) ได้แก่ บ้าน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สถานศึกษา สถานประกอบการ ศาสนสถาน พื้นที่ละแวกบ้าน พื้นที่ชุมชน พื้นที่ย่านเมือง และพื้นที่สาธารณะอื่น ๆ รวมไปถึงพื้นที่ออนไลน์

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

1. การสนับสนุนภาคีภาคนโยบาย ภาคประชาสังคม และภาควิชาการในการเร่งรณรงค์เพื่อสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก และการทราบถึงประโยชน์ของการมีกิจกรรมทางกายทั้งทางตรงและทางอ้อมเพื่อให้เกิดบรรทัดฐานของสังคมที่กระฉับกระเฉงไม่เนือยนิ่ง
2. การส่งเสริมและทำงานร่วมกับภาคีเชิงยุทธศาสตร์ระดับกระทรวงเพื่อยกระดับแนวทางการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในวิถีชีวิตแบบ Next Normal ในประชากรทุกกลุ่ม
3. การพัฒนาและขยายผลต้นแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในพื้นที่ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชากรทุกกลุ่มวัย เพื่อให้เกิดโอกาสในการเข้าถึงและมีประสบการณ์ตรงในการมีกิจกรรมทางกายในระดับวิถีชีวิต
4. การสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบสนับสนุนการทำงานด้านส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในแง่มิติของฐานข้อมูล งานวิจัย นวัตกรรม กลไกการขับเคลื่อนนโยบาย รวมถึงการวิเคราะห์และจัดการความเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงและอุบัติการณ์ในสังคม

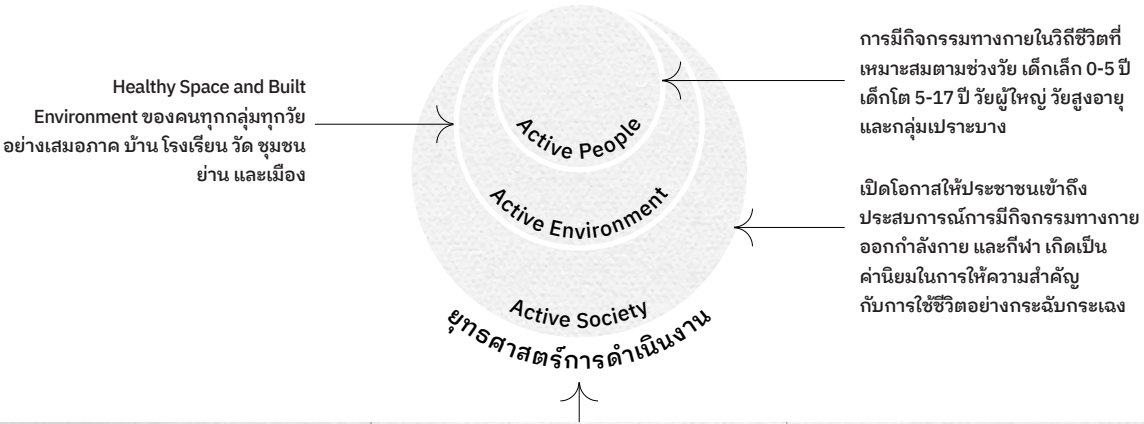
แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย กำหนดให้มี ยุทธศาสตร์ 3 Actives ขึ้นเพื่อเป็นยุทธศาสตร์หลักในการทำงานด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยยุทธศาสตร์ดังกล่าวมุ่งเน้นให้เกิดผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินงานให้สนับสนุนและสอดคล้องกับห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcomes) ตามเป้าหมาย 10 ปีของ สสส. โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. **Active People:** ส่งเสริมให้คนกระฉับกระเฉง ผ่านการส่งเสริมความรู้ ความตระหนัก และโอกาสเพื่อให้บุคคลทุกกลุ่มและทุกช่วงวัย มีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ โดยส่งเสริมและกระตุ้นปัจจัยภายในตัวบุคคลให้มีความรอบรู้ทางกาย (Physical Literacy) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการออกแบบและสร้างโอกาสในการมีกิจกรรมทางกายในวิถีชีวิตที่เหมาะสมตามช่วงวัย
2. **Active Environment:** สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย เป็นการจัดปัจจัยกระตุ้นจากภายนอก (Extrinsic Factor) มุ่งเน้นการจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย ไม่ว่าจะเป็นการจัดการสภาพแวดล้อมในโรงเรียนทั้งโปรแกรมการเรียนการสอน การส่งเสริมการสัญจรที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉงสำหรับประชากรทุกกลุ่ม การสร้างผังเมืองที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายและนันทนาการ การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในสถานที่ทำงาน และการจัดการสภาพแวดล้อมในชุมชนให้ประชาชนเข้าถึงการส่งเสริมกิจกรรมทางกายได้อย่างเท่าเทียมและทั่วถึง
3. **Active Society:** สังคมกระฉับกระเฉง เป็นการสร้างค่านิยมของสังคมที่เห็นและเข้าใจถึงประโยชน์ของการมีกิจกรรมทางกาย และการยกระดับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดบรรทัดฐานของสังคมที่กระฉับกระเฉงไม่เนือยนิ่ง โดยการสรรสร้างปัจจัยเอื้อและสนับสนุนให้เกิดการเชื่อมต่อระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยสภาพแวดล้อมภายนอกอย่างเหมาะสมตามบริบทสังคม กระทั่งกลายเป็นสังคมสุขภาวะ (Healthy Society) ที่มีการรับรู้ ทราบถึงประโยชน์ และค่านิยมในการให้ความสำคัญกับการใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉงไม่เนือยนิ่ง

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

กรอบแนวคิดเชิงยุทธศาสตร์แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (Conceptual Framework)

เป้าหมาย 10 ปี	ประชาชนมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ และลดภาวะการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อ (NCDs)
เป้าหมาย 5 ปี	ประชาชนมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง



ระบบสนับสนุนด้านองค์ความรู้ งานวิจัย นวัตกรรมและฐานข้อมูล	ระบบสนับสนุนด้านนโยบายเพื่อการพัฒนาข้อเสนอและการขับเคลื่อนนโยบาย	ระบบสนับสนุนด้านการสื่อสารเพื่อสร้างสังคมกระฉับกระเฉง

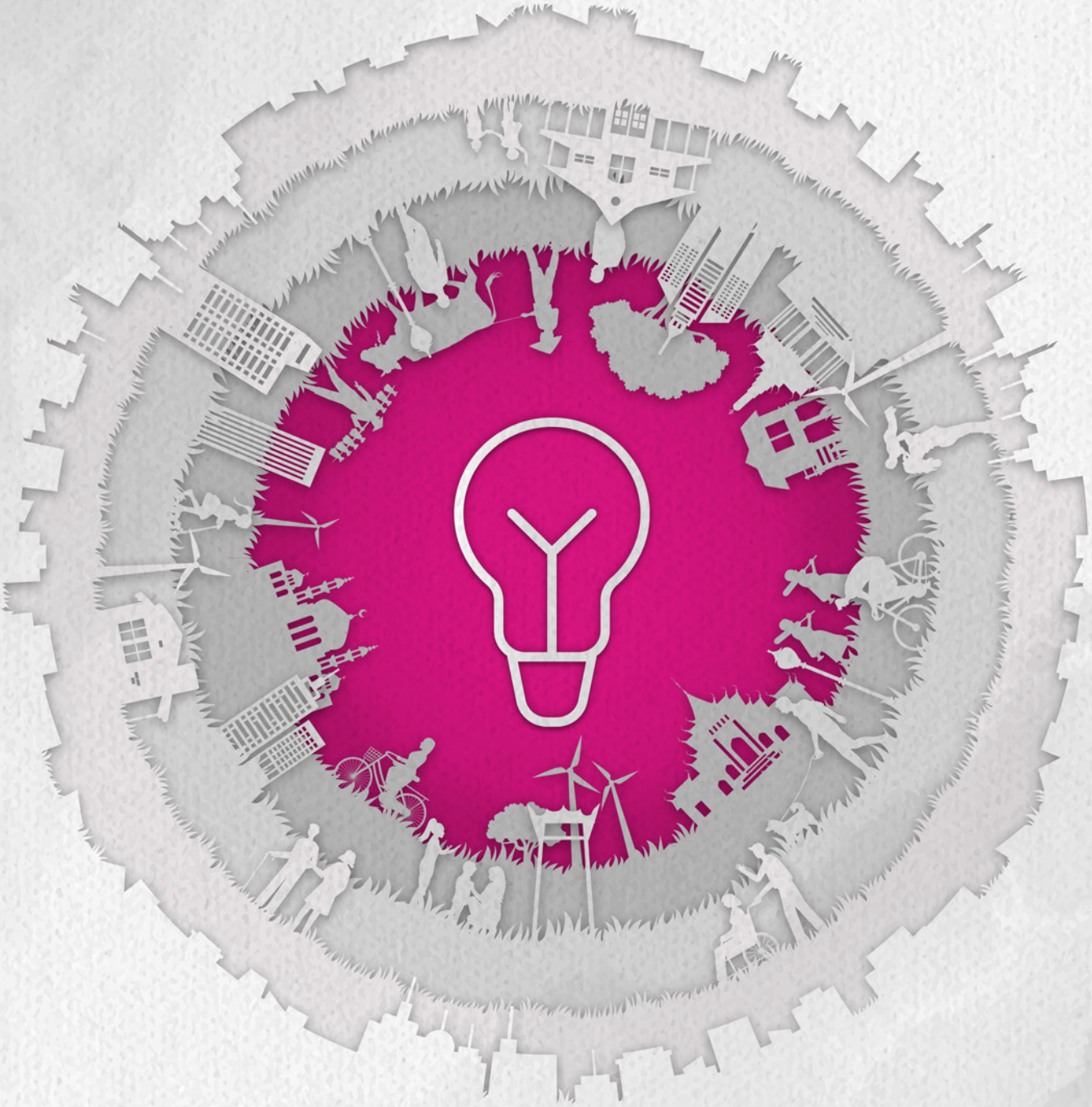
กรอบแนวคิดเชิงยุทธศาสตร์แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (Conceptual Framework) มียุทธศาสตร์สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) การส่งเสริมให้คนมีวิถีชีวิตกระฉับกระเฉง (Active People) 2) การจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย (Active Environment) 3) ส่งเสริมสังคมที่กระฉับกระเฉง (Active Society) ทั้งนี้ยังมีระบบและกลไกสนับสนุน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

ภาคีหลัก

1. หน่วยงานภาครัฐระดับชาติ และท้องถิ่น ที่มีนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกาย และกีฬาเพื่อสุขภาพ 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 และสำนักงานปลัดกระทรวงฯ 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	105.00
กลุ่มแผนงานส่งเสริมพื้นที่และปัจจัยแวดล้อมสุขภาวะที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย	65.00
กลุ่มแผนงานทุนอุปถัมภ์กีฬา	32.00
กลุ่มแผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs)	35.00
การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	3.00
รวม	**240.00**



แผน 10

แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา

สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

นิเวศสื่อสุขภาวะและสุขภาวะทางปัญญาเป็นรากฐานสำคัญต่อการมีสุขภาวะที่ดีอย่างเป็นองค์รวมในคนทุกวัย ตลอดจนทำให้สังคมเกิดการพัฒนาที่สมดุลและยั่งยืน ดังเห็นได้จากแผนหลักและนโยบายระดับชาติ ต่างกำหนดเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ มาตรการ และกิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมให้เกิดนิเวศสื่อสุขภาวะและการสนับสนุนให้ประชาชนมีสุขภาวะทางปัญญา

แผนที่สำคัญคือ **แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี** (ยุทธศาสตร์ข้อที่ 7 – ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์) **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13** (หมุดหมายที่ 12) **แผนการปฏิรูปประเทศ** (ข้อ 48 ด้านสื่อสารมวลชนเทคโนโลยีสารสนเทศ และข้อ 49 แผนการปฏิรูปประเทศด้านสังคม) **ดัชนี SDG** (ข้อ 3 ข้อ 4 และข้อ 16) (ร่าง) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ในหมวดสุขภาพทางปัญญา รวมทั้งแผนระดับรอง เช่น แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาวฯ แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ แผนปฏิบัติราชการกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) เป็นต้น

แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา (แผน 10) มีความสอดคล้องกับแผนหลักและนโยบายระดับชาติต่าง ๆ ดังกล่าว โดยแผนมุ่งส่งเสริมให้เกิด **“นิเวศสื่อสุขภาวะ** [109] สนับสนุนให้ประชาชนทุกวัยมีขีดความสามารถและสร้างสรรค์ระบบสื่อด้วยการมีความรู้เท่าทันสื่อ มีทักษะในการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัลอย่างมีความรับผิดชอบต่อสังคม ควบคู่ด้วยการมีสุขภาวะทางปัญญา ด้วยความสามารถในการเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น และเข้าใจชีวิตตามความเป็นจริง มีจิตใจที่มั่นคง เห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับผู้อื่นและธรรมชาติ สามารถดูแลตนเอง ร่วมขับเคลื่อนให้เกิดสังคมที่เกื้อกูล เคารพความแตกต่างหลากหลาย และมีศักยภาพในการฟื้นคืน (resilience society)

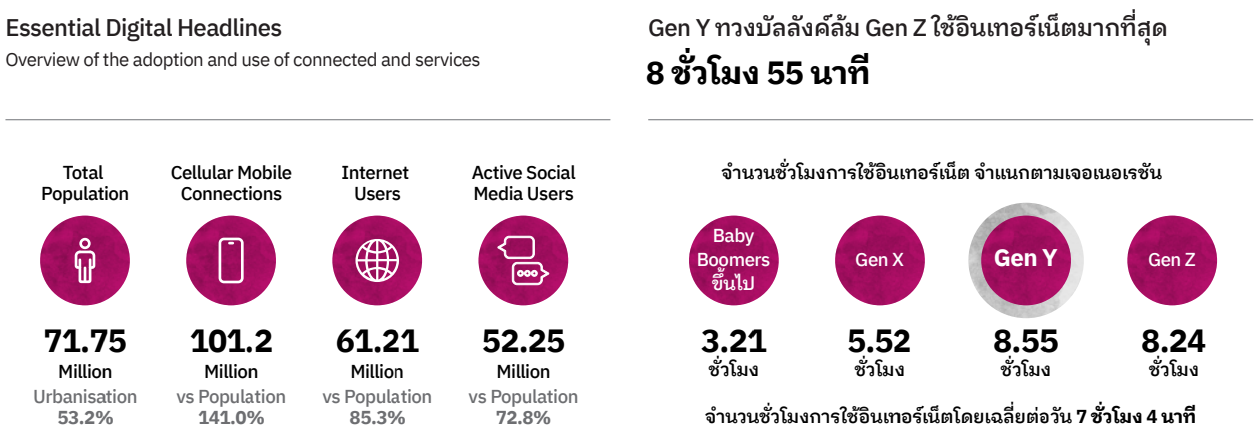
109 ที่มา นิยามเชิงปฏิบัติการของแผน 10 หมายถึง ระบบความสัมพันธ์ของคนในฐานะผู้ใช้และผู้สร้างเนื้อหาผ่านองค์ประกอบหลักในระบบการสื่อสาร (ได้แก่ ผู้ส่งสาร ผู้รับสาร สาร และช่องทางการสื่อสาร) กับระบบต่าง ๆ อาทิ ระบบเศรษฐกิจ ระบบการเมือง ระบบกฎหมาย ระบบสังคมวัฒนธรรม รวมทั้งชุมชนทางกายภาพและชุมชนออนไลน์ ที่สร้างการเปลี่ยนแปลงในตัวบุคคลและสังคม ซึ่งเอื้อต่อวิถีชีวิตสุขภาวะ

สถานการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา ในปี 2567 เพื่อให้บรรลุผลสู่เป้าหมายดังกล่าว ประกอบด้วย 2 เรื่องหลัก ได้แก่ สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบสื่อสุขภาวะ และ สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางปัญญา โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบสื่อสุขภาวะ

การเปลี่ยนผ่านทางเทคโนโลยี (disruptive technology) เป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อนิเวศของระบบสื่อทั้งด้านบวกและลบ ในขณะที่ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะเท่าทันสื่อ รวมทั้ง ไม่สามารถแสดงบทบาทในพื้นที่สื่อสมัยใหม่ (new media) ได้อย่างเหมาะสม จนนำไปสู่ปัญหาความขัดแย้งและความสูญเสียในด้านต่าง ๆ อีกทั้งยังมีปัญหาความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัล (digital divide) จนทำให้ประชาชนทุกวัยเกิดผลกระทบต่อสุขภาวะ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา โดยกลุ่มที่ได้รับความเสี่ยงสูง ได้แก่ กลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เด็กเยาวชน ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีรายได้น้อย และผู้ขาดโอกาสทางการศึกษา

ปัจจุบัน คนไทยร้อยละ 85 เข้าถึงสัญญาณอินเทอร์เน็ตแล้ว นั่นหมายถึงว่า คนไทยทุกช่วงวัยเกือบทั้งประเทศกำลังใช้ชีวิตใน “โลกคู่ขนานออนไลน์” จากการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ทั้งในพื้นที่กายภาพและพื้นที่ในสื่อออนไลน์ควบคู่กัน โดยกิจกรรมในสื่อออนไลน์มีบทบาทต่อชีวิตอย่างมาก เห็นได้จากการที่คนไทยใช้อินเทอร์เน็ตเฉลี่ยวันละ 8.06 ชั่วโมง [110] กลุ่มวัยที่ใช้อินเทอร์เน็ตมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มวัย “เจนวาย” (อายุประมาณ 22-41 ปี) รองลงมาคือ กลุ่มวัย “เจนแซด” (อายุน้อยกว่า 22 ปี) กลุ่มวัย “เจนเอ็กซ์” อายุ 42-57 ปี และ กลุ่มวัย “เจนเบบี้บูมเมอร์ส์” (อายุ 58 ปีขึ้นไป) ตามลำดับ [111] อย่างไรก็ตาม กิจกรรมหลักอันเป็นที่นิยมของคนไทยในพื้นที่สื่อออนไลน์เป็นเรื่องสันทนาการ เช่น การเล่นเกม โดยพบว่า คนไทยเล่นเกมออนไลน์มากเป็นอันดับ 4 ของโลก โดยมีอัตราของผู้ใช้อินเทอร์เน็ตที่เล่นเกมออนไลน์สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลก และมีอัตราการซื้อของออนไลน์ในแต่ละสัปดาห์ สูงเป็นอันดับ 1 ของโลก [112]



ที่มา: Digital 2023 Global Overview Report (ซ้าย) และ รายงานผลสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2565 (ขวา)

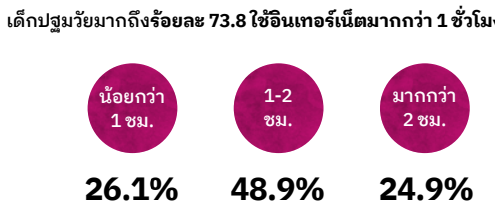
110 We Are Social. (2023). Digital 2023 Global Overview Report.
111 ศูนย์วิเคราะห์ข้อมูล สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2565). รายงานผลสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2565.
112 We Are Social. (2023).

ในปีที่ผ่านมามีข้อมูลจำนวนมากที่ชี้ให้เห็นว่า การใช้ชีวิตใน “โลกคู่ขนานออนไลน์” ซึ่งได้กลายเป็นวิถีปกติของการใช้ชีวิตประจำวันของคนไทยส่วนใหญ่ดำเนินไปอย่างขาดความพร้อม จนนำไปสู่ความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะในหลายด้าน เห็นได้จากความกังวลต่อ ภัยจาก “ข่าวปลอม” (fake news) ที่ข้อมูลการสำรวจพบว่า คนไทยมีความกังวลเกี่ยวกับปัญหาข่าวปลอมสูงติดอันดับ 1-10 ของโลก และมีผู้ที่ระบุถึงความกังวลต่อเรื่องนี้สูงกว่าค่าเฉลี่ยโลก นั่นคือ อยู่ที่ร้อยละ 62.5 ขณะที่ค่าเฉลี่ยโลกอยู่ที่ร้อยละ 53.9 ตลอดจนมีผู้ประสบภัยฉ้อโกงทรัพย์สินผ่านช่องทางสื่อออนไลน์จำนวนมากในหลากหลายรูปแบบ [113] เช่น การส่งข้อความแชตเพื่อหลอกให้โอนเงิน การปลอมแปลงสลิปโอนเงินในการสั่งซื้อสินค้าออนไลน์ อีเมลหลอกลวง เพื่อหลอกให้ทำธุรกรรมหรือกรอกข้อมูลสำคัญ เช่น รหัสผ่าน หมายเลขบัตรเครดิต การฝังมัลแวร์ไว้ในเอกสารแนบของอีเมล ซึ่งหากเปิดไฟล์ดังกล่าวจะทำให้เครื่องคอมพิวเตอร์ของผู้รับเกิดความเสียหายได้ เช่น ไฟล์ต่าง ๆ ถูกยึดเพื่อเรียกค่าไถ่ หรือระบบคอมพิวเตอร์ถูกทำลายจนไม่สามารถใช้งานได้ การขโมยข้อมูลส่วนบุคคล เช่น ชื่อบัญชีผู้ใช้งาน รหัสผ่าน หรือข้อมูลบัตรเครดิต เพื่อเข้าถึงบัญชีผู้ใช้งาน หรือกระทำการใดโดยมิชอบ จนทำให้เกิดความสูญเสียทรัพย์สินที่เกิดขึ้นกับคนทุกวัยอย่างต่อเนื่อง

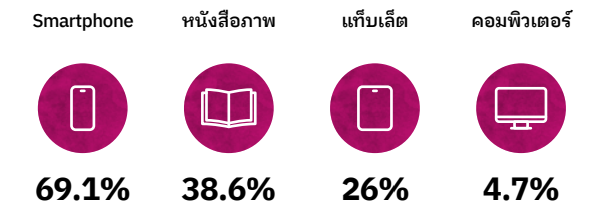
นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ที่มี**ความเสี่ยงต่อสุขภาวะ** โดยเฉพาะประชากรกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ เด็กเยาวชน และผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มวัยที่เผชิญความเสี่ยงอย่างชัดเจน

ในกลุ่มเด็กเยาวชน พบว่ามีปัญหาการใช้สื่อออนไลน์มากเกินพอดี จนเสี่ยงต่อสุขภาวะ โดยใน **กลุ่มเด็กปฐมวัย** มีผลสำรวจพบว่า [114] เด็กไทยวัย 3-5 ปี จำนวนมากถึงร้อยละ 73.8 ใช้อินเทอร์เน็ตมากกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน สื่อที่เข้าถึงง่ายที่สุดของเด็กวัยนี้ในยุคปัจจุบัน ได้แก่ สมาร์ตโฟน (ร้อยละ 69.1) ในขณะที่ข้อแนะนำจาก The American Academy of Pediatrics ระบุว่าเด็กในช่วงวัยนี้ควรได้รับการกำกับเวลาการใช้อินเทอร์เน็ตวันละไม่เกิน 1 ชั่วโมง เพื่อให้เด็กได้มีโอกาสทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดพัฒนาการอย่างสมวัยและลดการติดอินเทอร์เน็ต ประเด็นที่น่าตั้งข้อสังเกตคือ ขณะที่สื่อออนไลน์เป็นสื่อที่เด็กปฐมวัยเข้าถึงได้ง่ายที่สุด ทั้งที่เป็นสื่อที่ต้องใช้อย่างระมัดระวัง แต่สื่อที่ปลอดภัยและสร้างสรรค์อย่างเช่นหนังสือกลับกลายเป็นสื่อที่ไกลตัวกว่า โดยมีเด็กปฐมวัยเพียงร้อยละ 38.6 เท่านั้น ที่เข้าถึงสื่อประเภทนี้

ร้อยละการใช้งานอินเทอร์เน็ตของ
เด็กปฐมวัย (อายุ 3-5 ปี)



การเข้าถึงสื่อของ
เด็กปฐมวัย (อายุ 3-5 ปี)

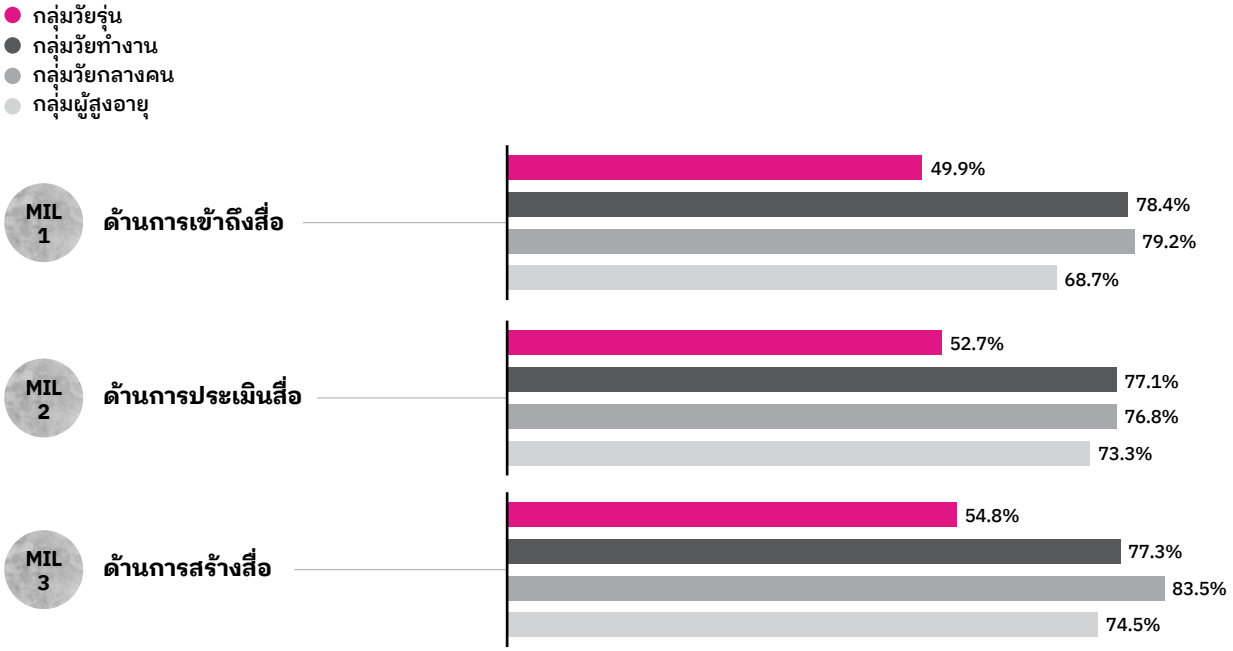


ที่มา: รายงานผลสำรวจสถานการณ์รู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัลของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2565

113 ศูนย์วิเคราะห์ข้อมูล สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2565).
114 กองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ และคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2565).
“รายงานผลสำรวจสถานการณ์รู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัลของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2565”.

ในกลุ่มเยาวชน ผลสำรวจสถานการณ์เด็กไทยกับภัยออนไลน์ ปี 2565 [115] พบว่า เยาวชนช่วงอายุ 9-18 ปี ร้อยละ 85 ใช้สื่อโซเชียลมีเดียทุกวันหรือเกือบทุกวัน ทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงภัยออนไลน์ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น พบเห็นสื่อลามกอนาจาร (ร้อยละ 54) ถูกกลั่นแกล้ง ล้อเลียน รังแกทางออนไลน์ (ร้อยละ 26) เล่นเกมออนไลน์ (ร้อยละ 75) โดยในกลุ่มนี้ มีร้อยละ 44 ที่เล่นมากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน และร้อยละ 8 เล่นมากกว่า 10 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้เกิดผลกระทบที่สังเกตเห็นด้วยตนเองได้ เช่น อารมณ์รุนแรงมากขึ้น (ร้อยละ 41) ผลการเรียนแย่ลง (ร้อยละ 32) มีปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 22) และมีปัญหาด้านการเงิน (ร้อยละ 16) ส่วนในประเด็นภัยคุกคามออนไลน์และการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ซึ่งเป็นความเสี่ยงสำคัญ ผลการสำรวจดัชนีชี้วัดความปลอดภัยบนสื่อออนไลน์สำหรับเด็ก [116] พบว่า เด็กไทยร้อยละ 48 เคยเกี่ยวข้องกับการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ประเด็นที่บ่อยที่สุดคือ เรื่องเพศและรูปลักษณ์ โดยมีการระบุถึงสาเหตุว่า เกิดจากการที่ผู้ใช้สื่อ ซึ่งเป็นเยาวชนด้วยกัน ไม่ได้รับความรู้อย่างเหมาะสมในการเป็น “พลเมืองดิจิทัล” (School Digital Citizenship Education) ซึ่งประเทศไทยได้รับการจัดอันดับในเรื่องของการให้ความรู้ในเรื่องนี้แก่เยาวชนเป็นอันดับที่ 89 จาก 100 ประเทศทั่วโลก ข้อมูลนี้สอดคล้องกับ ผลสำรวจสถานการณ์รู้เท่าทันสื่อสารสนเทศและดิจิทัลของประชาชนไทย พ.ศ. 2565 [117] ที่พบว่า กลุ่มวัยกลางคน (อายุ 41-60 ปี) มีทักษะในเรื่องนี้สูงที่สุด รองลงมาคือกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 21-40 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) และที่มีค่าคะแนนน้อยที่สุดคือกลุ่มวัยรุ่น (อายุ 13-20 ปี) ทั้ง ๆ ที่วัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีการเข้าถึงสื่อและค้นหาข้อมูลทางออนไลน์มากที่สุด คนกลุ่มนี้จึงมีแนวโน้มเสี่ยงต่อความปลอดภัยด้านการใช้ข้อมูล มีโอกาสถูกชักจูงได้ง่าย รวมถึงการขาดความตระหนักต่อผลกระทบการใช้เทคโนโลยีในสังคมออนไลน์

ภาพการประเมินสมรรถนะการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล ของคนแต่ละช่วงวัย



ที่มา: รายงานผลสำรวจสถานการณ์รู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัลของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2565

115 มูลนิธิอินเทอร์เน็ตร่วมพัฒนาไทย, ศูนย์ประสานงานการขับเคลื่อนการส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนไทยในการใช้สื่อออนไลน์ (COPAT), กรมกิจการเด็กและเยาวชน. (2565) “แนวทางปกป้องเด็กจากภัยออนไลน์ 2565”.
116 DQ Institute. (2022). Child Online Safety Index (COSI).
117 กองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ และคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2565).

ในกลุ่มผู้สูงอายุ [118] พบว่า ผู้สูงอายุยังใช้เวลาในการเปิดรับสื่ออยู่ค่อนข้างมากในแต่ละวัน โดยช่องทางสื่อที่เปิดรับมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) สื่อบุคคล (ได้แก่ บุคคลที่ติดต่อกับผู้สูงอายุได้โดยตรง เช่น การโทรศัพท์จากศูนย์ประสานงานงานบริการ (call center) คนขายของ ผู้ให้บริการในร้าน รวมถึงลูก หลาน ที่อยู่ด้วย เป็นต้น) (2) โทรทัศน์ และ (3) สื่อออนไลน์ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ตระหนักว่าตนเองตกเป็นเหยื่อการหลอกลวงผ่านสื่อต่าง ๆ เพิ่มขึ้น และถูกหลอกให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด จนนำไปสู่ความเสี่ยงจากการถูกหลอกลวงและฉ้อโกงด้วยความไม่รู้เท่าทันกลวิธีการสื่อสารของกลุ่มมิจฉาชีพ

เรื่องที่ถูกหลอก	การเปลี่ยนแปลง	ปี 2565		ปี 2564	
		จำนวน (%)	อันดับ	จำนวน (%)	อันดับ
การซื้อของ	↑	203 คน (46.14%)	1	134 คน (41.88%)	1
การทำบุญช่วยเหลือคนและสัตว์	↑	193 คน (43.86%)	2	109 คน (34.06%)	2
ยาและการดูแลสุขภาพ	↑	133 คน (30.23%)	3	93 คน (29.06%)	3

ที่มา: ศูนย์วิชาการด้านการรู้เท่าทันสื่อของผู้สูงอายุ สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานการณ์ความเสี่ยงในระบบสื่อยุคปัจจุบันอีกลักษณะหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะโดยตรง และเป็นที่กล่าวถึงอย่างกว้างขวางในปีที่ผ่านมา ได้แก่ เรื่องของ **ความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัล (digital divide)** นั่นคือ ช่องว่างของสังคมหรือความเหลื่อมล้ำในสังคมที่เกิดจากโอกาสในการเข้าถึงสารสนเทศอย่างไม่เท่าเทียมกัน จนส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของตนเอง รวมถึงผู้เกี่ยวข้อง โดยพบใน 4 ด้าน [119] ได้แก่ (1) ด้านการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต (Internet access) พบปัญหาชัดเจนในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย รวมถึงเด็กเยาวชนวัยเรียนที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ (2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลจำเป็น (critical information access) พบว่าคนจำนวนมากไม่มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลเพื่อการเข้าถึงสวัสดิการ การแจ้งเตือนภัย (3) ด้านการมีทักษะดิจิทัล (digital skill) พบว่า ผู้ใช้สื่อดิจิทัลส่วนใหญ่ยังไม่สามารถใช้ เข้าใจ และสร้างเนื้อหา รวมทั้งเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (use, understand, create and access) ข้อมูลระบุว่า คนไทยร้อยละ 21 อยู่ในขั้น “ด้อยทักษะดิจิทัล” นำไปสู่การตกเป็นเหยื่อข่าวลวง ทำให้เกิดการตัดสินใจที่ผิดพลาดในเรื่องต่าง ๆ และนำไปสู่ความเสี่ยงภัย (4) ด้านการแสดงบทบาทพลเมืองดิจิทัล (digital citizenship) ผู้ใช้สื่อดิจิทัลยังขาดทักษะในการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัลอย่างมีความรับผิดชอบต่อสังคมและมีส่วนร่วมแก้ปัญหาดูแลสังคมผ่านเครื่องมือดิจิทัลต่าง ๆ ในกรณีของเด็กเยาวชน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ใช้ชีวิตในโลกออนไลน์มากกว่าคนทุกวัย มีข้อมูลที่ชี้ให้เห็นช่องว่างนี้ชัดเจนจาก ดัชนีความปลอดภัยการใช้สื่อออนไลน์ของเด็กและเยาวชนของประเทศไทยในปี 2565 [120] ที่ระบุว่า เรื่องบทบาทของโรงเรียนในการให้ความรู้อย่างเหมาะสมแก่เยาวชนในการเป็น “พลเมืองดิจิทัล” (school citizenship education) ยังพบค่าคะแนนอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง

118 ศูนย์วิชาการด้านการรู้เท่าทันสื่อของผู้สูงอายุ สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล. (2565). “การสำรวจสถานการณ์และผลกระทบจากการใช้สื่อของผู้สูงอายุไทย 2565”.

119 สุนิตย์ เชรษฐา. (2565). “คิดแต่ไม่ถึง ความเหลื่อมล้ำดิจิทัล และโควิด-19” [สไลด์นำเสนอ] การประชุมระดมสมองการพัฒนาแนวทางขับเคลื่อนงานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงข้อมูลและระบบสื่อเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะ, กรุงเทพฯ ประเทศไทย.

120 DQ Institute. (2022). อ้างแล้ว.

สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางปัญญา

ในปี 2566 แม้ว่าไทยขยับอันดับ “ประเทศที่มีความสุข” จากอันดับที่ 61 ในปีที่แล้วขึ้นมาเป็นอันดับที่ 60 ของการจัดอันดับประเทศที่มีความสุขที่สุดในโลก [121] จากกลุ่มตัวอย่าง 137 ประเทศ โดยได้คะแนนอยู่ที่ 5.843 คะแนน จากค่าคะแนนเต็ม 10 และถือเป็นอันดับที่สามในกลุ่มประเทศอาเซียน โดยสิงคโปร์อยู่อันดับ 25 และมาเลเซียอยู่อันดับ 55 แต่คนไทยยังคงดำเนินชีวิตอยู่ท่ามกลางยุคแห่งความ “ปั่นป่วน วุ่นวาย รุนแรง ในโลกยุคหลังโควิด” โดยมีสาเหตุจาก 3 ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ (1) การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การเกิดโรคระบาด และการทำลายสิ่งแวดล้อม (2) ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจที่สะสมมาอย่างต่อเนื่อง และภาวะเศรษฐกิจตกต่ำหลังการระบาดของโควิด-19 (3) ความขัดแย้งทางความคิดของคนในสังคม [122] นอกจากนี้ การที่ดัชนีความยั่งยืนของประเทศไทยในปี 2565 มีค่าคะแนนรวมของดัชนีลดลงจากปี 2564 (จาก 74.2 เป็น 74.1) ยังสะท้อนให้เห็นว่า ประเทศไทยมี “ภูมิต้านทาน” ลดลงในการรับมือกับสถานการณ์ปัญหาที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาวะในระยะจากนี้ไป

สถานการณ์สำคัญที่สะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการขาดสุขภาวะทางปัญญา ได้แก่ อาการและโรคทางด้านจิตใจกลายเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ในกลุ่มเยาวชนและวัยทำงานตอนต้น (อายุ 15-29 ปี) ในยุคปัจจุบัน [123] ทั้งเพศชายและหญิง โดย “การทำร้ายตัวเอง” พบเป็นอันดับที่สองของการสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชาย และ “โรคซึมเศร้า” พบเป็นอันดับที่สามของการสูญเสียปีสุขภาวะในเพศหญิง

สภาพ “ความป่วยไข้ทางจิต” แสดงแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลที่ระบุว่า คนไทยวัย 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 11.5 มีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป [124] และผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายที่มีอัตราเพิ่มขึ้น [125] โดยกลุ่มอายุที่มีการฆ่าตัวตายสูงสุดคือกลุ่มอายุ 15-34 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยเรียนและวัยทำงานตอนต้น จากปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัว ในสถานที่ทำงาน หรือในโรงเรียน รวมทั้งภาวะป่วยกายหรือใจเรื้อรัง การใช้สุราและสารเสพติด และภาวะเครียดจากผลกระทบทางเศรษฐกิจ ในขณะที่ผู้ตอบแบบประเมินสุขภาพจิตผ่านช่องทาง Mental Health Check-in ของกรมสุขภาพจิต จากผู้ตอบแบบประเมิน 1.4 ล้านคน พบภาวะเสี่ยงซึมเศร้ามากที่สุด รองลงมาได้แก่ มีความเครียดสูง และเสี่ยงฆ่าตัวตาย

“ภาวะหมดไฟในการทำงาน” [126] เป็นความเสี่ยงทางสุขภาวะที่กำลังเกิดขึ้นกับประชากรวัยทำงานทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย โดยมีแนวโน้มที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ นับตั้งแต่การระบาดของโรคโควิด-19 เป็นต้นมา ดังเห็นได้จากข้อมูลการพูดถึงปัญหาการลาออกในโซเชียลมีเดีย ระหว่างเดือนมีนาคม-กันยายน 2565 จากแพลตฟอร์มหลักที่คนไทยใช้ ได้แก่ เฟซบุ๊ก ทวิตเตอร์ อินสตาแกรม ยูทูป และเว็บไซต์พันทิป พบว่า มีจำนวน 18,088 ข้อความที่แสดงความรู้สึกอยากออกจากงานที่ทำอยู่และเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ประเด็นที่น่าสนใจคือ การวิจัยในประเทศไทยในปีที่ผ่านมา พบว่า สุขภาวะทางปัญญาสามารถช่วยลดภาวะหมดไฟในการทำงานผ่านความผาสุกทางจิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยบุคคลที่มีสุขภาวะทางปัญญาเป็น

121 เครือข่ายวิชาการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Solutions Network - SDSN) ขององค์การสหประชาชาติ (United Nations - UN). (2566). “รายงานความสุขโลกประจำปี 2566 (World Happiness Report 2023)”.

122 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2566). “ภาพรวมสถานการณ์และแนวโน้มทางสุขภาพ”. [เอกสารนำเสนอ] การจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี 2567.

123 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ แผนงานพัฒนาดัชนีภาระโรคแห่งประเทศไทย. (2565). “รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562”. แฮนดีเพรส จำกัด.

124 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2566). “รายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ. 2566”.

125 สำนักงานสภาการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). “รายงานภาวะสังคมไทยภาพรวมปี 2565”.

126 ภาวะหมดไฟในการทำงาน หมายถึง อาการของบุคคลที่เกิดความอ่อนล้าทางอารมณ์ รู้สึกหมดพลังในการทำงาน รู้สึกเมินเฉยกับงาน ขาดแรงจูงใจในการทำงาน และทำงานได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ

บุคคลที่เห็นคุณค่าของตนเองและผู้อื่น เห็นถึงความหมายในงานของตนเอง มีความรู้สึกเชื่อมต่อ และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับตนเอง ผู้อื่น และสังคม [127]

การที่สังคมไทยมีแนวโน้มเป็นสังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ในอีกไม่ช้า รวมถึงการมีขนาดครอบครัวเล็กลง ครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุอาศัยเพียงลำพังหรือมีลักษณะ “ครอบครัวแหว่งกลาง” [128] มีจำนวนมากขึ้น เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของประชากรทุกวัยในทุกด้าน ปัญหาที่พบอยู่ทั่วไปคือ เด็กและเยาวชนจำนวนมากไม่สามารถเชื่อมโยงกับตนเองและสิ่งรอบข้าง และกำลังเติบโตในโลกคู่ขนานออนไลน์ที่วิถีของคุณค่าและความหมายแตกต่างออกไปอย่างสิ้นเชิงกับโลกของคนรุ่นก่อน [129] ส่งผลต่อแนวคิดและแนวทางการสื่อสารระหว่างรุ่นที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัว องค์กร ชุมชน และสังคม อีกปัญหาหนึ่งที่สืบเนื่องมาจากโครงสร้างครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป คือสภาวะความโดดเดี่ยวทางสังคม การใช้ชีวิตตามลำพังคนเดียว ขาดคู่ชีวิต ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง ที่คอยช่วยดูแลกันและกัน ทั้งจากการถูกทอดทิ้งและเลือกที่จะตีตัวออกห่างจากสังคม ปรากฏการณ์ดังกล่าวเห็นได้อย่างต่อเนื่องจากข่าวในลักษณะ “ตายโดดเดี่ยว-ตายเดียวดาย” นับจากมีการระบาดของโรคโควิด-19 เป็นต้นมา [130] ถือเป็นสถานการณ์ที่ท้าทายในการพัฒนางานสุขภาวะทางปัญญา ที่มุ่งส่งเสริมให้เห็นคุณค่าของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีความรู้สึกเชื่อมโยง (connectivity) และมีความสัมพันธ์ที่ดีทั้งกับตนเอง ผู้อื่น ชุมชน และสังคม

สถานการณ์ในแง่บวก พบว่า คนไทยยังเห็นความสำคัญของการเป็นผู้ให้ โดยผลการสำรวจพฤติกรรมการให้และการช่วยเหลือสังคมของคนทั่วโลก โดยใช้ดัชนีการให้ในระดับโลก (World Giving Index) ที่พิจารณาข้อมูลการให้ 3 รูปแบบ คือ การช่วยเหลือคนแปลกหน้า การบริจาคเงินให้องค์กรการกุศล และการอุทิศเวลาเป็นอาสาสมัคร พบว่า ในปี 2565 [131] คนไทยมีพฤติกรรมการให้และช่วยเหลือสังคมมากขึ้นกว่าปีก่อนหน้า โดยมีคะแนนรวมเป็นอันดับที่ 12 ขยับสูงขึ้นกว่าอันดับที่ 21 ในปีก่อนหน้า โดยคนไทยบริจาคเงินให้องค์กรการกุศลสูงติดอันดับที่ 8 ตามมาด้วยการช่วยเหลือคนแปลกหน้าในอันดับที่ 58 และการอุทิศเวลาเป็นอาสาสมัครในอันดับที่ 75 จาก 119 ประเทศ

127 รัตติกรณ์ จงวิศาล และคณะ. (2565). “โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะทางปัญญา ความผาสุกทางจิต และภาวะหมดไฟในการทำงานในคนวัยทำงาน”. ธนาคารจิตอาสา โครงการวิถีชีวิตพัฒนาจิต และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

128 “ครอบครัวแหว่งกลาง” (skipped generation family) หมายถึง ครอบครัวที่มีสมาชิกรุ่นปู่ ย่า ตา ยาย แล้วข้ามไปรุ่นหลาน

129 คณะทำงาน ThaiHealth Watch 2023. (2565). “จับตาทิศทางสุขภาพคนไทย ปี 2566”. สำนักงานของทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). กรุงเทพมหานคร.

130 Dailynews. (2565). “อยู่โดดเดี่ยวเพิ่มขึ้น ตายเดียวดายถี่ บ่งชี้ย้ำ ไทยน่าห่วง!!”. เข้าถึงได้จาก https://www.dailynews.co.th/articles/1712844/).

131 Charities Aid Foundation (CAF). (2022). “World Giving Index 2022”.

CAF World Giving Index full table (Ranking and Scores)

Country	อันดับ	คะแนน	อันดับ	คะแนน	อันดับ	คะแนน	อันดับ	คะแนน
อินโดนีเซีย	1	68%	76	58%	1	84%	1	63%
เคนยา	2	61%	7	77%	20	55%	2	52%
สหรัฐอเมริกา	3	59%	4	80%	9	61%	7	37%
ออสเตรเลีย	4	55%	34	69%	6	64%	20	33%
นิวซีแลนด์	5	54%	46	66%	10	61%	14	34%
เมียนมา	6	52%	83	55%	2	73%	36	28%
เซียร์ราลีโอน	7	51%	1	83%	76	27%	3	44%
แคนาดา	8	51%	50	65%	13	59%	33	29%
แซมเบีย	9	50%	18	74%	53	35%	4	43%
ยูเครน	10	49%	13	75%	29	47%	54	24%
ไอร์แลนด์	11	49%	87	55%	14	59%	21	32%
ไทย	12	48%	58	64%	8	62%	75	19%

ที่มา: World Giving Index 2022

ผลการดำเนินงานของแผน 10 ในปีที่ผ่านมา พบว่าเกิดผลความก้าวหน้าตามทิศทางของแผนหลักและสอดคล้องกับมาตรการ/กิจกรรมในห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome) และพบผลงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ในปี 2566 ครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน ดังนี้

1. **สานพลังเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะร่วมสื่อสารและดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ชุมชนทางกายภาพ หรือออนไลน์เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงในประเด็นสุขภาวะตามบริบทของแต่ละพื้นที่** ยกตัวอย่าง 5 กรณี ได้แก่ **(1) เครือข่ายเด็กเยาวชนร่วมขับเคลื่อนเมืองสำหรับทุกคน (MIDL for Inclusive Cities)** ใน 4 ภูมิภาค ซึ่งมีเด็กเยาวชนเป็นพลังสำคัญร่วมออกแบบกิจกรรมและการสื่อสารเพื่อสะท้อนและแก้ไขปัญหาชุมชนผ่านกระบวนการเท่าทันสื่อฯ (Media Information and Digital Literacy: MIDL) และการออกแบบในประเด็นสิ่งแวดล้อม การเคารพคุณค่าอัตลักษณ์ ความเท่าเทียมทางเพศ ฯลฯ **(2) เครือข่ายครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก** 24 จังหวัด ที่ร่วมพัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับเด็กปฐมวัย ขยายแนวคิด “สื่อดี พื้นที่ดี ภูมิดี” ในครอบครัวและชุมชน ก่อให้เกิด “ครอบครัว 3 ดี” ที่ส่งเสริมให้เด็กได้มีพื้นที่กิจกรรมร่วมกันและมีการกำหนดกติกาเพื่อดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชน **(3) เครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะวิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคม** ใน 10 พื้นที่ ซึ่งดำเนินบทบาทยกระดับงานด้านศิลปวัฒนธรรมให้เกิดมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจบนฐานศิลปะและวัฒนธรรมชุมชน **(4) เครือข่ายอาสาสูงวัยรู้ทันสื่อ** ซึ่งทำหน้าที่ถ่ายทอด “คาถาสูงวัยรู้ทันสื่อ” ไปยังชุมชนและโรงเรียนผู้สูงอายุ มีการจัดตั้งกลุ่มอาสาสูงวัยเฝ้าระวังสื่อในพื้นที่ชุมชน 5 จังหวัด **(5) เครือข่ายเยาวชนนักสื่อสารภาคใต้** 13 กลุ่ม ที่ได้ร่วมสร้างสรรค์สื่อและดำเนินกิจกรรมประเด็นสุขภาวะ โดยมีผู้มีส่วนร่วมผ่านการเข้าถึงช่องทางสังคมออนไลน์ของโครงการนี้มีจำนวน 209,597 คน

   นอกจากนี้ ภาคีเครือข่ายได้เริ่มต้นจัดกระบวนการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานข้ามเครือข่ายระหว่างนักสื่อสารสุขภาวะภายใต้แผน 10 ผ่านแพลตฟอร์มพื้นที่ออนไลน์และพื้นที่กายภาพ เพื่อเป็นพื้นที่แห่งการสร้างความผูกพัน การเรียนรู้ร่วมกัน และการแลกเปลี่ยนหนุนเสริมกัน (bonding, learning and sharing)

2. **การพัฒนาเนื้อหา กระบวนการสื่อสาร และปฏิบัติการทางสังคมเพื่อพัฒนาศักยภาพประชาชนทุกช่วงวัยให้เป็นผู้ใช้และสร้างสรรค์สื่อที่มีทักษะเท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล (MIDL) ความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาวะทางปัญญา** พบว่า **มีการเสริมพลังให้กับพลเมืองคนรุ่นใหม่ ทั้งพลังในตนเอง พลังชุมชน พลังสังคม พลังการสื่อสาร** ผ่านปฏิบัติการทางสังคม เรียนรู้โจทย์บนฐานของชุมชน ปลุกสำนึกการเป็นอาสาเข้ามามีส่วนร่วมแก้ปัญหาสังคม **การพัฒนากระบวนการสื่อสารเพื่อพัฒนาพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย** เกี่ยวกับเทคนิคการอ่าน การสร้างแรงบันดาลใจในรูปแบบคลิปวิดีโอ The Reading อ่านสร้างสุข **มีการจัดกิจกรรม Design Hero พัฒนาศักยภาพนักสร้างสรรค์รุ่นใหม่ในการพัฒนาสื่อหรือนวัตกรรม** เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของคนในภาวะวิกฤต
3. **การพัฒนาและต่อยอดพื้นที่ปฏิบัติการสื่อสารสุขภาวะหรือพื้นที่เฝ้าระวังตรวจสอบสื่ออย่างมีส่วนร่วมในชุมชนบนพื้นที่ออนไลน์หรือพื้นที่กายภาพ** ในปีที่ผ่านมาได้ดำเนินการแล้วใน 11 พื้นที่ ประกอบด้วย **(1) ศูนย์สื่อสุขภาวะเพื่อสื่อสารภาคอีสาน** ใน 6 พื้นที่ ได้แก่ ศรีสะเกษ มหาสารคาม ขอนแก่น อำนาจเจริญ สุรินทร์ และอุบลราชธานี มีการร่วมแลกเปลี่ยนสื่อสารข้อมูลสุขภาวะตามประเด็นปัญหาร่วมของคนในพื้นที่ อาทิ การจัดการภัยพิบัติทางน้ำ การตรวจสอบข่าวลวง ปัญหาสิ่งแวดล้อม **(2) พื้นที่ปฏิบัติการสื่อสารสุขภาวะ เพื่อสื่อสารรณรงค์สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ** ใน 5 พื้นที่ ได้แก่ พังงา กระบี่ ตรัง หนองบัวลำภู และชัยนาท โดยมีเครือข่ายนักสื่อเสียงสุขภาวะและอาสาสมัครในชุมชนร่วมสื่อสารและจัดกิจกรรมประเด็นสุขภาวะเรื่องการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย ฝุ่น PM2.5 ผ่านแพลตฟอร์มทุกลักษณะ (on air, online, on ground)
4. **การส่งเสริมกระบวนการและพื้นที่ในการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา** โดยมีประเด็นและรูปแบบที่หลากหลาย ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายกว้างขวาง อาทิ **พื้นที่เสริมศักยภาพทักษะการฟื้นคืนสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ และผู้สนใจ** ภายใต้หลักสูตร Resilience Builders โดยโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (สบพช.) ได้นำไปขยายผลกับบุคลากรทางการแพทย์ทั่วประเทศ **พื้นที่สร้างการรับฟังและการดูแลความสัมพันธ์ในระดับครอบครัว** ภายใต้หลักสูตรอบรมงานฟังใจลูก **กิจกรรมอ่านมนุษย์** เปิดพื้นที่ให้ผู้คนได้เรียนรู้ผ่านกระบวนการที่สร้างความเข้าอกเข้าใจ (empathy) และก้าวข้ามอคติต่อรูปลักษณ์ภายนอกของมนุษย์ ด้วยเครื่องมือการรับฟังอย่างลึกซึ้ง **พื้นที่เรียนรู้ด้านสุขภาวะทางปัญญาให้กับครูผู้นำการเปลี่ยนแปลงทางการศึกษา** เชื่อมโยงการทำงานมิติด้านในของครูเพื่อให้เห็นคุณค่า เข้าใจความหลากหลายของผู้เรียน และ**การพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาสำหรับคนวัยทำงาน** ผ่านกิจกรรมที่สร้างประสบการณ์ตรงที่หลากหลาย โดยผลประเมินพบว่า ผู้เข้าร่วมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 จากการประเมินผลเกิดการเรียนรู้และมีแนวโน้มที่จะเกิดความเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น และสังคม
5. **การพัฒนาข้อมูล องค์ความรู้ เพื่อนำไปใช้สนับสนุนปฏิบัติการและการขับเคลื่อนกลไกเชิงนโยบายให้เกิดการพัฒนานิเวศสื่อสุขภาวะและสุขภาวะทางปัญญาในสังคม** ได้แก่ **(1) การขับเคลื่อนนโยบายการจัดสวัสดิการหนังสือเพื่อเด็กปฐมวัย** อย่างต่อเนื่อง ด้วยการนำฐานข้อมูลวิชาการและการจัดการความรู้ไปขับเคลื่อนสวัสดิการหนังสือเพื่อเด็กปฐมวัยในชุมชนนำร่องอย่างเป็นรูปธรรม พร้อมยื่นหนังสือต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความสนับสนุนการจัดสวัสดิการหนังสือเพื่อเด็กปฐมวัย ส่งผลให้อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้ดำเนินการส่งจดหมายถึงผู้ว่าราชการจังหวัดให้กำหนดเป็นวาระเร่งด่วนที่ทุกกระทรวงและทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะได้นำไปปฏิบัติเพื่อร่วมแก้ไขวิกฤตเด็กปฐมวัย **(2) การติดตามการขับเคลื่อนร่างกฎหมายว่าด้วยการกระทำผิดต่อเด็กผ่านสื่อออนไลน์** ที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยมีการนำองค์ความรู้ไปขับเคลื่อน “จังหวัดนำร่องรู้เท่าทันสื่อ” ใน 10 จังหวัด **(3) การจัดตั้งเครือข่ายสร้างเสริมอินเทอร์เน็ตปลอดภัยประเทศไทย** นำไปสู่การร่วมผลักดันให้เกิด **“วันส่งเสริมอินเทอร์เน็ตปลอดภัยแห่งชาติ”** โดยเมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566 คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติให้ทุกวันอังคารที่ 2 ของเดือนกุมภาพันธ์เป็นวันส่งเสริมอินเทอร์เน็ตปลอดภัยแห่งชาติ **(4) การสำรวจสถานการณ์และผลกระทบจากการใช้สื่อของผู้สูงอายุไทยในช่วงปี 2565** ซึ่งเป็นข้อมูลนำเข้าในการพัฒนาหลักสูตรการรู้เท่าทันและเฝ้าระวังสื่อสำหรับผู้สูงอายุไทย โดยมีกรมกิจการผู้สูงอายุ เป็นเจ้าภาพหลัก **(5) ร่วมผลักดันธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยเรื่องสุขภาวะทางปัญญา** และ **(6) การจัดงานประชุมวิชาการระดับชาติ เครือข่ายความรู้สุขภาวะทางปัญญา** ทำให้เกิดการรับรู้และตื่นตัวของกลุ่มคนทำงานหรือคนที่สนใจทำงานสุขภาวะทางปัญญา ทั้งภาคนโยบาย วิชาการ และปฏิบัติการ ที่จะร่วมมือกันขับเคลื่อนประเด็นนี้ต่อไป

จากการประมวลข้อมูลในกระบวนการจัดทำแผนร่วมกับผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ทำให้มีการวิเคราะห์จุดแข็ง โอกาส ความท้าทาย และช่องว่าง ในการดำเนินงานปี 2567 ดังนี้

จุดแข็งของการดำเนินงาน จากผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาพบว่า ภาคีเครือข่ายของแผน 10 ได้ร่วมดำเนินงานตามทิศทางของแผนจนเกิดผลความก้าวหน้าตามกรอบห่วงโซ่ผลลัพธ์และตัวชี้วัด ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ สรุปได้เป็น 4 เรื่อง ดังนี้ (1) ขับเคลื่อนประเด็นงานที่หลากหลาย สอดรับกับสถานการณ์และกระแสความต้องการ (2) สามารถเชื่อมโยงไปสู่กลุ่มเป้าหมายทุกช่วงวัย และมีการกระจายตัวไปสู่ทุกภูมิภาคอย่างสมดุล (3) เริ่มต้นการยกระดับบทบาทนักสื่อสารสุขภาวะจากปัจเจกสู่เครือข่าย (4) เกิดกรณีความเปลี่ยนแปลงตามเกณฑ์ที่กำหนด (5) จัดการความรู้ไปสู่การขับเคลื่อนระดับนโยบาย ทั้งการสานต่อนโยบายที่มีอยู่แล้วให้เข้มแข็งและสร้างนโยบายหรือมาตรการใหม่ด้วยพลังภาคีเครือข่าย

โอกาสในการพัฒนาและยกระดับการทำงาน จากข้อมูลสถานการณ์ แนวโน้มในปี 2567 และผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาพบว่า มีโอกาสในการพัฒนาและยกระดับการทำงานในปี 2566 รวม 4 ประเด็น ดังนี้ **(1) ทิศทาง เป้าหมาย จุดเน้นของแผน 10 สอดคล้องกับนโยบายของแผนและยุทธศาสตร์ระดับชาติ** เช่น แผนปฏิบัติราชการกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมระยะ 5 ปี พ.ศ. 2566-2570 (ร่าง) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ที่ให้ความสำคัญในการสร้างสิ่งแวดล้อม การสร้างโอกาสของการฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และการมีกัลยาณมิตรร่วมเรียนรู้ เพื่อเอื้อให้เกิดการมีสติและความรู้สึกตัวถึงร่างกายและความรู้สึกนึกคิดของตนเอง การมีสมาธิ มีความสงบและมั่นคงของร่างกายและจิตใจ การเรียนรู้และความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับความจริง คุณค่า และความหมายของตนเอง ผู้อื่น ธรรมชาติ และสิ่งที่ยึดเหนี่ยวศรัทธาผ่านกิจกรรมทางศาสนา ความเชื่อ และกิจกรรมสร้างสรรค์ต่าง ๆ ตลอดจนการเติมมิติด้านความจริง คุณค่า และความหมายเข้าไปสู่ทุกช่วงชีวิต ตั้งแต่เกิดจนตาย ฯลฯ รวมทั้งการที่รัฐบาลกำหนดให้วันอังคารที่สองของเดือนกุมภาพันธ์ของทุกปีเป็น “วันส่งเสริมอินเทอร์เน็ตปลอดภัยแห่งชาติ” นับตั้งแต่ปี 2567 เป็นต้นไป รวมทั้ง นโยบายที่อยู่ในขั้นตอนการขับเคลื่อนให้เกิดผลความก้าวหน้า เช่น สวัสดิการหนังสือสำหรับเด็กปฐมวัย และนโยบายคุ้มครองเด็กจากภัยออนไลน์ เป็นต้น เหล่านี้จึงถือเป็นโอกาสในการบูรณาการงานและแสวงหาความร่วมมือจากทุกภาคส่วน **(2) สุขภาวะทางปัญญาเป็นปัจจัยแห่งความสุข ท่ามกลางโลกที่ “ปั่นป่วน วุ่นวาย รุนแรง” ในโลกยุคหลังโควิด** ดังที่นักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมสุขภาวะ ระบุว่า การตื่นรู้สู่จิตสำนึกใหม่ การสร้างสังคมที่สมดุล และกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม จะเป็น 3 องค์ประกอบสำคัญในการขับเคลื่อนงานของ สสส. เพื่อคืนดุลยภาพในโลกหลังโควิด [132] นอกจากนี้ เนื้อหาในร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ระบุไว้ว่า การสร้างเสริมสุขภาวะทางปัญญาช่วยให้เกิดความสามารถในการเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น เข้าใจชีวิตตามความเป็นจริง มีจิตใจที่มั่นคง เห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับผู้อื่นและธรรมชาติ สามารถดูแลตนเอง ร่วมขับเคลื่อนให้เกิดสังคมที่เกื้อกูล เคารพความแตกต่างหลากหลาย และมีศักยภาพในการฟื้นคืน (resilient society) สู่จุดสมดุล รวมทั้งมีข้อมูลวิชาการที่บ่งชี้ว่า สุขภาวะทางปัญญามีบทบาทในการสร้างความผาสุกทางจิตและภาวะหมดไฟในการทำงาน ซึ่งเป็นภัยเงียบที่กำลังคุกคามสุขภาวะในคนวัยทำงานยุคปัจจุบัน [133] **(3) การนำศักยภาพด้านบวกของการใช้ชีวิตใน “โลกคู่ขนานออนไลน์” มาใช้เสริมการทำงานให้บรรลุเป้าหมาย** เนื่องจากสื่อออนไลน์มีจุดแข็งในหลายด้าน เช่น เอื้อให้คนทำงานเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงจำนวนมากสามารถนำเสนอวิถีการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาเพื่อเป็นแนวทางการรับมือกับความผันผวนของโลก โดยปรับเปลี่ยนชุดความคิด ความเชื่อ และความคุ้นชินในการมองโลก เพื่อความสามารถในการอดทนอดกลั้นต่อความไม่แน่นอนในสถานการณ์พลิกผัน สามารถสงบใจ เฝ้ามอง รับฟัง และเปิดกว้างเพื่อรับรู้สถานการณ์อย่างลึกซึ้ง จนเกิดมุมมองที่สดใหม่และยืดหยุ่นในการแก้ปัญหา สามารถรับรู้ความจริง คุณค่า และความหมายทั้งของตนเองและสิ่งรอบตัว รู้ทิศทางที่ถูกต้อง สร้างเพื่อนร่วมทางที่คอยช่วยเหลือกัน รวมถึงการพยายามสื่อสารเพื่อชวน

132 ประเวศ วะสี. (2564). “การเปลี่ยนใหญ่ของมนุษยชาติในโลกหลังโควิด”. เสวนา, 15 ปี ศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, Facebook Live, 19 กรกฎาคม 2564.

133 รัตติกรณ์ จงวิศาล และคณะ. (2565)

ผู้คนมาร่วมขบวนมากขึ้น จนบุคคลและสังคมสามารถกลับสู่การมีสุขภาวะแบบองค์รวม **(4) ประเด็นและเนื้อหาที่แผน 10 มุ่งขับเคลื่อน เป็นส่วนหนึ่งของทักษะที่จำเป็นสำหรับโลกยุคปัจจุบันและอนาคต** ทักษะที่จำเป็นในโลกปัจจุบันและอนาคต ตามที่ระบุไว้ในรายงาน The **Future of Jobs Report** ของ World Economic Forums สอดคล้องกับกิจกรรมที่แผน 10 ให้การสนับสนุน ได้แก่ ทักษะความยืดหยุ่นและความคล่องตัว (resilience, flexibility and agility) ทักษะการสร้างแรงจูงใจและเข้าใจตัวเอง (motivation and self-awareness) ทักษะความรู้ทางเทคโนโลยี (technological literacy) ทักษะความเอาใจใส่และการฟังอย่างตั้งใจ (empathy and active listening) และทักษะความเป็นผู้นำและผู้สร้างแรงบันดาลใจของสังคม (leadership and social influence) [134]

ความท้าทายในการขับเคลื่อนงานปีนี้ ได้มีการวิเคราะห์ไว้ 2 ประเด็น ได้แก่ **(1) การยกระดับ ผลงานที่สั่งสมมาให้เกิดการต่อยอดไปสู่ทิศทางที่เป็นเป้าหมายตามแผนหลัก 5 ปี ของแผน 10** ผลงานที่สำคัญ ประกอบด้วย นักสื่อสารสุขภาวะ เครือข่าย ความรู้ กระบวนการ กลไก พื้นที่ปฏิบัติการ แหล่งเรียนรู้ นโยบาย มาตรการสนับสนุน และเครือข่ายพันธมิตร อันเป็นองค์ประกอบหลักในการสร้างและรักษาสมดุล “นิเวศสื่อสุขภาวะ” ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของระบบสื่อสุขภาวะ **(2) การดำเนินงานภายใต้สถานการณ์ระดับโลกและระดับประเทศที่มีความผันผวน** จนยากจะคาดการณ์หรือวางแผนล่วงหน้าในระยะยาว

จุดเน้นของแผน

จากกรอบแนวคิดดังกล่าวจึงกำหนดจุดเน้นในการจัดทำแผนดำเนินงาน ปี 2567 ดังนี้

1. พัฒนาและเสริมพลังกลไกเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะในระดับบุคคลและระดับเครือข่ายให้มีทักษะเท่าทันสื่อ สารสนเทศและดิจิทัล (MIDL) และร่วมสร้างสรรค์สื่อสุขภาวะเพื่อการเปลี่ยนแปลง
2. พัฒนาศักยภาพพลเมืองในการเท่าทันสื่อ การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังตรวจสอบสื่อ และการสื่อสารสุขภาวะ โดยเข้าถึงกระบวนการสื่อสารสุขภาวะ พื้นที่ปฏิบัติการ และดิจิทัลแพลตฟอร์มอย่างเท่าเทียม
3. พัฒนาต่อยอดกลไกสื่อสารและเฝ้าระวังตรวจสอบสื่อในระดับภูมิภาค เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในด้านทักษะเท่าทันสื่อและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาวะอันนำไปสู่ระบบนิเวศสื่อสุขภาวะที่สมดุล
4. บูรณาการงานสุขภาวะทางปัญญากับการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับมิติกาย ใจ และสังคม มุ่งสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างการรับรู้ และความเข้าใจให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย
5. สนับสนุนการขับเคลื่อน และให้เกิดแนวปฏิบัติ มาตรการ กลไกเชิงนโยบายด้านระบบนิเวศสื่อและสุขภาวะทางปัญญาทั้งระดับชาติและท้องถิ่นที่เอื้อต่อการสร้างสังคมสุขภาวะ โดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมอย่างต่อเนื่อง

เป้าหมายการดำเนินงาน

แผนได้กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับการวิเคราะห์ห่วงโซ่ผลลัพธ์ของ สสส. เป้าหมายตามแผนหลัก (2566-2570) และกรอบแนวคิดการดำเนินงานของแผน ดังนี้

134 World Economic Forum. (2023). “Future of Jobs Report 2023”. World Economic Forum. Geneva.

ตัวชี้วัดหลัก

1 กลไกเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะเพื่อร่วมสื่อสารหรือดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาวะ

ไม่น้อยกว่า
5 กรณี

2 พลเมืองเท่าทันสื่อที่มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังตรวจสอบสื่อและข้อมูลสุขภาพ หรือการสื่อสารสุขภาวะเพื่อร่วมขบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ หรือดิจิทัลแพลตฟอร์ม

ไม่น้อยกว่า
5 กรณี

3 พื้นที่ปฏิบัติการสื่อสารสุขภาวะหรือพื้นที่เฝ้าระวังตรวจสอบสื่ออย่างมีส่วนร่วมของชุมชน

ไม่น้อยกว่า
8 พื้นที่

4 พื้นที่และกระบวนการในการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา

5 กรณี

โดยมีการประเมินผลด้านการเรียนรู้และทัศนคติ

5 การสนับสนุนกลไกเชิงนโยบายที่เอื้อต่อการส่งเสริมนิเวศสื่อสุขภาวะและสุขภาวะทางปัญญาในสังคมบนฐานการจัดการความรู้และสานพลังเครือข่าย

ไม่น้อยกว่า
5 กรณี

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

1. **ระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ (Healthy Media Ecosystem)** หมายถึง ระบบความสัมพันธ์ของคนในฐานะผู้ใช้และผู้สร้างเนื้อหาผ่านองค์ประกอบหลักในระบบการสื่อสาร (ได้แก่ ผู้ส่งสาร ผู้รับสาร สาร และช่องทางการสื่อสาร) กับระบบต่าง ๆ อาทิ ระบบเศรษฐกิจ ระบบการเมือง ระบบกฎหมาย ระบบสังคมวัฒนธรรม รวมทั้ง ชุมชนทางกายภาพและชุมชนออนไลน์ที่สร้างการเปลี่ยนแปลงในตัวบุคคลและสังคมซึ่งเอื้อต่อวิถีชีวิตสุขภาวะ
2. **การสร้างระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ** หมายถึง การออกแบบ สร้าง หรือจัดการองค์ประกอบในนิเวศสื่อสุขภาวะให้ดำเนินไปอย่างสมดุล เช่น การพัฒนาคนที่อยู่ร่วมกันในระบบสื่อให้รู้เท่าทันความเปลี่ยนแปลง การมีกลไกตรวจสอบเฝ้าระวังสื่อที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะ การผลิตเนื้อหาที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะ การขับเคลื่อนกลไกนโยบายระดับชุมชนและสังคมซึ่งเอื้อต่อวิถีชีวิตสุขภาวะ เป็นต้น
3. **สุขภาวะทางปัญญา (Spiritual Health)** หมายถึง ศักยภาพในการเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น เข้าใจชีวิตตามความเป็นจริง มีจิตใจที่มั่นคง นำมาสู่ชีวิตที่สมดุลและมีความสุข เห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับผู้อื่นและธรรมชาติ สามารถดูแลตนเอง ร่วมขับเคลื่อนให้เกิดสังคมที่เกื้อกูล เคารพความแตกต่างหลากหลายและมีศักยภาพในการฟื้นคืน (resilient society)
4. **นักสื่อสารสุขภาวะ** หมายถึง ผู้ที่มีสมรรถนะการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศและดิจิทัล มีความรอบรู้ด้านสุขภาวะ เท่าทันตนเอง สามารถสร้างสรรค์กระบวนการสื่อสาร และเป็นผู้สร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดชุมชนหรือสังคมสุขภาวะด้วยจิตสำนึกความเป็นพลเมือง (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 สามารถประเมินประโยชน์และโทษในการเลือกรับใช้ประโยชน์ และสร้างสรรค์สื่อสารสนเทศและดิจิทัลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาวะของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะและกลุ่มเป้าหมายทุกช่วงวัยให้มีบทบาทเป็นทั้ง “ผู้ใช้และผู้สร้างสรรค์สื่อ” สามารถสื่อสารเพื่อขับเคลื่อนสังคมสุขภาวะตอบสนองต่อการดำรงชีวิตในยุคศตวรรษที่ 21
2. เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบนิเวศสื่อสุขภาวะที่สมดุลโดยเกิดกลไกสื่อสารสุขภาวะและเฝ้าระวังตรวจสอบสื่อและข้อมูลสุขภาพในรูปแบบดิจิทัลแพลตฟอร์ม รวมถึงกลไกเชิงนโยบายด้านระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ ที่สอดคล้องและเท่าทันความเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยี
3. เพื่อสร้างปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ในการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาของกลุ่มเป้าหมายทุกช่วงวัยโดยบูรณาการงานสุขภาวะทางปัญญากับการสร้างเสริมสุขภาพในมิติกาย ใจและสังคม
4. เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนและบูรณาการสู่เป้าหมายยุทธศาสตร์ของ สสส. ผ่านกระบวนการสื่อสารในระบบนิเวศสื่อสุขภาวะและกระบวนการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา

แนวทางการดำเนินงาน

******

กลุ่มเป้าหมาย และขอบเขต การดำเนินงาน

ประกอบด้วย 3 กลุ่มหลัก ดังนี้

1. **กลุ่มผู้มีอิทธิพลทางความคิด** เช่น ผู้มีชื่อเสียง (celebrity) ผู้มีอิทธิพลบนสื่อดิจิทัลทุกระดับ (micro influencer & macro influencer) ผู้นำในสังคม ชุมชนท้องถิ่น ปราชญ์ชาวบ้าน เป็นต้น – มุ่งให้เป็นผู้ร่วมขับเคลื่อนและขยายแนวคิดการสร้างระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ
2. **นักสื่อสารสุขภาวะ** – มุ่งให้เกิดการสร้างระบบนิเวศสื่อสุขภาวะที่สมดุลในพื้นที่หรือเครือข่ายของตนเอง ในการตรวจสอบ เฝ้าระวังข้อมูล (info surveillance) และสร้างกลไก หรือเชื่อมโยงพื้นที่ (platform) เฉพาะท้องถิ่นและส่วนกลาง รวมทั้ง เผยแพร่สื่อด้านสุขภาวะ ทั้งนี้ แกนนำด้านการสื่อสารสุขภาพจากแผนอื่นๆ ของ สสส. สามารถเชื่อมโยงและส่งต่อเป็นกลุ่มเป้าหมายนี้ได้
3. **ผู้ใช้สื่อทุกช่วงวัย** - มุ่งให้ได้รับการพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล (MIDL) การคิดวิเคราะห์ การพัฒนาทักษะชีวิต (soft skill) ทุกช่วงกลุ่มวัย (life-course approach) ด้วยคลังข้อมูลความรู้ (archive) และพื้นที่ (platform) กลางในการเรียนรู้ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรมการสื่อสาร

ทั้งนี้

1. แผน 10 ให้ความสำคัญกับประชากรกลุ่มเฉพาะและกลุ่มเปราะบางที่ได้รับผลกระทบต่อสุขภาวะจากระบบสื่อ เช่น เด็กและเยาวชน ผู้สูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ เป็นต้น
2. การทำงานกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละช่วงวัยมุ่งการเติมช่องว่างที่พบว่าเป็นปัญหาสำคัญ (pain point) ของแต่ละช่วงวัย ดังนี้
   - กลุ่มช่วงวัยเด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ มุ่งการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล (MIDL)
   - กลุ่มช่วงวัยทำงาน มุ่งการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา เพื่อลดปัญหาความเครียด ซึมเศร้า ภาวะหมดไฟในการทำงาน ฯลฯ และเสริมพลังให้เข้ามามีบทบาทร่วมฟื้นคืนสุขภาวะให้แก่สังคมจากวิกฤตโควิด-19

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

แผนฯ มุ่งสานต่อการทำให้ “กลุ่มเป้าหมายมีการสื่อสารที่เอื้อต่อการสร้างวิถีสุขภาวะ 4 มิติ” อันเป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพตามกรอบแนวคิดในแผนหลัก 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) โดยหนุนเสริมให้เกิด ระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ (healthy media ecosystem) ที่ประกอบด้วย (1) ผู้ส่งสาร (2) เนื้อหาสาร (3) ช่องทาง/พื้นที่สื่อสาร และ (4) ผู้รับสาร (S-M-C-R) ด้วยการมุ่งเป้าที่คน ในฐานะผู้ส่งสารและผู้รับสาร โดยมีสถานะเป็นทั้งผู้ใช้ ผู้ผลิต และผู้เผยแพร่สื่อ (User Generated Content: UGC) ให้แสดงบทบาทอย่างมีคุณภาพ เท่าทันการสื่อสารในโลกยุคใหม่ ควบคู่ไปกับการจัดการสภาพแวดล้อมให้เกิดปัจจัยที่เพียงพอต่อการธำรงรักษาความสมดุลของระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ โดยใช้ กลยุทธ์ 4 E ประกอบด้วย Empower Enable Engage และ Enhance ในการขับเคลื่อนแผน ดังนี้

1. **การมุ่งเป้าที่คน** โดยพัฒนาผู้ใช้สื่อให้เท่าทันการสื่อสารในโลกยุคใหม่ ให้เป็น “ผู้ใช้สื่อที่เป็นทั้งผู้รับและผู้ผลิตสื่อ” (UGC) ที่มีคุณภาพ ควบคู่กับการพัฒนาทักษะชีวิต (soft skill) ที่มีความเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น และสังคม รวมทั้ง ขยายพลังของผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในปีที่ผ่าน ๆ มา ด้วยการสานสร้างเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะที่มีจิตสำนึกการเป็นพลเมือง (active citizen) ร่วมขับเคลื่อนงานเชิงรุกในการสื่อสารเนื้อหาประเด็นสุขภาวะ 7+1 และร่วมผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายที่ดี ให้เกิดผลในทางปฏิบัติ โดยแบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็น 2 ระดับ ดังนี้
   - **นักสื่อสารสุขภาวะ** เป็นกลุ่มผู้ใช้สื่อที่ตื่นตัวและพร้อมเข้าสู่กระบวนการพัฒนาที่จัดขึ้นโดยภาคีเครือข่ายของแผน 10 เพื่อให้มีสมรรถนะการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศและดิจิทัล มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่าทันตนเอง สามารถสร้างสรรค์กระบวนการสื่อสาร และเป็นผู้สร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดชุมชนหรือสังคมสุขภาวะ ด้วยจิตสำนึกความเป็นพลเมือง (active citizen)
   - **พลเมืองเท่าทันสื่อ** เป็นกลุ่มผู้ใช้สื่อในวงกว้าง ครอบคลุมทุกช่วงวัย โดยแผน 10 และภาคีเครือข่ายทำหน้าที่จุดประกาย กระตุ้น สนับสนุน เหนี่ยวนำ ให้เข้าร่วมในกิจกรรม ปฏิบัติการ หรือกระบวนการในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างการเรียนรู้ที่จะนำไปสู่การเป็นผู้ใช้และสร้างสื่อที่มีคุณภาพ มีความรอบรู้ทางสุขภาพ และมีส่วนร่วมสร้างสรรค์ระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ

ทั้งนี้เมื่อเชื่อมโยงเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะและพลเมืองเท่าทันสื่อให้เกิดการประสานพลังด้วยการรวมกลุ่ม การสร้างเครือข่ายระหว่างกลุ่ม และเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบทั้งในในพื้นที่กายภาพและพื้นที่สื่อออนไลน์ จะทำให้เกิดปัจจัยที่ส่งผลต่อการสร้างสมดุลในระบบนิเวศสื่อให้เอื้อต่อสุขภาวะ ทั้งจากสถานะของผู้ใช้และสร้างสื่อที่มีคุณภาพ และในสถานะของ “พลเมือง” ที่ร่วมกำกับติดตาม เฝ้าระวัง ผลักดันให้เกิดมาตรการระดับนโยบายที่ดี

2. **การมุ่งเป้าที่สภาพแวดล้อม** เพื่อทำให้เกิดปัจจัยเพียงพอต่อการธำรงรักษาระบบนิเวศสื่อที่สมดุลอย่างยั่งยืน ได้แก่
   - **การทำให้เกิดแพลตฟอร์ม (platform)** โดยการพัฒนาสาร ช่องทางสื่อสารหลากหลายลักษณะ บนพื้นฐานของการใช้เทคโนโลยีเป็นปัจจัยเอื้ออำนวยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดด และมีจำนวนมากพอสมควร เพื่อเชื่อมโยงพลัง ต่อยอด และขยายผลจากการพัฒนาผู้ใช้สื่อทุกวัย สู่นักสื่อสารสุขภาวะและพลเมืองเท่าทันสื่อ โดยสร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสาร และปฏิบัติการทางสังคมในการใช้สื่อเพื่อสุขภาวะ
   - **การต่อยอดและพัฒนาให้เกิดกลไกการกำกับดูแลระบบนิเวศสื่อ** โดยการขยายกลไกสื่อสารและเฝ้าระวังตรวจสอบสื่อและข้อมูลในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และการเชื่อมโยงเครือข่ายการทำงานในและข้ามพื้นที่อย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและผู้ใช้สื่อทุกช่วงวัย
   - **การสนับสนุนให้เกิดกลไกเชิงนโยบายด้านระบบนิเวศสื่อสุขภาวะและสุขภาวะทางปัญญา** เช่น แนวปฏิบัติ มาตรการ หรือนโยบายในระดับองค์กร ท้องถิ่น หรือระดับชาติ ที่สนับสนุนการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา ทักษะเท่าทันสื่อ หรือลดปัจจัยเสี่ยงด้านสื่อที่มีผลกระทบต่อสุขภาวะอย่างเท่าทันสถานการณ์

ทั้งนี้ กรอบแนวคิดการดำเนินงานของแผนถูกออกแบบด้วยความตระหนักถึงสภาพความเป็นจริงที่ว่า ในระบบนิเวศสื่อสุขภาวะประกอบด้วยระบบนิเวศย่อยจำนวนมาก และกลุ่มผู้ใช้สื่อในสังคมมีความแตกต่างหลากหลายอย่างสูง การดำเนินงานจะคำนึงถึงการใช้ช่องทางสื่อสารผ่านพื้นที่กายภาพและพื้นที่สื่อออนไลน์อย่างสมดุล เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านดิจิทัล (digital divide) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเปราะบางทางด้านสุขภาพ และการลดความเหลื่อมล้ำในการเรียนรู้และพัฒนาทักษะเท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัลของคนทุกช่วงวัย

ขณะเดียวกัน แผนยังให้ความสำคัญต่อมิติของการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาแก่กลุ่มเป้าหมายไปพร้อมกันแบบบูรณาการกับมิติของการสื่อสารสุขภาวะ โดยมุ่งสร้างจิตสำนึกใหม่เพื่อการฟื้นฟูสังคม ส่งเสริมศักยภาพในการรับฟังเพื่อสร้างความเข้าอกเข้าใจซึ่งกันและกัน สนับสนุนการให้และจิตอาสาเพื่อสังคมที่เกื้อกูล ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างจิตสำนึกใหม่อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบและโครงสร้างชุมชนและสังคมให้เอื้อต่อสุขภาวะ โดยวางน้ำหนักให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่แตกต่างไปตามช่วงวัย

ยุทธศาสตร์สำหรับการขับเคลื่อนแผน 10 ใช้ **กลยุทธ์ 4E** ประกอบด้วย **Empower Enable Engage และ Enhance** มาใช้ในการวิเคราะห์และจัดกลุ่มภาคีเครือข่ายและกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้ง การจัดการองค์ความรู้ เพื่อสร้างระบบนิเวศสื่อสุขภาวะที่สมดุลและยั่งยืน โดยใช้ทุนมนุษย์ องค์ความรู้ และภาคีเครือข่าย โดยแสดงภาพรวมได้ดังนี้

ภาพยุทธศาสตร์สำหรับการขับเคลื่อนแผน 10 ด้วย “กลยุทธ์ 4E”



Empower การหนุนเสริมทั้งคนและระบบที่มีอยู่ให้มีความเข้มแข็งมากขึ้นผ่านการพัฒนาเสริมพลังเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะร่วมสื่อสารสร้างการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ และพัฒนาพลเมืองเท่าทันสื่อ เพื่อเป็นผู้ใช้และสร้างสรรค์สื่อที่มีคุณภาพผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสริมพลังการทำงานด้วยการสร้างระบบการสื่อสารให้ภาคีในทุกระดับ โดยเฉพาะการดำเนินการในรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมแบบทางราบ (horizontal society)

Enable การหนุนเสริมให้ภาคีเครือข่ายแลกเปลี่ยนข้อมูลและขับเคลื่อนงานอย่างเป็นระบบ เพื่อเชื่อมต่องานภายในแผนฯ สู่สาธารณะ ผ่านการสนับสนุนทรัพยากร การจัดการความรู้ การทำงานวิจัย การสร้างความร่วมมือ และการบูรณาการงาน

Engage สานพลังขับเคลื่อนกลไกการทำงานและนโยบายอย่างมีส่วนร่วม แสวงหาเครือข่ายรูปแบบใหม่ ๆ ที่จะสามารถเชื่อมต่องานกับแผนฯ และ สสส. ได้ โดยเฉพาะในส่วนที่อาจมีเป้าหมายปลายทางร่วมกันเพื่อสร้างระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ

Enhance ต่อยอดขยายผลความรู้ นวัตกรรม กระบวนการสื่อสารโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยเน้นการใช้ประโยชน์จากดิจิทัลเทคโนโลยี รวมทั้งสร้างการตระหนักรู้ในประเด็นการเฝ้าระวังข้อมูลสุขภาพ (info surveillance) และหนุนเสริมการสื่อสารสุขภาวะผ่านการสื่อสารระดับกว้าง

ภาคีหลัก

1. **ภาคีด้านสื่อภาคประชาชน** อาทิ สถาบันสื่อเด็กและเยาวชน มูลนิธิสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน มูลนิธิสื่อศิลปวัฒนธรรมภาคประชาชน มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก มูลนิธิเพื่อนเยาวชนเพื่อการพัฒนา มูลนิธิอินเทอร์เน็ตร่วมพัฒนาไทย เครือข่ายวิทยุท้องถิ่น สมาคมวิทยุและสื่อเพื่อเด็กและเยาวชน มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว บริษัททำมาปัน (เพื่อสังคม) มูลนิธิคนตัวดี 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 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย และเชื่อมโยงกับเครือข่ายสาธารณสุข อาทิ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กรมอนามัย กองทุนสุขภาพตำบล เขตสุขภาพเพื่อประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
4. **ภาคีพันธมิตรด้านสื่อ** อาทิ องค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะ สมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย สมาคมนักข่าววิทยุและโทรทัศน์ไทย สภาการสื่อมวลชนแห่งชาติ สภาวิชาชีพข่าววิทยุและโทรทัศน์ไทย สมาคมผู้ดูแลเว็บไทย สมาคมโฆษณาแห่งประเทศไทย สมาคมผู้จัดพิมพ์และผู้จำหน่ายหนังสือแห่งประเทศไทย สมาคมผู้ผลิตข่าวออนไลน์ สมาคมนักเขียนบทละครโทรทัศน์ เครือข่าย สมาคมและชมรมด้านวิชาชีพสื่อ
5. **ภาคีด้านวิชาการ** อาทิ สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิชาการด้านนิเทศศาสตร์และสื่อสารมวลชนทั่วประเทศ สถาบันวิชาการด้านการศึกษาและเรียนรู้ ด้านสังคม ด้านวัฒนธรรม ด้านเด็กเยาวชนและครอบครัว และด้านสุขภาวะทางปัญญา

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
กลุ่มแผนงานสร้างเสริมระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ	152.00
กลุ่มแผนงานพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา	71.50
การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	1.50
รวม	**225.00**



แผน 11

แผนสร้างสรรค์โอกาส สร้างเสริมสุขภาวะ

สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

แผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะ มีพันธกิจหลักอยู่ที่การกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนการริเริ่มและพัฒนานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ช่วยให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงได้ง่ายและช่วยให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาวะดีขึ้นกว่าเดิม รวมถึงเสริมหนุนการดำเนินงานของแผนอื่น ๆ ด้วยการนำความรู้และบทเรียนความสำเร็จของแผนเชิงประเด็นและแผนเชิงองค์กรกระจายโอกาสลงไปในเชิงพื้นที่และเชิงกลุ่มประชากร โดยแผนฯ ได้วางกลไกการกระจายโอกาสลงสู่ระดับพื้นที่ไปยังกลุ่มบุคคล ชุมชน หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ผ่าน “หน่วยจัดการเชิงพื้นที่ (จังหวัด)” “หน่วยจัดการเชิงประเด็น” และ “หน่วยจัดการเชิงกลุ่มประชากร” ที่เป็นภาคีดำเนินงานอยู่ในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ ซึ่งมีส่วนทำให้บุคคล กลุ่มบุคคล ชุมชนและหน่วยงานต่าง ๆ มีผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นรูปธรรมทั้งเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะจนประสบผลสำเร็จในการจัดการกับสถานการณ์ปัญหาของพื้นที่ เช่น การลดละเลิกสูบบุหรี่ การลด ละ เลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การลดอุบัติเหตุทางถนน การลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก การเพิ่มกิจกรรมทางกาย การเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ และการสร้างชุมชนเข้มแข็ง เป็นต้น อีกทั้งยังช่วยลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพโดยเฉพาะในประชากรกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ เด็กและเยาวชน ผู้สูงอายุ กลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ฯลฯ ให้สามารถเข้าถึงการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพอันจะทำให้เกิดสุขภาวะที่ดีทั้งในระดับตนเองและชุมชน

การจัดทำแผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะประจำปี 2567 มุ่งสนับสนุนการกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) และมีความสอดรับกับแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) โดยมุ่งหวังให้การดำเนินงานของแผนฯ สนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงโอกาสการทำงานสร้างเสริมสุขภาวะ ซึ่งจะมีส่วนลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพและสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพได้ในที่สุด นอกจากนี้แผนฯ ยังมีความสอดรับกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ในประเด็นที่ 2 การพัฒนาศักยภาพศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต ประเด็นที่ 5 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดีครอบคลุมทั้งกาย ใจ สติปัญญาและสังคมและประเด็นที่ 6 การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพมนุษย์ รวมถึงยุทธศาสตร์ที่ 4

ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ในประเด็นที่ 1 การลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมในทุกมิติ ประเด็นที่ 3 การเสริมสร้างพลังทางสังคม และประเด็นที่ 4 การเพิ่มขีดความสามารถของชุมชนท้องถิ่นในการพึ่งตนเองและจัดการตนเอง อีกยังตอบสนองเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (The Sustainable Development Goals: SDGs) ในเป้าประสงค์ที่ 3 ที่กล่าวถึงการสร้างหลักประกันการมีสุขภาวะที่ดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกช่วงอายุ

สถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่มีผลต่อการทำงานของแผนฯ ในปี 2567

การประมวลและวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการดำเนินงานของกองทุนฯ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. **ปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะของคนไทยยังเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ** มีดังนี้ **1) ด้านสุขภาพ** มีข้อมูลว่าการมีพฤติกรรมเสี่ยงยังเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาระโรค โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ การดื่มสุราและการขับขี่พาหนะขณะมึนเมา เป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน พฤติกรรมการกินมีความเสี่ยงต่อการมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง น้ำหนักเกินและโรคอ้วน อันเป็นสาเหตุสำคัญของกลุ่มโรคไม่เรื้อรัง ทั้งโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง [135] ทั้งนี้พบข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มีแนวโน้มการชุกตัวสูงสุดในพื้นที่ภาคใต้ ในขณะที่พื้นที่กรุงเทพมหานครมีความชุกในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงที่สุดในกลุ่มเยาวชนซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวัง พฤติกรรมการดื่มสุราสูงสุดในพื้นที่ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ระดับใกล้เคียงกัน โดยพบข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากพฤติกรรมการดื่มแล้วขับมากที่สุดในเขตชนบท พื้นที่ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ตามลำดับ รวมถึงพฤติกรรมการใช้กัญชาซึ่งต้องมีการติดตามอย่างเนื่องหลังจากถูกถอดออกจากบัญชียาเสพติดเมื่อปี 2565 [136] ในด้านสุขภาพจิต ประชากรภาคเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงโดยเฉพาะจังหวัดลำพูน ลำปาง และจังหวัดแพร่ [137] **2) ด้านสิ่งแวดล้อม** ภาคเหนือเผชิญปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กสูงสุดในประเทศโดยสัมพันธ์กับอัตราตายจากมะเร็งปอด ในส่วนของภาคใต้มีปัญหาเรื่องการจัดการขยะมูลฝอยที่ยังกำจัดไม่ถูกต้อง [138] รวมถึงการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่ส่งผลต่อการเกิดภัยธรรมชาติทั้งน้ำท่วม ภัยแล้ง ดินโคลนถล่ม ไฟป่าและหมอกควัน แผ่นดินไหว อันส่งผลต่อปัญหาความเหลื่อมล้ำอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อีกทั้งภาคอุตสาหกรรมและการขนส่งมีการปล่อยมลพิษทางอากาศและฝุ่นละอองขนาดเล็กซึ่งเป็นบ่อเกิดของปัญหาสุขภาพทั่วโลกจึงร่วมมือตั้งเป้าหมายลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก เพื่อชะลอหรือหยุดยั้งปรากฏการณ์โลกร้อน [139] **3) ด้านสังคม** ในปี 2565 สัดส่วนผู้สูงอายุของไทยเพิ่มเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ทำให้ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์และส่งผลกระทบระยะยาวต่อเศรษฐกิจและภาวะแรงงานในประเทศ ในส่วนสถานการณ์ครอบครัวพบว่าขนาดครอบครัวมีแนวโน้มหดตัวลง จำนวนครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุอาศัยเพียงลำพังหรือมีลักษณะครอบครัวแหว่งกลางเพิ่มขึ้น กระทบต่อการใช้ชีวิตและคุณภาพชีวิตของประชากร อีกทั้งสถาบันครอบครัวนับว่ามีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งการบริโภคผักผลไม้ให้กับเด็กและเยาวชน การมีกิจกรรมทางกายของสมาชิกในครอบครัว และสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว ในขณะเดียวกัน สภาพแวดล้อมโรงเรียนเป็นสถานที่สำคัญต่อสุขภาพของเด็กวัยเรียน ในส่วนของสภาพแวดล้อมที่ทำงาน พบว่าคนทำงานด้านการผลิตและการบริการมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มอื่น คนทำงาน

135 สำนักรายงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2566). “รายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2562”. บริษัท แฮนดี เพรส จำกัด. นนทบุรี.

136 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2566). “สุขภาพคนไทย 2566: คำสัญญาของคนไทยใน “คอป” (COP: Conference of Parties) กับการรับมือ “โลกรวน”. บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน). กรุงเทพมหานคร.

137 กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565). “รายงานดัชนีความก้าวหน้าของคน ปี 2564”. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

138 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2566).

139 คณะทำงาน ThaiHealth Watch 2023. (2565). “จับตาทิศทางสุขภาพคนไทย ปี 2566”. สำนักงานของทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). กรุงเทพมหานคร.

ด้านบริหารดื่มสุราและมีภาวะอ้วนมากที่สุด ดังนั้น ลักษณะงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน นโยบายของที่ทำงานในการสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ต้องให้ความสำคัญ ในส่วนของสภาพแวดล้อมชุมชน มีข้อมูลว่าชุมชนมีศักยภาพอย่างมากในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของประชาชนในพื้นที่ ผ่านการสร้างสภาพแวดล้อมทางกายภาพ สังคม และวัฒนธรรมที่เอื้อวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ [140] ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่ยังต้องให้ความสำคัญต่อเนื่อง

2. **การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ยังไม่สิ้นสุด** ปัจจุบันการเข้าถึงวัคซีนมีมากขึ้น อัตราการเสียชีวิตลดลง แต่ผลกระทบเกิดต่อเนื่อง ดังนี้ **1) ด้านสุขภาพ** พบอาการลองโควิด-19 ที่เกิดขึ้นทางระบบประสาท ความจำและสมาธิสั้นลง ทางร่างกายอ่อนเพลียง่ายกว่าปกติ ปวดข้อกล้ามเนื้อ ผมร่วง และทางจิตใจมีภาวะเครียดซึมเศร้า [141] บางรายมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย [142] นอกจากนี้ ยังพบว่าเกิดภาวะหมดไฟของวัยแรงงานเพิ่มสูงขึ้นผลจากมาตรการล็อคดาวน์ การทำงานที่บ้านทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและเหนื่อยล้า ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการทำงานให้เหมาะสมจึงเป็นความท้าทายที่สอดรับสถานการณ์ **2) ด้านสังคม** โรคโควิด-19 อาจเป็นตัวเร่งให้อัตราการเกิดน้อยและการลดลงของประชากรไทยเร็วขึ้น กระทบต่อบริบททางสังคมทั้งอัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อวัยแรงงานและการพึ่งพาแรงงานข้ามชาติเพิ่มขึ้น เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานจากชนบท สู่เมืองและจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามาในประเทศ เร่งให้ประเทศไทยเป็นสังคมพหุวัฒนธรรมอย่างรวดเร็ว ภาวะโรคที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจึงหลากหลายตามความแตกต่างทางวัฒนธรรมของกลุ่มประชากร นับเป็นความ ท้าทายต่อการจัดระบบสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งการสร้างความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพ การพัฒนาผู้สูงอายุให้เป็นพลเมืองมีคุณค่าของสังคม พัฒนาระบบนิเวศเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต และสร้างสื่อการเรียนรู้ที่ไม่ทิ้งใครไว้เบื้องหลัง **3) ด้านเศรษฐกิจ** เกิดความเหลื่อมล้ำกับหนี้สินครัวเรือนเพื่อการอุปโภคบริโภคที่ขยายตัวเพิ่มขึ้น กิจกรรมทางเศรษฐกิจหยุดชะงัก แม้ภาคเกษตรกรรมและอุตสาหกรรมการผลิตจะฟื้นตัวแต่ยังอยู่ในระดับที่จำกัด นอกจากนี้ ภาวะลองโควิด-19 ยังมีผลต่อคุณภาพแรงงานทำงานได้ไม่เต็มที่เป็นความเสียหายทางเศรษฐกิจและส่งผลต่อปัญหาด้านแรงงาน ความท้าทายจึงเป็นเรื่องการทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลความรู้เพื่อสำรวจอาการลองโควิดเบื้องต้นด้วยตนเองรวมถึงการใช้เทคโนโลยีเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น [143] **4) ด้านการศึกษา** ปรับตัวลดลงจากปี 2563 มีระดับความก้าวหน้าน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบดัชนีย่อยด้านอื่น สาเหตุจากคุณภาพระบบการศึกษาลดลง การหลุดออกจากระบบการศึกษาและปัญหาการเรียนออนไลน์ ส่งผลให้เด็กจำนวนมากต้องเผชิญปัญหาการสูญเสียการเรียนรู้ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านการศึกษาจึงเป็นการสร้างสรรค์โอกาสและส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ที่เหมาะสมตามช่วงวัย

4. **บริบทความหลากหลายและความซับซ้อนของพื้นที่เป็นความท้าทายในการจัดการสุขภาวะให้เหมาะสม** เนื่องจากแต่ละพื้นที่ของประเทศไทยมีความแตกต่างกันทั้งวิถีชีวิต เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ซึ่งนำไปสู่ความหลากหลายของปัญหาสุขภาพในมิติต่าง ๆ ตามมากล่าวคือ ในพื้นที่ชุมชน ความท้าทายยังอยู่ที่การพัฒนาให้ชุมชนมีขีดความสามารถในการจัดการสุขภาวะของพื้นที่ด้วยตนเอง โดยมีนักพัฒนาภายนอกทำหน้าที่อำนวยความสะดวกและหนุนเสริมชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับดัชนีความก้าวหน้าของคนปี 2564 ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน โดยส่งเสริมความเข้มแข็งตั้งแต่ระดับครอบครัว และส่งเสริมต่อยอดความรู้และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดการความรู้ชุมชน **ในพื้นที่เขตเมือง** การเปลี่ยนแปลงสู่การเป็นมหานครและการขยายตัวของพื้นที่เขตเมือง ก่อให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงาน เพื่อเข้าถึงโอกาสทางเศรษฐกิจและเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาด้านสภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพคนในพื้นที่ เช่น การจัดการขยะ น้ำเสีย ความแออัดและเสื่อมโทรมของที่อยู่อาศัย เป็นต้น **เขตพื้นที่เศรษฐกิจและเมือง** ความเจริญทางเศรษฐกิจและกระจายโอกาสเข้าถึงโครงสร้างพื้นฐานและบริการสาธารณะที่มีคุณภาพ พร้อมทั้งสร้างความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐาน โลจิสติกส์และดิจิทัลเพื่อรองรับการพัฒนาเศรษฐกิจและพื้นที่เมือง เพื่อให้คนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยี ทั้งการเข้าถึงแหล่งความรู้ แหล่งเงินทุน และสวัสดิการทางสังคม การพัฒนาเขตพื้นที่เศรษฐกิจและเมืองได้ก่อให้เกิดประโยชน์ทางเศรษฐกิจและสังคมในหลายมิติ โดยเฉพาะการเป็น

140 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2566).
141 คณะทำงาน ThaiHealth Watch 2023. (2565).
142 กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565).
143 คณะทำงาน ThaiHealth Watch 2023. (2565).

แหล่งจ้างงานและสร้างรายได้สำคัญ และก่อให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงาน เพื่อเข้าถึงโอกาสทางเศรษฐกิจ สำหรับประเทศไทยการพัฒนาเชิงพื้นที่มีการกระจุกตัวสูงซึ่งส่งผลให้หลายพื้นที่ในเมืองหลักของไทยเผชิญความท้าทายด้านการจัดการขยะ น้ำเสีย ความแออัดและเสื่อมโทรมของที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของประชากรในพื้นที่ โดยเฉพาะเขตพื้นที่เฉพาะมักมีความหลากหลายและมีบริบทของปัญหาที่ต่างกัน จึงไม่สามารถใช้แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพแบบทั่วไปแก้ไขปัญหาสุขภาวะของประชากรในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุม

4. **คนไทยยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัวไม่เพียงพอเท่าที่ควร** ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของคนไทย การให้ข้อมูล การสื่อสารจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ ให้เป็นการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ยกระดับเป้าหมายจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามคำแนะนำเป็นการเข้าถึงหรือหาข้อมูลเป็นด้วยการสอบถาม หรือค้นหาข้อมูลจากระบบดิจิทัล และการทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับ และเลือกใช้ข้อมูลที่เชื่อถือในการตัดสินใจเพื่อวางแผนจัดการตนเองในบริบทของการดำเนินชีวิตที่เป็นอยู่จนเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น ความท้าทายจึงเป็นการตั้งเป้าหมายเร่งพัฒนาคนไทยให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังพบข้อมูลว่าประชาชนที่มีความรอบรู้ต่ำยังเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สูงขึ้น ไม่สามารถดำเนินชีวิตให้เกิดสมดุลทางสุขภาพที่ดีขึ้นได้ [144] ดังนั้นการพัฒนาให้คนไทยมีความรอบรู้และเกิดการพัฒนาศักยภาพในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในการตัดสินใจที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญ
5. **การเปลี่ยนผ่านทางเทคโนโลยี (disruptive technology) ส่งผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพของประชาชน** ในยุคสังคมดิจิทัลทำให้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ส่งผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบต่อการสร้างเสริมสุขภาพอย่างรวดเร็ว เห็นได้ชัดในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โลกของดิจิทัลมีบทบาทสำคัญกับการดำเนินชีวิตของคนจำนวนมาก โดยเฉพาะข้อมูลข่าวลวงอันส่งผลเสียต่อสุขภาพอย่างกว้างขวางและรวดเร็ว การเฝ้าระวังและคัดกรองข้อมูลความรู้ที่ไม่ถูกต้องจึงเป็นเรื่องสำคัญ นอกจากนี้ เทคโนโลยียังมีผลต่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพทั้งเรื่องการสื่อสาร การเผยแพร่ การเข้าถึงข้อมูลเป็นไปได้โดยง่ายและกว้างขวาง ซึ่งจะทำให้โอกาสในการขยายงานสร้างเสริมสุขภาพรวดเร็วมากขึ้น อย่างไรก็ตามการใช้ประโยชน์จากระบบเทคโนโลยีดิจิทัลก็ยังต้องคำนึงถึงความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการใช้งาน ทั้งในแง่ของอุปกรณ์ เครื่องมือ และความรอบรู้ด้านดิจิทัล โดยมีข้อท้าทายในการใช้ประโยชน์จากระบบเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสร้างและรองรับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านการเรียนรู้ การสื่อสาร การพัฒนาศักยภาพ และการจัดการอันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สภาพแวดล้อม และสังคมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพในยุคดิจิทัล
6. **การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพต้องพิจารณารอบด้านและปรับบริบทให้มีความเหมาะสมกับพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย** ครอบคลุมการสนับสนุนและพัฒนาเทคโนโลยีและระบบดิจิทัล รวมถึงการพัฒนานวัตกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสมกับประชากรแต่ละกลุ่มวัย ส่งเสริมการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี อย่างการพัฒนาพื้นที่เขตเมืองให้มีพื้นที่ทางกายภาพที่เป็นมิตรต่อสุขภาพด้วยการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปราศจากมลพิษ มีระบบการคมนาคมขนส่งที่ปลอดภัยและทุกคนเข้าถึงได้สะดวก มีพื้นที่สาธารณะที่เอื้อต่อการสร้างปฏิสัมพันธ์ ดูแลเอื้ออาทร แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน รวมถึงการปรับภูมิทัศน์เพื่อรองรับการเรียนรู้ที่หลากหลายตามกลุ่มเป้าหมายที่มีความเฉพาะเจาะจงเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและสานความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มคนที่แตกต่างตามช่วงวัยและวิถีชีวิตวัฒนธรรม
7. **นโยบายภาครัฐและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาวะที่ส่งกระทบต่อการดำเนินงานของแผน** โดยเฉพาะระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการตั้งงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสมทบงบกองทุน พ.ศ. 2565 (ฉบับที่ 3) ที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถสมทบงบประมาณร่วมกับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในลักษณะการร่วมทุนเพื่อนำไปกระจายโอกาสสนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นโยบายการโอนย้ายภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาล

144 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2566).

ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และแนวคิดการปรับบทบาทกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัด โดยขยายขอบเขตในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาโรคเบื้องต้น เพื่อรองรับการถ่ายโอน รพ.สต. และสนับสนุนงานด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ในอนาคต

8. **การนำห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome: CoO) มาใช้ขับเคลื่อนงาน**ให้บรรลุตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ภายใต้ทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) แบ่งออกเป็น เป้าหมายหลัก 7 เป้าหมาย ได้แก่ (1) ลดอัตราการบริโภคยาสูบ (2) ลดอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด (3) เพิ่มสัดส่วนการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพอย่างสมดุล (4) เพิ่มกิจกรรมทางกาย (5) ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน (6) เพิ่มสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตสมบูรณ์ (7) ลดผลกระทบสุขภาพจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อม และเป้าหมายที่รองรับต่อปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในอีก 10 ปีข้างหน้า รวมเป็น 8 เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ซึ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพของประเทศในแต่ละเป้าหมาย ได้มีองค์กรรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมายอำนาจหน้าที่จากรัฐ ดังนั้น สสส. จะดำเนินงานในบทบาทของการสนับสนุนภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้มาร่วมดำเนินการไปสู่การบรรลุผลลัพธ์ดังกล่าว โดย สสส. ได้นำห่วงโซ่ผลลัพธ์ (CoO) มาใช้วิเคราะห์ขอบเขตการดำเนินงานที่เป็นจุดเน้นของแต่ละเป้าหมายยุทธศาสตร์ โดยระบุตัวกำหนดสุขภาพ ปัจจัยที่ส่งผลต่อตัวกำหนดสุขภาพ มาตรการในการสร้างเสริมสุขภาพ พร้อมทั้งระบุกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ดำเนินงานสำคัญ เพื่อให้การขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพเป็นไปอย่างมีระบบ สามารถติดตามและวัดผลการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นรูปธรรม ซึ่งขอบเขตการดำเนินงานและจุดเน้นในแต่ละเป้าหมายยุทธศาสตร์ ทั้ง 15 แผนของ สสส. จะต้องนำไปวางแผน คิดค้นและออกแบบวิธีการดำเนินงานที่สอดคล้องและเชื่อมโยงกับห่วงโซ่ผลลัพธ์ (CoO) เพื่อให้แต่ละเป้าหมายสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ตามที่ต้องการ

9. **การบูรณาการทำงานสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มแผนเชิงพื้นที่ เชิงองค์กรและกลุ่มประชากร** โดย สสส. มีการจัดโครงสร้างแผนและจำแนกวิธีการทำงานออกเป็น 3 กลุ่มแผน (cluster) เพื่อให้เหมาะสมต่อบริบทของงานและเสริมการบูรณาการระหว่างแผน ได้แก่ (1) กลุ่มแผนเชิงประเด็น (2) กลุ่มแผนเชิงพื้นที่ องค์กรและกลุ่มประชากร โดยแผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะจัดอยู่ในกลุ่มแผนนี้ (3) กลุ่มแผนเชิงระบบ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถสร้างผลลัพธ์และขยายผลการดำเนินงานได้อย่างก้าวกระโดดเป็นไปตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) จำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันทั้งในกลุ่มแผนเชิงประเด็น ที่เน้นการพัฒนางานวิชาการและนวัตกรรมให้เท่าทันปัจจัยเสี่ยงที่มีพลวัต ตลอดจนการผลักดันนโยบายสาธารณะ ร่วมกับการทำงานในกลุ่มแผนเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากรที่เน้นการพัฒนาศักยภาพและสร้างความเข้มแข็งให้พื้นที่และกลุ่มประชากร มีขีดความสามารถในการแก้ปัญหาสุขภาพที่สร้างการมีส่วนร่วมการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและบริบทของพื้นที่ โดยในปี 2567 กลุ่มแผนเชิงพื้นที่ องค์กรและกลุ่มประชากร ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการบูรณาการการทำงานร่วมกันของทั้ง 6 แผนที่อยู่กลุ่มแผน (cluster) เดียวกันให้ปรากฏชัดเจนเป็นรูปธรรม จึงได้กำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกัน ทั้งในเชิงกลไกพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพ นอกจากนี้มีการพัฒนาระบบงานต่าง ๆ เช่น ระบบข้อมูล ระบบการจัดการเรียนรู้เครือข่าย ระบบสนับสนุนพื้นที่การทำงานร่วมกัน (sandbox) ระบบการสื่อสารสาธารณะ และระบบติดตามประเมินผลเพื่อการพัฒนา เพื่อสนับสนุนและเอื้ออำนวยให้เกิดการทำงานบูรณาการระหว่างแผน โดยริเริ่มนำร่องดำเนินงานในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

สรุปผลการดำเนินงานที่สำคัญของปีที่ผ่านมา ช่องว่างและโอกาสการพัฒนาที่เป็นประเด็นท้าทายสำหรับการดำเนินงานของแผนฯ ในปี 2567

ในช่วงที่ผ่านมาได้มีการขับเคลื่อนงานที่สอดคล้องกับพันธกิจการกระจายโอกาสทั้งในเชิงพื้นที่และเชิงกลุ่มประชากร เกิดผลการดำเนินงานที่สอดคล้องกับเป้าหมายตามแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) ทั้งในส่วนของกลุ่มเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือพื้นที่มีความเข้มแข็งในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและจัดการปัญหาสุขภาวะในพื้นที่ และหน่วยจัดการมีขีดความสามารถในการเชื่อมทรัพยากร และ/หรือเชื่อมทุนในพื้นที่เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงหน่วยงานหรือองค์กรที่มีการดำเนินงานกับแผนฯ ในลักษณะร่วมทุน (co-investment) โดยผลการดำเนินงานที่สำคัญในช่วงปี 2565 – 2566 (ครึ่งปี) พร้อมทั้งช่องว่างและโอกาสการพัฒนาที่เป็นประเด็นท้าทายสำหรับการดำเนินงานของแผนฯ ในปี 2567 มีรายละเอียดดังนี้

1. **ขยายและกระจายโอกาสดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพ** ที่มุ่งผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ/หรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายผ่านกลไก “หน่วยจัดการเชิงพื้นที่ (จังหวัด)” “หน่วยจัดการเชิงกลุ่มประชากร” และ “หน่วยจัดการเชิงประเด็น” จำนวน 153 หน่วยจัดการ ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ ซึ่งทำหน้าที่เป็นกลไกกระจายโอกาสและติดตามเสริมพลังให้บุคคล ชุมชน หน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ ดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดย**ขยายภาคีรายใหม่**ไปยังกลุ่มบุคคล ชุมชน หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพในปี 2565 ได้ร้อยละ 81 (1,644 โครงการ) จากจำนวนโครงการที่สนับสนุน 2,018 โครงการ และปี 2566 (ครึ่งปี) ได้ร้อยละ 86 (991 โครงการ) จากจำนวนโครงการที่สนับสนุน 1,147 โครงการ โดยสรุปสามารถ**กระจายการดำเนินโครงการตั้งแต่ปี 2565-2566 (ครึ่งปี) ได้รวม 3,165 โครงการ ซึ่งเป็นภาคีรายใหม่ถึงร้อยละ 83 (2,635 โครงการ)** แบ่งการกระจายตามภูมิภาคในพื้นที่ภาคกลาง-ตะวันออก-ตะวันตกร้อยละ 37 (1,179 โครงการ) รองลงมาคือพื้นที่ภาคเหนือร้อยละ 23 (731 โครงการ) ภาคใต้ร้อยละ 20 (644 โครงการ) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 19 (611 โครงการ) และสามารถกระจายโอกาสเพื่อป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาวะที่**สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาของพื้นที่และเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 10 ปีของกองทุนฯ** ได้ถึงร้อยละ 85.7 (2,713 โครงการ จาก 3,165 โครงการ) ได้แก่ ลดอัตราการบริโภคยาสูบ ลดอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานบุญงานประเพณี เพิ่มสัดส่วนการบริโภคอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ เพิ่มสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ การจัดการจุดเสี่ยงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ลดผลกระทบสุขภาพจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ฝุ่นควัน ขยะ เป็นต้น และภารกิจ**การกระจายโอกาสไปยังกลุ่มประชากรต่าง ๆ** ให้เข้าถึงการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะนั้น ได้สนับสนุนโครงการเชิงประชากร ร้อยละ 34 (1,064 โครงการ จาก 3,165 โครงการ) โดยกระจายในกลุ่มเด็กเยาวชนร้อยละ 16 (497 โครงการ) กลุ่มผู้สูงอายุร้อยละ 8 (236 โครงการ) กลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ร้อยละ 6 (194 โครงการ) กลุ่มชาติพันธุ์และกลุ่มที่มีสภาวะยากจนร้อยละ 2 (74 โครงการ) และกลุ่มคนรุ่นใหม่ร้อยละ 2 (63 โครงการ) ซึ่งทำให้เกิดความรู้และทักษะในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อกลุ่มเป้าหมาย ช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการสร้างเสริมสุขภาพและบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ตลอดจนเกิดนวัตกรคนรุ่นใหม่ที่สามารถสร้างนวัตกรรมหรือใช้เทคโนโลยีมาจัดการปัญหาสุขภาพและสร้างเสริมสุขภาพ เช่น นวัตกรรมอาหารเพื่อสุขภาพ นวัตกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน แอพพลิเคชั่นสำหรับประเมินสุขภาพจิตในกลุ่มเปราะบาง เป็นต้น

ผลการดำเนินงานสนับสนุนโครงการส่งผลให้**เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรายบุคคล**ตามปัญหาสุขภาวะ รวมทั้งสิ้น 253,713 คน (เช่น ลด ละ เลิกการสูบบุหรี่/ยาสูบ การมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคผักและผลไม้ การมีพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัยและสวมหมวกกันน็อค การคัดแยกและใช้ประโยชน์จากขยะ เป็นต้น) และ**เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพทั้งทางกายภาพ** จำนวน 1,079 โครงการ (เช่น งานบุญปลอดบุหรี่และเหล้า พื้นที่ออกกำลังกายในชุมชน จุดเสี่ยงอุบัติเหตุทางท้องถนนในชุมชนที่ถูกแก้ไข แปลงปลูกผักปลอดสารเคมี พื้นที่จัดกิจกรรมสร้างสรรค์) **และสนับสนุนมาตรการทางสังคม** จำนวน 2,048 โครงการ (เช่น มาตรการ กติกาหรือข้อตกลงที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการ

ลด ละ เลิก ยาสูบ สุรา เป็นต้น) ตลอดจนเกิด**ผลกระทบเชิงบวกทั้งในระดับบุคคลและระดับครัวเรือน** ในมิติสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยรวม และ**ส่งผลดีทางสังคมหรือชุมชน** เช่น ชุมชนเข้มแข็ง การมีความร่วมมือของกลุ่มต่าง ๆ ในพื้นที่ เกิดความร่วมมือหรือร่วมกำหนดกติกาในชุมชนเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะ การสร้างแกนนำต้นแบบและแกนนำคณะทำงานที่มีศักยภาพจัดการปัญหาได้ตรงกับสภาพปัญหาและความต้องการของคนส่วนใหญ่ **รวมถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจ**ที่เห็นได้ชัดเจน คือ การลดรายจ่าย เพิ่มรายได้และการออม เพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ทั้งในระดับบุคคล ระดับครัวเรือนและระดับชุมชน

<u>ประเด็นท้าทายสำคัญ</u>

การขยายภาคีรายใหม่โดย**เพิ่มโอกาสให้กับพื้นที่ใหม่ ๆ และที่ยังเข้าไม่ถึงการสนับสนุนของแผนฯ โดยเน้นและขยายการทำงานร่วมกับกลุ่มประชากรที่มีความชุกของปัญหาสุขภาวะ**ให้ครอบคลุมความเหลื่อมล้ำในทุกมิติทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม เช่น กลุ่มเปราะบาง กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเด็กและเยาวชน ฯลฯ เพื่อดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนานวัตกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการเฉพาะกลุ่มประชากร ผ่านกลไกหน่วยจัดการที่มีการออกแบบการสนับสนุนทุนที่เพิ่มการเข้าถึงทุนสนับสนุนของแผน การ**สนับสนุนพื้นที่ที่มีความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพหรือมีความชุกของปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ**ของประชาชน เช่น พื้นที่ภาคใต้ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูง เป็นต้น ตลอดจน**พื้นที่เขตเมือง**ที่มีบริบทและความซับซ้อนของปัญหาที่แตกต่างกัน เพื่อแก้ปัญหาโดยตรงต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เช่น การจัดการขยะ น้ำเสีย ความแออัดและเสื่อมโทรมของที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ฯลฯ โดยเฉพาะพื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่มีการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการของกลุ่มแผนเชิงพื้นที่ องค์กรและกลุ่มประชากรที่ได้กำหนดเป้าหมายหลักสำคัญ คือ ประชาชนในกรุงเทพมหานครมีวิถีชีวิต สังคมและสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาวะที่ดี

การกระจายโอกาสหรือเพิ่มการสนับสนุนไปยังกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ดำเนินงานที่เป็นจุดเน้นของเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 10 ปี ตามห่วงโซ่ผลลัพธ์ (CoO) ของแต่ละเป้าหมายที่แผนฯ ยังไม่ได้สนับสนุนหรือสนับสนุนน้อย โดยการขับเคลื่อนงานผ่านกลไกหน่วยจัดการทั้งในเชิงพื้นที่และเชิงกลุ่มประชากร เช่น การป้องกันนักสูบหน้าใหม่ โดยเฉพาะบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มเด็ก/เยาวชนที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปีและส่งเสริมให้เลิกสูบบุหรี่ในพื้นที่ภาคใต้ การป้องกันนักดื่มหน้าใหม่และส่งเสริมให้เลิกบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเด็กเยาวชนอายุ 15-24 ปี การเพิ่มกิจกรรมทางกายในกลุ่มประชากรกลุ่มเฉพาะที่มีความเปราะบางตามช่วงวัย (เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มคนพิการ ผู้มีรายได้น้อย) การจัดการพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน (ดื่มแล้วขับ ขับรถเร็ว ไม่สวมหมวกนิรภัย) ในกลุ่มเสี่ยงผู้ใช้รถจักรยานยนต์ วัยรุ่นและวัยแรงงาน การป้องกันและแก้ไขปัญหาฝุ่นและในพื้นที่ภาคเหนือ กรุงเทพมหานครและหัวเมืองใหญ่ เป็นต้น

ความท้าทายเชิงบริหารและจัดการเพื่อสนับสนุนภาคีในการช่วย**ลดทอนข้อจำกัดในการจัดทำเอกสารเสนอโครงการ การกำหนดผลลัพธ์และรายงานผลการดำเนินงาน รวมถึงสนับสนุนเครื่องมือ ความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติงานต่าง ๆ** ให้สอดคล้องกับสถานการณ์อย่างเหมาะสม หรือปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องในแต่ละกลุ่มประชากรหรือพื้นที่

2. **กลไกหน่วยจัดการช่วยกระจายโอกาสและเสริมหนุนการดำเนินงานในพื้นที่** โดยปัจจุบัน (ณ เดือนพฤษภาคม 2566) มีหน่วยจัดการ 3 ประเภท ได้แก่ หน่วยจัดการเชิงพื้นที่ (จังหวัด) หน่วยจัดการเชิงกลุ่มประชากร และหน่วยจัดการเชิงประเด็น **รวมทั้งสิ้น 153 หน่วยจัดการ** ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ ทำหน้าที่เป็นกลไกกระจายโอกาสและติดตามเสริมพลังบุคคล ชุมชน หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ให้ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ **ผลการติดตามและประเมินผลหน่วยจัดการ จำนวน 115 แห่ง** พบว่าหน่วยจัดการจำนวน 89 แห่ง (ร้อยละ 77.4) มีขีดความสามารถบริหารจัดการเชิงผลลัพธ์ในเกณฑ์ที่ดี ครอบคลุมการพัฒนาโครงการที่แสดงถึงผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมหรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การใช้บันไดผลลัพธ์เป็นเครื่องมือสำหรับติดตามและหนุนเสริม

ชุมชนเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย สามารถจัดทำข้อมูลผลลัพธ์ชัดเจนน่าเชื่อถือที่มีข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ และพบว่าในปี 2565 มีหน่วยจัดการ จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ หน่วยจัดการจังหวัดนครพนม นครปฐม และภูเก็ต และปี 2566 (ครึ่งปี) มีหน่วยจัดการ จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ หน่วยจัดการจังหวัดพัทลุง ลำปาง และชัยนาท รวมจำนวน 6 แห่ง สามารถยกระดับและขยายบทบาทในฐานะผู้เชื่อมทุน เชื่อมทรัพยากร สร้างความร่วมมือและเชื่อมประสานงบประมาณกับหน่วยงานในพื้นที่ ทำให้เกิดการกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวาง ขับเคลื่อนให้มีการสนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ จำนวน 58 โครงการ โดยใช้งบประมาณจากหน่วยงานในพื้นที่ เช่น กองทุนสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หน่วยงานภาคเอกชน เป็นต้น

ประเด็นท้าทายสำคัญ

แม้ว่าหน่วยจัดการจะมีศักยภาพในการเป็นกลไกกระจายโอกาสสู่พื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ยังมีข้อท้าทายในการ**ค้นหาหน่วยจัดการที่สามารถกระจายโอกาสไปยังพื้นที่ใหม่ ๆ หรือกลุ่มเปราะบางที่ยังเข้าไม่ถึงแหล่งทุน**ต่าง ๆ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และกลุ่มชาติพันธุ์ เป็นต้น เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ และแผนการพัฒนาศักยภาพที่ดำเนินการพัฒนาศักยภาพให้กับทุกหน่วยจัดการ โดยเฉพาะทักษะที่จำเป็นต่อการดำเนินงานในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น การอบรม การเรียนรู้ออนไลน์ การฝึกปฏิบัติในพื้นที่ เป็นต้น รวมถึงการพัฒนาระบบติดตามเสริมพลังหน่วยจัดการให้ทุกหน่วยจัดการเรียนรู้และพัฒนาจากผลการประเมิน ซึ่งช่วยให้หน่วยจัดการมีสมรรถนะที่ดีขึ้นแล้ว ยังพบประเด็นท้าทายที่จะ**พัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่หน่วยจัดการ**เพื่อนำไปสร้างการเรียนรู้ให้แก่ชุมชน โดยเฉพาะในประเด็นลดปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาวะตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปี โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นเครื่องมือสำคัญ ตลอดจน**การพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการในการติดตามเสริมพลังชุมชนที่สามารถสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สอดคล้องตามขอบเขตการดำเนินงานและจุดเน้นตามห่วงโซ่ผลลัพธ์** (CoO) ของแต่ละเป้าหมายยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปี

ความท้าทายเชิงบริหารและจัดการ เนื่องจากในพื้นที่มีหน่วยงานที่ทำงานด้านสุขภาพของประชาชนจำนวนมากที่ต่างมีเป้าหมายตรงกันในการลดภัยคุกคามและพัฒนาสุขภาวะของประชาชน หน่วยจัดการจึงควรเพิ่มบทบาทและศักยภาพในการประสานความร่วมมือเชื่อมโยงเครือข่ายการทำงาน รวมถึงการเชื่อมประสานทรัพยากรและเชื่อมทุนกับหน่วยงานหรือองค์กรในพื้นที่ เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาวะในพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

3. **การสร้างความร่วมมือในลักษณะเชื่อมทุนหรือร่วมทุนกับหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ** ที่ผ่านมาแผนฯ ได้สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ จำนวน 12 แห่ง โดยในปี 2565 จำนวน 9 แห่ง ได้แก่ (1) องค์กรสาธารณประโยชน์ จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ มูลนิธิเพื่อลมหายใจเชียงใหม่ (2) สถาบันการศึกษา จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ มหาวิทยาลัยรังสิต และ (3) องค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 7 แห่ง ได้แก่ น่าน อุทัยธานี สกลนคร หนองบัวลำภู พัทลุง สตูล ปัตตานี และ ปี 2566 (ครึ่งปี) จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ (1) องค์กรสาธารณประโยชน์ จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ สมาคมเด็กและเยาวชนสันติภาพชายแดนใต้ และสมาคมรักษ์ทะเลไทย (2) องค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ นครสวรรค์ เพื่อดำเนินงานในลักษณะร่วมทุน (co–investment) โดยองค์กรต่าง ๆ นี้ได้สมทบงบประมาณร่วมดำเนินงานกับ สสส. จำนวน 12,500,000 บาท เพื่อนำไปสนับสนุนกิจกรรมหรือโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาของแต่ละพื้นที่ จำนวนไม่น้อยกว่า 430 โครงการ เช่น ผู้สูงอายุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยาเสพติด ขยะ อาหารปลอดภัย เป็นต้น นอกจากนี้ได้ริเริ่มการสร้างความร่วมมือกับสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร ภายใต้การบูรณาการทำงานสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มแผนเชิงพื้นที่ เชิงองค์กรและกลุ่มประชากร ในการพัฒนากลไกหน่วยจัดการเพื่อหนุนเสริมการทำงานชุมชนอย่างมีส่วนร่วม โดยนำร่องดำเนินการ 10 เขต ได้แก่ บางซื่อ สายไหม ดอนเมือง บึงกุ่ม วังทองหลาง บางกะปิ ธนบุรี ภาษีเจริญ บางคอแหลม และลาดพร้าว มีกลไกหน่วยจัดการทำงานร่วมกับผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สำนักงานเขต เพื่อพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการค้นหาปัญหาชุมชนและพัฒนาโครงการเพื่อแก้ปัญหาของชุมชน รวมถึงเชื่อมประสานแหล่งทุนต่าง ๆ ได้แก่ สำนักงานเขต กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร เป็นต้น

เพื่อมาสนับสนุนการดำเนินงานสร้างสุขภาพในชุมชน ตลอดจนการติดตามเสริมพลังชุมชนเพื่อให้สามารถดำเนินงานแก้ไขปัญหาได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

ประเด็นท้าทายสำคัญ

การ**แสวงหาความร่วมมือและเชื่อมโยงการดำเนินงานกับหน่วยงานอื่น ๆ** ในพื้นที่ เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อให้เกิดการสนับสนุน ต่อยอดและขยายผลโครงการที่แผนฯ ได้กระจายการสนับสนุนในระดับพื้นที่ทั่วประเทศให้เกิดความต่อเนื่องยั่งยืน รวมถึงสนับสนุนและผลักดันให้หน่วยงานหรือองค์กรที่แผนฯ ไปสร้างความมือในลักษณะเชื่อมทุนหรือร่วมทุน โดยเฉพาะองค์การบริหารส่วนจังหวัด และสำนักพัฒนาสังคมกรุงเทพมหานคร **นำบทเรียนและผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานร่วมกับ สสส.** เช่น กลไกขับเคลื่อนงานในพื้นที่ องค์ความรู้ พื้นที่ต้นแบบ และแกนนำในพื้นที่ เป็นต้น ไปขับเคลื่อนงานที่เสริมหนุนงานสร้างเสริมสุขภาพหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตตามบทบาทภารกิจขององค์กร

ความท้าทายเชิงบริหารและจัดการ ในการ**พัฒนาเครือข่ายการเรียนรู้หน่วยงานร่วมทุน ปรับลดข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคและพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน** นำบทเรียนการดำเนินงานลักษณะร่วมทุนที่มาจากการปฏิบัติงานจริง เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานสำหรับหน่วยงานหรือองค์กรที่ร่วมทุนกับแผนฯ ให้สามารถร่วมมือในลักษณะการร่วมทุนที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เป็นการผนึกกำลังและรวมทรัพยากร สร้างมิติใหม่ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ที่ร่วมกันขับเคลื่อนงานในทิศทางและเป้าหมายที่มุ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพร่วมกันตามบทบาทภารกิจของแต่ละฝ่ายในอนาคต

4. **การขยายผลชุมชนเข้มแข็งโดยใช้กลไกสภาผู้นำชุมชน**เป็นกลไกสร้างการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาและควบคุมปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพในชุมชน ผลการดำเนินอย่างต่อเนื่องจากการปฏิบัติจริงและการถอดบทเรียนจนตกผลึกได้ความรู้การพัฒนาชุมชนแข็งโดยใช้กลไกสภาผู้นำชุมชน และสามารถนำขยายผลไปยังชุมชนอื่น ๆ ในพื้นที่ 249 หมู่บ้าน และในปี 2565 ได้สนับสนุนหน่วยจัดการ จำนวน 2 แห่ง เพื่อริเริ่มทดลองการดำเนินงานกลไกสภาผู้นำชุมชนร่วมกับภาคีในพื้นที่ในการรับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาวะด้วยกันได้แก่ **(1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล** (รพ.สต.) ดำเนินงานใน รพ.สต. 56 แห่ง (จำนวน 22 จังหวัด ครอบคลุม 154 หมู่บ้าน) โดยมีเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงหนุนเสริมการดำเนินงาน เพื่อจัดการสุขภาพระดับปฐมภูมิด้วยกลไกสภาผู้นำชุมชน และ **(2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** (อปท.) ดำเนินงานใน อปท. 11 แห่ง (จำนวน 10 จังหวัด ครอบคลุม 59 หมู่บ้าน) โดยมีเจ้าหน้าที่ อปท. เป็น พี่เลี้ยงสนับสนุนและพัฒนากลไกสภาผู้นำชุมชนในแต่ละหมู่บ้านให้เข้มแข็ง มีการจัดการสุขภาวะและสนับสนุนงบประมาณของ อปท. ตามแผนตำบลที่เชื่อมข้อมูลกับแผนชุมชนพึ่งตนเอง (ระดับหมู่บ้าน) ซึ่งมีประเด็นสุขภาวะและกระบวนการทำงานร่วมกันกับกลไกสภาผู้นำชุมชนเข้มแข็ง ในระหว่างการริเริ่มทดลองการดำเนินงานจนถึงปี 2566 สสส. เห็นโอกาสการดำเนินงานเชิงระบบและยั่งยืน จึงได้ส่งต่อกลไกหน่วยจัดการชุมชนเข้มแข็ง ชุดความรู้และบทเรียนการดำเนินงานไปยังสำนักที่มีพันธกิจเกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชน (สำนัก 3) ที่มีจุดเน้นในการพัฒนาศักยภาพเพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น โดยรับสานงานต่อดำเนินงานใน 16 อปท. รวม 122 ชุมชน/หมู่บ้าน และสำนักสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ (สำนัก 7) ที่มีจุดเน้นในการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยรับสานงานต่อดำเนินงานใน 47 รพ.สต. รวม 175 ชุมชน/หมู่บ้าน

ประเด็นท้าทายสำคัญ

การส่งต่อการดำเนินงานชุมชนเข้มแข็งโดยใช้กลไกสภาผู้นำชุมชนไปยังสำนัก 3 และสำนัก 7 จำเป็นต้องมีระยะเวลาเปลี่ยนผ่าน เพื่อ**ส่งเสริมและสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้เกี่ยวข้อง ในหลักคิด วิธีการดำเนินงาน ชุดความรู้และเครื่องมือในการดำเนินงาน** โดยมีกลไกคณะทำงานร่วม 3 สำนัก ที่จะสนับสนุนให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ร่วมกัน และขับเคลื่อนให้การดำเนินงานต่อเนื่องเพื่อสนับสนุนกลไกสภาผู้นำชุมชนเข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพของคนในชุมชนอย่างเป็นระบบ และตอบโจทย์เป้าหมายการดำเนินงานที่เป็นจุดเน้นการดำเนินงานของแต่ละสำนัก

5. **การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อดิจิทัล** ผลการดำเนินงาน **สามารถ**พัฒนากลุ่มเด็กวัยเรียน วัยรุ่น และเยาวชน ครอบคลุมทุกภูมิภาคทั่วประเทศ จำนวน 250 กลุ่ม เป็นนักสื่อสารสร้างเสริมสุขภาวะ มีทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการผลิตสื่อเพื่อสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพด้านกัญชาที่ถูกต้อง จำนวน 50 ชิ้น ที่มีเนื้อหาที่เหมาะสม **มีผู้ได้รับข้อมูลและเกิดการรับรู้ ความตระหนักถึงผลดีผลเสีย และกลุ่มเด็กเยาวชนยังผลิตความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องจากการเผยแพร่**ผ่านแอพพลิเคชัน Persona Health (สื่อเฉพาะคุณ) สื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ รวมทั้งการสื่อสารตรงไปยังกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ โรงเรียน และชุมชน เป็นต้น **ซึ่งเป็นการสร้างผลกระทบเชิงบวกในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวาง**

ประเด็นท้าทายสำคัญ

การดำเนินงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในระยะต่อไปอยู่ที่**การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการผลิตหรือเผยแพร่สื่อที่สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมุ่งประเด็นที่เป็นปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาวะตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 10 ปี** รวมถึงประเด็นสุขภาวะที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในวงกว้าง เช่น NCDs เป็นต้น และการดำเนินงานสร้างความรู้ให้เท่าทันต่อการคุกคามและความปลอดภัยทางดิจิทัลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ความท้าทายเชิงบริหารและจัดการที่กลไกหน่วยจัดการเป็นผู้ขยายผลการรับรู้และสร้างความรอบรู้ให้กับประชาชน จำเป็นที่จะต้อง**พัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการให้สามารถสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาวะที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ** เฝ้าระวังและแนะนำช่องทางการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรหรือพื้นที่ โดยเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาสุขภาวะของแต่ละพื้นที่

6. **การพัฒนาระบบสนับสนุนการดำเนินงาน** การพัฒนา**งานประเมินผลและการพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการ**ได้เครือข่ายทีมประเมินผล จำนวน 19 ทีม มีความสามารถสร้างการเรียนรู้และพัฒนาหน่วยจัดการ ครอบคลุม 115 หน่วยจัดการ (คิดเป็นร้อยละ 75 ของหน่วยจัดการทั้งหมด 153 หน่วยจัดการ) และทำหน้าที่ติดตามหนุนเสริม สะท้อนผลการดำเนินงานของหน่วยจัดการ **งานสื่อสารสาธารณะ** ได้พัฒนาช่องทางการสื่อสารผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ (social media) ปัจจุบันมีผู้ติดตามจำนวน 28,000 คน (เพิ่มขึ้นจากปี 2565 จำนวน 15,597 คน) เป็นช่องทางสร้างแรงบันดาลใจและเสริมพลังการทำงานในกลุ่มประชาชนทั่วไปและภาคีเครือข่าย โดยนำเสนอผลงานและแนวทางปฏิบัติที่เป็นต้นแบบการดำเนินงาน รวมถึงข้อมูลข่าวสารความ รอบรู้ด้านสุขภาพที่ทันต่อเหตุการณ์ **งานพัฒนาเครือข่ายหน่วยจัดการ** มุ่งเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การทำงานเพื่อยกระดับงาน และพัฒนาช่องทางการสื่อสารออนไลน์ระหว่างหน่วยจัดการ ซึ่งส่งผลดีให้หน่วยจัดการแต่ละประเภทมีโอกาสแลกเปลี่ยนบทบาทภารกิจระหว่างกัน ช่วยกันแก้ไขอุปสรรคและหนุนเสริมการทำงาน จนสามารถเพิ่มโอกาสการเชื่อมโยงและต่อยอดการดำเนินงานในจังหวัดหรือในพื้นที่ใกล้เคียง

ประเด็นท้าทายสำคัญ

การพัฒนาระบบสนับสนุนจะต้อง**ดำเนินการเชิงรุกอย่างต่อเนื่องและเท่าทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง**ที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานแผนฯ และหน่วยจัดการ การพัฒนา**งานประเมินผล** โดยการค้นหาทีมประเมินผลให้ครอบคลุมทุกหน่วยจัดการที่ยังไม่มีทีมประเมินผล และการพัฒนาศักยภาพทีมประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะประเด็นที่จำเป็นต่อการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมาย ตลอดจนการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ผู้เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากผลการประเมินได้อย่างมีประสิทธิภาพ **งานสื่อสาธารณะ** โดยการยกระดับการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ติดตามช่องทางการสื่อสารเครือข่ายสังคมออนไลน์ (social media) เพิ่มการสื่อสารความรอบรู้ด้านสุขภาพเน้นประเด็นที่เป็นปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาวะ และความรู้เท่าทันต่อการคุกคามและความปลอดภัยทางดิจิทัล

ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยพยายามให้มีวิธีการหลากหลายเพื่อกระตุ้นการรับรู้ สร้างแรงจูงใจและความตระหนัก เช่น สร้างแคมเปญเชิญชวนการร่วมกิจกรรมดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น **งานพัฒนาเครือข่ายหน่วยจัดการ** จัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการหรือบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยจัดการอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความร่วมมือสู่การเกิดเครือข่ายเชิงประเด็นหรือเชิงพื้นที่ที่มีการเชื่อมโยงและหนุนเสริมการดำเนินงานซึ่งกันและกัน

จุดเน้นของแผน

แผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะ **นำประเด็นข้อท้าทาย โอกาสในการพัฒนา** และการบรรลุตามเป้าหมายและผลลัพธ์ที่แผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะได้กำหนดไว้ในกรอบแผนหลัก (พ.ศ.2566-2570) มาพิจารณา จึงกำหนดจุดเน้นการดำเนินงานปี 2567 ดังนี้

1. **ขยายและกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ** เพื่อให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะ ลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพและสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการกระจายโอกาสใน 3 ลักษณะ ได้แก่
   - **เชิงกลุ่มประชากร** โดยเฉพาะกลุ่มประชากรที่ยังเข้าไม่ถึงทุนสนับสนุนของแผน กลุ่มประชากรสำคัญที่มีความซุกและกำลังเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาจากปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาวะ รวมถึงกลุ่มประชากรที่มีความเหลื่อมล้ำในมิติต่าง ๆ เช่น กลุ่มเปราะบาง กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเด็กและเยาวชน เป็นต้น เพื่อให้เข้าถึงการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะและลดความเหลื่อมล้ำในมิติต่าง ๆ ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม
   - **เชิงพื้นที่** มุ่งเน้นการกระจายโอกาสในพื้นที่ที่ยังเข้าไม่ถึงทุนสนับสนุนของแผน และพื้นที่ที่มีความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ หรือพื้นที่ที่มีความซุกของปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะของประชาชน เช่น พื้นที่ภาคใต้ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูง เป็นต้น ตลอดจนพื้นที่เขตเมืองที่มีบริบทและความซับซ้อนของปัญหา โดยเน้นการเพิ่มขีดความสามารถของพื้นที่ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะด้วยตนเองที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาวะเฉพาะในแต่ละพื้นที่ ซึ่งมีความแตกต่างหลากหลายต่างกัน
   - **เชิงประเด็น** มุ่งเน้นการสนับสนุนในประเด็นปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาวะที่เป็นจุดเน้นของเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ตามห่วงโซ่ผลลัพธ์ (CoO) ของแต่ละเป้าหมาย และให้ความสำคัญกับประเด็นที่แผนฯ ยังไม่ได้สนับสนุนหรือสนับสนุนน้อย เช่น การป้องกันนักสูบหน้าใหม่ของกลุ่มเด็กหรือเยาวชนที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี โดยเฉพาะบุหรี่ไฟฟ้า และส่งเสริมให้เลิกสูบบุหรี่ในพื้นที่ภาคใต้ การป้องกันนักดื่มหน้าใหม่และส่งเสริมให้เลิกบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเด็กเยาวชนอายุ 15-24 ปี เป็นต้น นอกจากสนับสนุนการแก้ปัญหาเชิงประเด็นแล้ว ยังมุ่งเน้นการพัฒนาขีดความสามารถการจัดการสุขภาวะที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาวะที่สอดคล้องตามห่วงโซ่ผลลัพธ์ (CoO)
2. **สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นเครื่องมือสร้างความรอบรู้และความฉลาดรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)** ให้แก่หน่วยจัดการและประชากรกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะประเด็นที่เป็นปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาวะตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) และการสร้างการเรียนรู้การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างปลอดภัยเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะ รวมถึงให้รู้เท่าทันต่อภัยเสี่ยงหรือการคุกคามที่ส่งผลด้านลบต่อสุขภาวะ
3. **พัฒนาและยกระดับขีดความสามารถของหน่วยจัดการ** เพื่อเป็นหุ้นส่วนดำเนินงานร่วมกับแผนฯ ในการกระจายโอกาสไปยังพื้นที่ใหม่หรือกลุ่มเป้าหมายใหม่ที่ยังเข้าไม่ถึงแหล่งทุนต่าง ๆ หรือดำเนินงานให้ครอบคลุมความเหลื่อมล้ำในทุกมิติ หน่วยจัดการที่มีขีดความสามารถจะสนับสนุนข้อมูลด้านสุขภาวะที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือให้กลุ่มเป้าหมาย รวมถึงหนุนเสริมการดำเนินงานชุมชนที่มุ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สอดคล้องตามขอบเขตการดำเนินงานและจุดเน้นตามห่วงโซ่ผลลัพธ์ (CoO) ของแต่ละเป้าหมายยุทธศาสตร์แผนฯ จึงมุ่งสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการให้มีขีดความสามารถที่สอดคล้องกับเป้าหมายและความคาดหวังที่แผนฯ มีต่อหน่วยจัดการ รวมถึงการเสริมศักยภาพเพื่อขยายบทบาทหน่วย

จัดการในการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานหรือองค์กรในพื้นที่ การเชื่อมประสานทรัพยากรและเชื่อมทุน เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาวะในพื้นที่

4. **สร้างความร่วมมืออย่างมีเป้าหมายร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีบทบาทภารกิจด้านสุขภาพ** เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร เป็นต้น ในลักษณะของการเชื่อมทุนหรือร่วมทุน (co-investment) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาวะของประชาชนในพื้นที่ การต่อยอดหรือยกระดับการดำเนินงาน เช่น การขยายพื้นที่หรือเพิ่มจำนวนผู้รับประโยชน์ การพัฒนาและเชื่อมโยงเครือข่ายหน่วยจัดการรวมถึงหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อร่วมกันพัฒนาแนวทางการดำเนินงานและขจัดอุปสรรคหรือแก้ไขข้อจำกัดการดำเนินงาน ตลอดจนสานพลังและหนุนเสริมหน่วยงานในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่
5. **เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบสนับสนุนการบริหารจัดการ** มุ่งเน้นการพัฒนาทีมประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาให้มีคุณภาพ และนำข้อมูลผลการประเมินที่น่าเชื่อถือเป็นไปตามมาตรฐาน นำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการ เสริมพลังภาคีสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ และการสื่อสารสาธารณะเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะ ทั้งนี้ระบบสนับสนุนการบริหารจัดการยังช่วยยกระดับศักยภาพของบุคลากรภายในแผนฯ ให้มีประสิทธิภาพการดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จ

เป้าหมายการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก

1 โครงการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและ/หรือสภาพ แวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย

ไม่น้อยกว่า **2,200 โครงการ**

โดยเป็นโครงการของภาคีรายใหม่ **ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70**

2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนสอดคล้องกับประเด็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาวะที่เป็นปัญหาของพื้นที่

ไม่น้อยกว่า **ร้อยละ 45**

ของจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ

3 การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางกายภาพหรือทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชนที่สอดคล้องกับประเด็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาวะที่เป็นปัญหาของพื้นที่

ไม่น้อยกว่า **ร้อยละ 80**

ของโครงการที่ได้รับการสนับสนุน

4 หน่วยจัดการที่มีบทบาทในการกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ สามารถขยายบทบาทให้เกิดการเชื่อมประสานความร่วมมือกับหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาสุขภาวะของพื้นที่

ไม่น้อยกว่า **3 แห่ง**

5 หน่วยงานหรือองค์กร ที่มีการดำเนินงานลักษณะร่วมทุน (Co-Investment) กับแผนฯ ในปี 2566 มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการแผนงานร่วมทุน จำนวน **3 แห่ง**

6 หน่วยงานหรือองค์กรรายใหม่ที่ร่วมดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาวะในพื้นที่กับแผนฯ ในลักษณะร่วมทุน (Co-Investment) ไม่น้อยกว่า **5 แห่ง**

ตัวชี้วัดร่วม

ความร่วมมือระหว่างแผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะ (แผน 11) และแผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ (แผน 12) เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะในพื้นที่กรุงเทพมหานครผ่านองค์กรหรือภาคีที่มีบทบาทในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยมีเป้าหมายไม่น้อยกว่า 4 องค์กร/ภาคี

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

1. **การกระจายโอกาส** หมายถึง การกระจายทุนในการสนับสนุน การกระจายความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ และการกระจายโอกาสในการพัฒนาหนุนเสริมความเข้มแข็งให้แก่หมู่บ้าน/ชุมชนและกลุ่มเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาสุขภาวะในพื้นที่
2. **หน่วยจัดการ** หมายถึง หน่วยงาน องค์กร หรือกลุ่มบุคคลที่ทำงานร่วมกับแผนฯ ในเป้าหมายและภารกิจที่แผนฯ ออกแบบไว้ได้แก่ การค้นหาภาคีรายย่อยเพื่อกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพและติดตามโครงการย่อยให้สามารถดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์และเกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนด
3. **การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ** หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลหรือกลุ่มประชากรในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการกระทำโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม
4. **สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ** หมายถึง สภาพแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม ระบบนิเวศ และ/หรือสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย อาทิ มีการนำนโยบาย มาตรการ ข้อกำหนด วิธีการปฏิบัติ หรือแนวทางปฏิบัติ ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการสร้างกลไกการจัดการชุมชนและการจัดการต่อปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน
5. **การเชื่อมทุน** หมายถึง การเชื่อมประสานเพื่อให้แหล่งทุนต่าง ๆ ในจังหวัด เช่น กองทุนสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถสนับสนุนทุนให้แก่ภาคีเพื่อดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาของพื้นที่หรือประเด็นยุทธศาสตร์ของจังหวัด เป็นการขยายให้เกิดการสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้มากขึ้นจากที่ สสส. สนับสนุน
6. **การร่วมทุน** หมายถึง การสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานที่มีความพร้อมในการจัดสรรงบประมาณร่วมดำเนินงานกับแผนฯ เพื่อนำไปสนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาของพื้นที่หรือประเด็นยุทธศาสตร์ของจังหวัด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อขยายและกระจายโอกาสการสนับสนุนให้หมู่บ้าน/ชุมชน และประชากรกลุ่มเป้าหมายมีขีดความสามารถในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ สามารถจัดการ/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ/หรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพและสังคมได้ตามเป้าหมายโครงการ
2. เพื่อเพิ่มขีดความสามารถและยกระดับสมรรถนะหน่วยจัดการให้สามารถทำงานร่วมกับแผนฯ ได้บรรลุตามเป้าหมายและจุดเน้นของแผนในการกระจายโอกาสไปยังพื้นที่ใหม่ ๆ หรือกลุ่มเป้าหมายใหม่ที่ยังเข้าไม่ถึงแหล่งทุนต่าง ๆ ให้ครอบคลุมความเหลื่อมล้ำในทุกมิติ
3. เพื่อให้เกิดความร่วมมือกับหน่วยงานที่มีบทบาทภารกิจด้านสุขภาพในลักษณะของการเชื่อมทุนหรือร่วมทุน (co-investment) โดยสามารถกระจายโอกาสหรือขยายผู้ได้รับประโยชน์ในพื้นที่เข้าถึงการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาสุขภาวะของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละพื้นที่
4. เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการบริหารจัดการแผนฯ ครอบคลุมเรื่องระบบข้อมูลผลลัพธ์และข้อมูลการติดตามประเมินผลทั้งในระดับโครงการ ระดับหน่วยจัดการและระดับแผน รวมถึงการนำไปใช้ประโยชน์ในการเสริมพลังและพัฒนาสมรรถนะภาคี พัฒนาต่อยอดขยายผลการดำเนินงานและการสื่อสารสาธารณะ

แนวทางการดำเนินงาน

กลุ่มเป้าหมายขอบเขตการดำเนินงาน

แผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะกำหนดกรอบแนวคิดการดำเนินงานประจำปี 2567 ดังภาพ โดยกำหนดเป้าหมายการกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพไปยังพื้นที่หรือกลุ่มประชากรที่มีความเหลื่อมล้ำในมิติต่าง ๆ จำนวนไม่น้อยกว่า 2,200 โครงการ มุ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 - 2574) หรือประเด็นสุขภาวะอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาของพื้นที่ โดยกำหนดยุทธศาสตร์ดำเนินงานกระจายโอกาสผ่านกลไกหน่วยจัดการทั้ง “หน่วยจัดการเชิงพื้นที่ (จังหวัด)” “หน่วยจัดการเชิงประเด็น” และ “หน่วยจัดการเชิงกลุ่มประชากร” ซึ่งเป็นภาคีดำเนินงานอยู่ในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ โดยจะมีการพัฒนาขีดความสามารถหน่วยจัดการและประชาชนกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงยุทธศาสตร์การสานพลังเครือข่ายและสร้างความร่วมมืออย่างมีเป้าหมายกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีบทบาทการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันการศึกษาในพื้นที่ ฯลฯ ตลอดจนการพัฒนากลไกสนับสนุนการดำเนินงานทั้งในส่วนการติดตามประเมินผล การพัฒนาศักยภาพภาคี การพัฒนาระบบข้อมูล และการสื่อสาธารณะ ซึ่งจะมีส่วนช่วยสนับสนุนให้การดำเนินงานของหน่วยจัดการและประชาชนกลุ่มเป้าหมายสามารถดำเนินงานจนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพในพื้นที่ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

กรอบแนวคิดแผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะประจำปี 2567



ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

แผนฯ ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ จุดเน้นและเป้าหมายที่กำหนดไว้ในปี 2567 โดยจัดเป็น 3 กลุ่มแผนงาน ดังนี้

กลุ่มแผนงานสร้างสรรค์โอกาสและขยายภาคี

1. **สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงกลุ่มประชากร เชิงพื้นที่และเชิงประเด็น**
   - สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและ/หรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะการดำเนินงานในประเด็นปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาวะที่เป็นจุดเน้นของเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ตามห่วงโซ่ผลลัพธ์ (CoO) ของแต่ละเป้าหมายที่แผนฯ ยังไม่ได้สนับสนุนหรือสนับสนุนน้อย
   - เพิ่มการสนับสนุนโครงการที่มุ่งแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในมิติต่าง ๆ ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม ของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เช่น กลุ่มเปราะบาง กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเด็กและเยาวชน กลุ่มชาติพันธุ์ เป็นต้น รวมถึงประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่มีความซุกและกำลังเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาจากปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาวะ
   - มุ่งเน้นสนับสนุนพื้นที่ที่มีความซุกของปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะของประชาชน เช่น พื้นที่ภาคใต้ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูง เป็นต้น ตลอดจนพื้นที่เขตเมืองที่มีบริบทและความซับซ้อนของปัญหา โดยเฉพาะพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยมีการประสานความร่วมมือและบูรณาการการทำงานกับแผนเชิงพื้นที่ องค์กรและกลุ่มประชากร เพื่อลดความซ้ำซ้อนและให้เกิดการหนุนเสริมความรู้ในการช่วยกันขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน

2. **พัฒนาและสนับสนุนหน่วยจัดการเพื่อเป็นกลไกกระจายโอกาส**
   - ค้นหาและสนับสนุนการพัฒนาหน่วยจัดการใหม่ ๆ เพื่อให้เป็นกลไกในการกระจายโอกาสการสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถเข้าถึงกลุ่มประชากรที่ยังเข้าไม่ถึงทุนของกองทุนฯ โดยมีการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มประชากร
   - ประเมินสมรรถนะเพื่อจัดกลุ่มการพัฒนาหน่วยจัดการ พร้อมทั้งจัดทำเป้าหมายความคาดหวังที่เหมาะสมกับสมรรถนะหน่วยจัดการในแต่ละกลุ่ม
   - พัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการให้สอดคล้องกับสมรรถนะและเป้าหมายความคาดหวังของหน่วยจัดการแต่ละกลุ่มอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ โดยเฉพาะทักษะที่จำเป็นต่อการดำเนินงานตามบทบาทภารกิจที่แผนฯ คาดหวัง เช่น การวิเคราะห์ภาคียุทธศาสตร์ การสร้างความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ การสรุปถอดบทเรียนและจัดการความรู้ การสื่อสารสาธารณะ ทักษะและความรอบรู้ทางสุขภาพ การติดตามเสริมพลังชุมชนที่สามารถสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพ เป็นต้น
   - สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการให้สามารถประสานความร่วมมือ เชื่อมโยงเครือข่ายการทำงาน รวมถึงการเชื่อมประสานทรัพยากรกับหน่วยงานหรือองค์กรในพื้นที่ เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาวะในพื้นที่และขยายผลการดำเนินงานสู่วงกว้างมากขึ้น
   - สนับสนุนการสร้างกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาสื่อการเรียนรู้ในรูปแบบต่าง ๆ โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อพัฒนาศักยภาพภาคีและหน่วยจัดการให้สามารถดำเนินงานได้ตามบทบาทภารกิจและเป้าหมาย

กลุ่มแผนงานสานพลังและพัฒนาความร่วมมือภาคีเครือข่าย

1. ค้นหาและประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่ดำเนินงานด้านสุขภาพ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร สถาบันการศึกษาในพื้นที่ เป็นต้น ในลักษณะของการร่วมดำเนินงาน เชื่อมทุนหรือทรัพยากร และร่วมทุน (co-investment) เพื่อดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาวะและลดภัยคุกคามต่อการพัฒนาสุขภาวะของประชาชนในพื้นที่ รวมถึงต่อยอดหรือยกระดับการดำเนินงานเพื่อขยายพื้นที่หรือผู้รับประโยชน์ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ สร้างความต่อเนื่องยั่งยืนในการดำเนินงาน
2. สนับสนุนให้เกิดการสรุปบทเรียนการดำเนินงานลักษณะร่วมทุนที่มาจากการปฏิบัติงานจริง เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานสำหรับแผนฯ และหน่วยงานหรือองค์กรที่ร่วมทุนในอนาคต
3. ปรับลดข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคและพัฒนาแนวทางการดำเนินงานใหม่ ๆ ร่วมกับหน่วยงานที่แผนฯ ได้สร้างความร่วมมือในรูปแบบการร่วมทุน (co-investment) ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
4. สนับสนุนให้หน่วยงานหรือองค์กรที่แผนฯ ไปสร้างความร่วมมือในลักษณะการร่วมทุน (co-investment) สามารถดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและบริหารจัดการจัดการโครงการที่มุ่งผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
5. พัฒนาเครือข่ายเครือข่ายการเรียนรู้ของหน่วยจัดการ หน่วยงานหรือองค์กรที่ร่วมทุนกับแผน รวมทั้งภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ให้ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ เทคนิคการปฏิบัติงาน การบูรณาการทำงานร่วมกัน เพื่อให้เกิดเครือข่ายเชิงพื้นที่หรือเชิงประเด็นที่มีการเชื่อมโยงและหนุนเสริมการดำเนินงานซึ่งกันและกัน

กลุ่มแผนงานสนับสนุนการดำเนินงานสร้างสรรค์โอกาส

1. **งานประเมินผล**
   - สนับสนุนการประเมินผลหน่วยจัดการให้ครอบคลุมทุกหน่วยจัดการ โดยใช้แนวคิดการประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา
   - พัฒนาศักยภาพทีมประเมินผลให้มีคุณภาพในประเด็นที่จำเป็นต่อการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมาย เพื่อให้ได้ผลการประเมินที่เป็นไปตามมาตรฐาน
   - เพิ่มบทบาทและยกระดับการทำงานของทีมประเมินผล ให้สามารถพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการตามช่องว่างสมรรถนะที่ค้นพบจากการประเมินได้อย่างทันท่วงที
   - จัดการข้อมูลงานประเมินผลให้เป็นระบบโดยการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และส่งเสริมการนำผลการประเมินไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการ รวมทั้งใช้ในการบริหารจัดการแผนฯ ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น
2. **งานข้อมูลและการจัดการความรู้**
   - สนับสนุนให้มีการสังเคราะห์และสรุปถอดบทเรียนการดำเนินงานที่ผ่านมาทั้งในระดับโครงการ ระดับหน่วยจัดการและระดับแผนงาน เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการสนับสนุนทุน รวมถึงเครื่องมือ/ชุดความรู้/นวัตกรรมที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
   - ส่งเสริมให้มีการจัดการความรู้และจัดการข้อมูล ปรับปรุง พัฒนาต่อยอดและส่งต่อชุดความรู้/นวัตกรรมที่ใช้ในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาสุขภาวะในพื้นที่
3. **งานสื่อสารสาธารณะ**
   - สนับสนุนกลไกการบริหารจัดการและการดำเนินงานเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารของหน่วยจัดการให้สามารถสื่อสารกิจกรรมและผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพต่าง ๆ และการสร้างการรับรู้และภาพลักษณ์เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของสำนักสร้างสรรค์โอกาส ให้กับประชากรเป้าหมายและองค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่
   - วางแผนและจัดการฐานข้อมูลผลงานที่ได้รับการสื่อสารให้เป็นระบบ สามารถใช้ประโยชน์เพื่อการเผยแพร่ ขยายผลหรือขยายฐานการเข้าถึงของภาคีเครือข่ายและผู้สนใจทั่วไป
   - พัฒนาช่องทางการสื่อสารดิจิทัลของสำนักสร้างสรรค์โอกาส ให้สามารถยกระดับการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ติดตามช่องทางการสื่อสารเครือข่ายสังคมออนไลน์ (social media)
   - เพิ่มเนื้อหาการสื่อสารความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะประเด็นที่เป็นปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาวะ และความรู้เท่าทันต่อการคุกคามและความปลอดภัยทางดิจิทัลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีวิธีการหลากหลายเพื่อกระตุ้นการรับรู้ สร้างแรงจูงใจและความตระหนัก เช่น สร้างแคมเปญเชิญชวนการร่วมกิจกรรมดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น
   - พัฒนาแนวทางการสื่อสารสาธารณะที่สนับสนุนการทำงานของหน่วยจัดการให้สามารถสื่อสารได้ด้วยตนเองเพื่อสานพลังเครือข่ายในพื้นที่

******

ภาคีหลัก

กลุ่มภาคีปฏิบัติการในพื้นที่ อาทิ กลุ่ม ชมรม เครือข่ายองค์กรในระดับหมู่บ้าน/ชุมชนที่ดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่น กลุ่มเด็กเยาวชน กลุ่มเปราะบาง กลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มแรงงานนอกระบบ กลุ่มคนยากจน ฯลฯ

กลุ่มภาคีร่วมขับเคลื่อน อาทิ องค์กรสาธารณประโยชน์ องค์กรภาคประชาสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข สถาบันการศึกษา สถาบันวิชาการ และสื่อมวลชน

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
กลุ่มแผนงานสร้างสรรค์โอกาสและขยายภาคี	255.00
กลุ่มแผนงานสานพลังและพัฒนาความร่วมมือภาคีเครือข่าย	55.00
กลุ่มแผนงานสนับสนุนการดำเนินงานสร้างสรรค์โอกาส	40.00
การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	20.00
รวม	**370.00**



แผน 12

แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านระบบบริการสุขภาพ

สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ เป็นด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุขทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชนที่ผสมผสานการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่บุคคล ครอบครัวและชุมชน ด้วยแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวมที่มองเรื่องสุขภาพไม่เพียงแต่ความเจ็บป่วยหรือไม่มีโรค แต่ครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพด้วย โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน และครอบครัวอย่างเหมาะสม ซึ่งขับเคลื่อนผ่าน “พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562” ที่มีเจตนารมณ์สำคัญ คือ การจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิด้วยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีมาตรฐาน ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ และสร้างความมั่นใจแก่ประชาชนที่จะได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ เพื่อลดปัญหาความแออัดในหน่วยบริการสุขภาพ

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 นำมาสู่การถ่ายโอนภารกิจ "โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)" ไปสู่ "องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)” มีกลไกของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ที่ตอบสนองปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนและความต้องการของประชาชน อย่างน้อย 6 ด้านดังนี้ (1) การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน (2) การควบคุมป้องกันโรคติดต่อและไม่ติดต่อ (3) การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ (4) การส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ (5) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (6) การบริหารจัดการและพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการส่งต่อผู้ป่วย

สถานการณ์การถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไป อปท. (อบต. เทศบาล อบจ.) รพ.สต. ทั่วประเทศ ทั้งหมด 9,826 แห่ง ถ่ายโอนแล้ว 3,348 แห่ง และปี พ.ศ.2567 จะถ่ายโอนอีก 1,236 แห่ง หน่วยบริการปฐมภูมิที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 5,243 แห่ง สิ่งสำคัญของการถ่ายโอนภารกิจ เป็นสะท้อนถึงการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วน ให้เข้ามาร่วมพัฒนารูปแบบการจัดบริการด้านสาธารณสุขของหน่วยบริการสุขภาพ รวมถึงการ

พัฒนาคุณภาพของการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เป็นกลไกที่ให้ประชาชนและชุมชนมีอำนาจในการกำหนดประเด็นที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ของตนเอง

ภารกิจการถ่ายโอนฯ ยังสืบเนื่องถึงการบริหารจัดการกองทุนที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดร่วมสมทบได้ จำนวน 3 กองทุน ได้แก่ (1) กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2) กองทุนสวัสดิการชุมชนที่ประชาชนในชุมชนร่วมกันจัดตั้งขึ้น และได้รับการรับรองตามกฎหมายว่าด้วยส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม (3) กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกฎหมายว่าด้วยกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับพื้นที่ ซึ่งกองทุนเหล่านี้เป็นกลไกการเงินการคลังสำหรับชุมชนและท้องถิ่นในการจัดระบบสุขภาพตนเองตามความเหมาะสมและความจำเป็นของประชาชน

ระบบสุขภาพเขตเมือง พบว่าปัญหาภาระงานของบุคลากรสุขภาพ ความแออัด การเข้าถึงบริการ และความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพยิ่งทวีความรุนแรง เพราะความซับซ้อนทั้งเชิงโครงสร้าง การบริหารจัดการ การจัดบริการ และการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของพื้นที่เขตเมือง ที่ผ่านมาทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งภาคราชการ ภาควิชาการ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมต่าง ๆ มีความพยายามนำทรัพยากร องค์ความรู้มาร่วมกันพัฒนารูปแบบการจัดการ นโยบาย พัฒนาศักยภาพต่าง ๆ เพื่อตอบสนองปัญหาของคนเมืองกลุ่มต่าง ๆ เช่น แผนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง การดูแลคนเปราะบางในชุมชนเมือง การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ การจัดหานวัตกรรมระบบบริการรูปแบบใหม่ ๆ

ในขณะเดียวกัน สถานะสุขภาพของคนไทย ยังเผชิญกับกลุ่มโรค NCDs หรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิต และภาระโรคโดยรวมของประเทศ จึงต้องเร่งมือจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค ทั้งการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคหวาน มัน เค็ม การบริโภคอาหารที่ไม่สมดุล และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ เป็นต้น ซึ่งในระบบบริการสุขภาพและเครือข่ายสุขภาพมีรูปแบบการทำงานเพื่อสนับสนุนให้ชุมชนและประชาชน นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง จนสามารถเปลี่ยนแนวความคิดว่าโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงสามารถเข้าสู่ระยะสงบได้ (Remission) ช่วยให้ผู้ป่วยลดการใช้ยาจนถึงสามารถหยุดยาได้ รวมถึง สามารถลดการอุบัติการณ์ของโรค NCDs ของกลุ่มเสี่ยงได้

สรุปผลการประเมินหรือผลการดำเนินงานที่สำคัญของปีที่ผ่านมา

1. สร้างความร่วมมือกับสถาบันวิชาการ สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ หรือคณะกรรมการระดับพื้นที่เพื่อเป็นกลไกสนับสนุนการพัฒนาและเสริมสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ บุคลากรสุขภาพ สหวิชาชีพ บุคลากรท้องถิ่น แกนนำ ฯลฯ บริหารจัดการเครือข่าย จัดกระบวนการเรียนรู้ให้สามารถบูรณาการการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ เพื่อให้เกิดพื้นที่เข้มแข็งและจัดการตนเองด้านสุขภาพ (ระดับชุมชน ตำบล อำเภอ) อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสังคม และสิ่งแวดล้อมสุขภาวะ
    - ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ภายใต้ศูนย์สร้างเสริมสุขภาพ อาชีวอนามัย และความปลอดภัยในคนทำงานภาคเหนือ พัฒนาระบบและกลไกการจัดบริการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยสำหรับแรงงานนอกระบบในชุมชน สนับสนุนองค์ความรู้ และสานพลังเครือข่ายพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 18 แห่ง ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน เป้าหมายเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงานนอกระบบ
    - ร่วมกับสภาการพยาบาล พัฒนาระบบบริหารจัดการพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้านเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ต้นแบบเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ได้หลักสูตรต้นแบบการจัดการผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง ออนไลน์ 10 วัน สำหรับพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้าน และพัฒนา Network Community Action Plan

(N CAP) ซึ่งเป็นการถอดรหัสแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเข้ามาอยู่ในระบบสารสนเทศ nurse.athome.net ในรูปแบบ N CAP ที่ให้ทั้งความรู้เชิงวิชาการในการดูแลผู้ป่วย การติดต่อประสานการทำงาน การปฏิบัติการพยาบาล กำกับติดตาม ประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ ติดตามอย่างต่อเนื่อง

- ร่วมกับมูลนิธิอุทัย สุดสุข และสำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พัฒนากลไกสนับสนุนวิชาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่วิถีธรรมวิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สนับสนุนให้เกิดอำเภอต้นแบบสุขภาพดี วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ใน 13 เครือข่าย

2. พัฒนานวัตกรรม เครื่องมือ ระบบดิจิทัลและระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ กลุ่มประชากร และผลกระทบต่อเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอุบัติใหม่ (เช่น ผลกระทบระยะยาวของโรคโควิด-19) คำนึงถึงกระบวนการของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการเปลี่ยนแปลง (digital transformation) โดยความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน
   - ร่วมกับมูลนิธิภิวัฒน์สาธารณสุขไทย พัฒนาระบบ “สอนบัดดี้” ให้สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ในการเก็บข้อมูล จำนวน 53 แห่ง ที่เชื่อมต่อฐานข้อมูลเข้าระบบบริการเพื่อสิทธิประโยชน์ของประชาชน สำหรับการดำเนินงานในแบบเชิงรุก และใช้เป็นระบบ/ ฐานข้อมูลสำหรับรวบรวมข้อมูล และใช้วิเคราะห์ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of Health) รวมถึงการดำเนินการสำรวจสวัสดิภาพการมีสุขภาพที่ดี (Health Welfare Survey)
   - ร่วมกับคณะวิศวกรรมศาสตร์ และคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พัฒนา “ระบบปฏิบัติการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ออนไลน์” (Platform Social Telecare) ผ่านเวปไซด์ http://sc.pcu.in.th/signin.php โดยเป็นแพลตฟอร์มออนไลน์ที่รวบรวมเครื่องมือการให้การช่วยเหลือทางสังคมให้กับคนกลุ่มเปราะบาง มีองค์ประกอบ 3 ส่วน ได้แก่ (1) ระบบประเมิน 2) ระบบการดำเนินงาน (ระบบการรับ-ส่งต่อ ระบบการดูแลทางสังคม ระบบการบำบัดฟื้นฟูทางสังคม) 3) ระบบการติดตามและประเมินผล ซึ่งระบบจะมีการวิเคราะห์ ประมวลผลและรายงานผล เพื่อผู้ใช้งานระบบสามารถนำข้อมูลไปใช้งานในพื้นที่ Sandbox 12 เขตสุขภาพ ตามกลุ่มเป้าหมายที่คัดเลือกไว้จำนวนผู้ป่วยในระบบทั้งสิ้น 1,983 คน

3. สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการ และแนวปฏิบัติระดับพื้นที่และระดับชาติที่เอื้อให้ระบบบริการสุขภาพเกิดการทำงานสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น และหนุนเสริมการพัฒนาพื้นที่เข้มแข็งและจัดการตนเองด้านสุขภาพ (ระดับชุมชน ตำบล อำเภอ) โดยเฉพาะการเข้าถึงกลไกการเงินการคลังด้านสุขภาพในพื้นที่ เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
   - พัฒนานโยบายระดับประเทศหรือมาตรการที่สนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก ได้แก่ 1) ข้อเสนอการเพิ่มสิทธิประโยชน์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทางทันตกรรม การคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในประชาชนวัยทำงาน อายุ 40 ปีขึ้นไป เพื่อลดการลุกลามของโรค เพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย ลดค่าใช้จ่ายและงบประมาณในการรักษาโรคมะเร็งช่องปาก และจัดทำแนวทางการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ร่วมกับราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัย โสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย สถาบันวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2) ข้อเสนอการเพิ่มสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม (การตรวจสุขภาพช่องปาก) สำหรับผู้ประกันตนมาตรา 33 และ 39 ภายใต้สิทธิประกันสังคม เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของระบบหลักประกัน
   - ร่วมกับ สถาบันนโยบายสาธารณะ (สนส.ม.อ.) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในการบูรณาการกลไกสร้างเสริมสุขภาวะระดับตำบลและอำเภอเพื่อการจัดการระบบสุขภาพชุมชน เพื่อขับเคลื่อนเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 8 ประเด็น มีการลงนามความร่วมมือ MOU ระหว่าง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และเครือข่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในการสร้างเสริมสุขภาวะระดับตำบลและระดับอำเภอเพื่อการจัดการระบบสุขภาพชุมชน จำนวน 12 อำเภอ

จุดเน้นของแผน

1. ขับเคลื่อนเชิงยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบสุขภาพ ด้วยกลไกระบบสุขภาพระดับจังหวัด/พื้นที่ การพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมือง รวมถึงการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต.ไปสู่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เช่น ระบบสนับสนุนการขับเคลื่อนเชิงยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพระดับจังหวัด ความร่วมมือการทำงานกับ อบจ./สปสช. ในการร่วมพัฒนากองทุนสร้างเสริมสุขภาพระดับจังหวัด กองทุนฟื้นฟู
2. การขยายผลระบบและต้นแบบการสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพจากการดำเนินงานที่ผ่านมาและเกิดผลลัพธ์ต่อกลุ่มเป้าหมาย เช่น การปรับพฤติกรรมสุขภาพจนโรคเบาหวานสามารถเข้าสู่ระยะสงบได้ (DM Remission) เทคโนโลยีและระบบดิจิทัล
3. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพและองค์กรเครือข่ายวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ เช่น เครือข่ายผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน กลุ่มนักศึกษาสหวิชาชีพ ภาคเอกชน เป็นต้น
4. บูรณาการการขับเคลื่อนทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ระหว่างหน่วยงานภายใน สสส. และภาคีเครือข่าย เช่น การขับเคลื่อนป้องกันบุหรี่ไฟฟ้ากับ นักศึกษาแพทย์รุ่นใหม่ และกลุ่ม อสม.

เป้าหมายการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก

1 ระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพระบบสุขภาพระดับจังหวัด/พื้นที่ [145] การพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมือง รวมถึงการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต.ไปสู่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) [146]

ไม่น้อยกว่า **2 กลไก**

2 หน่วยบริการสุขภาพ ที่สามารถสนับสนุนการสร้างพื้นที่เข้มแข็งและจัดการตนเองด้านสุขภาพ (ระดับชุมชน ตำบล อำเภอ) โดยบูรณาการประเด็นสร้างเสริมสุขภาพทำให้ชุมชนหรือประชาชนมีสุขภาพดี สอดคล้องกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร ร่วมกับหน่วยงานองค์กรในพื้นที่

ไม่น้อยกว่า **120 หน่วยบริการ**

145 ระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพระบบสุขภาพระดับจังหวัด/พื้นที่ หมายถึง หน่วยงาน ศูนย์วิชาการ หน่วยจัดการความรู้ หรือคณะทำงานที่มีบทบาทในการวิเคราะห์/ สังเคราะห์ข้อมูลทางวิชาการ และสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อขับเคลื่อน สนับสนุนและเสริมสมรรถนะการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ พัฒนาและจัดการความรู้ การบริหารจัดการเครือข่าย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในระดับจังหวัด/พื้นที่ เช่น กลไกการทำงานร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด กลไกสนับสนุนการเข้าถึงกลไกการเงินการคลังด้านสุขภาพในพื้นที่ (กองทุนต่าง ๆ) ระบบและกลไกสนับสนุนการทำงานเครือข่ายสุขภาพและชุมชนในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพระบบสุขภาพระดับจังหวัด/พื้นที่ เป็นต้น

146

3 ทีมสุขภาพปฐมภูมิ (บุคลากรสุขภาพ สหวิชาชีพ บุคลากรท้องถิ่นแกนนำ ฯลฯ) ที่มีขีดความสามารถในการสร้างการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ (ชุมชน ตำบล อำเภอ) เพื่อนำไปสู่การเกิดชุมชนเข้มแข็งและจัดการตนเองด้านสุขภาพที่ทำให้ชุมชนหรือประชาชนมีสุขภาพดี

ไม่น้อยกว่า **700 คน**

4 นวัตกรรม[147] เครื่องมือ ระบบสารสนเทศเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ของระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และกลุ่มประชากร

ไม่น้อยกว่า
2 นวัตกรรม

ตัวชี้วัดร่วม

1. การบูรณาการร่วมกันระหว่างแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด (แผน 2) และแผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ (แผน 12) เพื่อสนับสนุนให้บุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน ไม่น้อยกว่า 20 พื้นที่
2. ความร่วมมือระหว่างแผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะ (แผน 11) และแผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ (แผน 12) เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะในพื้นที่กรุงเทพมหานครผ่านองค์กรหรือภาคีที่มีบทบาทในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยมีเป้าหมายไม่น้อยกว่า 4 องค์กร/ภาคี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนเชิงยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพด้วยกลไกระบบสุขภาพระดับจังหวัด/พื้นที่ การพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมือง และร่วมพัฒนารูปแบบการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสู่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ
2. เพื่อสนับสนุนการขยายผลระบบและต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพที่สามารถส่งผลลัพธ์ทางสุขภาพตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ของ สสส.
3. เพื่อพัฒนาศักยภาพและขยายเครือข่ายขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ ร่วมกับองค์กรเครือข่ายวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง
4. เพื่อสนับสนุนการบูรณการตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) กับภาคีเครือข่ายสหวิชาชีพ เพื่อขยายผลลัพธ์ทางสุขภาพร่วมกับแผนเชิงประเด็นอื่น ๆ แผนเชิงกลุ่มประชากร และพื้นที่

147 นวัตกรรม หมายถึง การทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยวิธีการ แนวคิด กระบวนการใหม่ ที่แก้ไขปัญหา เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาสังคม สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ เช่น นวัตกรรมการจัดการเบาหวาน, ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบดิจิทัลที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ

แนวทางการดำเนินงาน

ส่งเสริม ประสานและขับเคลื่อนการพัฒนานโยบายสร้างเสริมสุขภาพในมิติต่าง ๆ การขยายผลระบบและต้นแบบสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพร่วมกับองค์กรเครือข่ายวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เพื่อร่วมสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพตามทิศทางกรอบนโยบาย 5 ด้านตามที่คณะกรรมการกองทุนเห็นชอบ มีแนวทางการดำเนินงานระยะ 1 ปี ดังนี้

1. ใช้ทิศทางและเป้าหมายกองทุน ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) เป็นกรอบในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับนโยบาย กฎหมาย และทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้อง อาทิ การโอนภารกิจ รพ.สต. สู่ อบจ. การขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ การพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมือง และให้ความสำคัญกับการใช้ห่วงโซ่ผลลัพธ์ตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนและบูรณาการการทำงาน ตลอดจนการใช้กลไกการกำกับ ติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพควบคู่กันไป
2. สร้างและขยายผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างทั่วถึงและยั่งยืน ด้วยการขยายผลงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพที่สามารถสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ของ สสส. ในประเด็น การปรับพฤติกรรมสุขภาพและจัดการปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ยาสูบ แอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่สมดุล มีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ การพัฒนาเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพและภาคส่วนต่าง ๆ ร่วมผลักดันนโยบาย การพัฒนาศักยภาพองค์ความรู้ และการสื่อสารที่มีประสิทธิผล ตลอดจนคำนึงถึงพลวัตและความแตกต่างเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร
3. สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ สำหรับวิเคราะห์สถานการณ์และจัดลำดับประเด็นสำคัญ อันจะนำไปสู่กลยุทธการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สภาพแวดล้อม และสังคมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ พร้อมทั้งสร้างความตระหนักให้เท่าทันต่อปัจจัยที่คุกคามสุขภาพทั้งเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร
4. ให้ความสำคัญกับการลดผลกระทบของประชากรกลุ่มเปราะบางจากความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอุบัติใหม่ผ่านระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่เขตเมือง และกลุ่มผู้สูงอายุ
5. เชื่อมโยงเครือข่ายการทำงานกับภาคีเครือข่าย เพื่อบูรณาการการขับเคลื่อนเป้าหมายยุทธศาสตร์ของ สสส. ด้วยการผลักดันนโยบาย การพัฒนางานวิชาการ และประสานทรัพยากร เพื่อสร้างความร่วมมือและส่งเสริมภารกิจด้านการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบสุขภาพ เช่น การขับเคลื่อนป้องกันบุหรี่ไฟฟ้ากับนักศึกษาแพทย์รุ่นใหม่และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข

กลุ่มแผนงานเครือข่ายบริการและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

1. การพัฒนาระบบสนับสนุนการขับเคลื่อนกลไกระบบสุขภาพระดับจังหวัด/พื้นที่ รวมทั้งพัฒนากลไกสนับสนุนการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ทั้งองค์ความรู้ ระบบสารสนเทศ และนวัตกรรมในการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบสุขภาพ เพื่อสร้างความร่วมมือการทำงานกับเครือข่าย อาทิ ความร่วมมือการทำงานกับ อบจ./สปสช. ในการร่วมพัฒนากองทุนสร้างเสริมสุขภาพระดับจังหวัด กองทุนฟื้นฟู
2. สนับสนุนการขยายผลระบบและต้นแบบการสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพจากการดำเนินงานที่ผ่านมาและเกิดผลลัพธ์ต่อกลุ่มเป้าหมายทั้งเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร เช่น การปรับระบบบริการที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้โรคเบาหวานเข้าสู่ภาวะระยะสงบ หรือโรคเบาหวานที่ไม่ต้องใช้ยา (DM Remission) การขยายการดำเนินงานเครือข่ายภาคประชาสังคมในการร่วมจัดบริการกองทุนสุขภาพระดับพื้นที่
3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและขยายแนวร่วมเครือข่ายวิชาชีพ ที่สามารถยกระดับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ มุ่งตอบสนองเป้าหมายยุทธศาสตร์ และรองรับความเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพ เช่น เครือข่ายผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน กลุ่มนักศึกษาสหวิชาชีพและภาคเอกชน

กลุ่มแผนงานระบบสุขภาพเขตเมือง

1. การพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่เขตเมือง เพื่อแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ รวมถึงการสร้างสุขภาวะที่ดีเพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เขตเมือง ซึ่งมีความซับซ้อนสูงและต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน เช่น การขับเคลื่อนชุมชนเมืองเข้มแข็ง ผ่านกลไกธรรมนูญสุขภาพ การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดสรร และการทำงานกับเทศบาลนคร
2. การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายบุคลากรด้านสุขภาพและภาคประชาสังคม ให้สามารถดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเขตเมืองและตอบสนองกับสถานการณ์สุขภาพ ความต้องการ และปัญหาสุขภาวะของชุมชนในเขตเมือง เช่น การปรับระบบการดูแลเบาหวานสำหรับพื้นที่เขตเมือง การดูแลกลุ่มเปราะบาง และประเด็นสุขภาพสำคัญของเขตเมือง

กลุ่มแผนงานกลไกสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ

1. การพัฒนาระบบสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบสุขภาพ เพื่อสร้างความร่วมมือและยกระดับการทำงานของเครือข่ายสหวิชาชีพสุขภาพ เช่น สนับสนุนการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย การประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) และระบบข้อมูล
2. พัฒนาและขยายรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพจากการดำเนินงานที่ผ่านมาและเกิดผลลัพธ์ต่อกลุ่มเป้าหมาย กับเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพ และเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เช่น การขับเคลื่อนป้องกันบุหรี่ไฟฟ้ากับนักศึกษาแพทย์รุ่นใหม่ และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข
3. การสนับสนุนสื่อสารสาธารณะจากต้นแบบการดำเนินงาน ข้อค้นพบ และการจัดการความรู้ จากการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนักต่อประเด็นสุขภาวะที่สำคัญ ตามช่องทางต่าง ๆ ที่เหมาะสม

กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

1. เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุข ร้านยา คลินิกวิชาชีพ และภาคเอกชน
2. องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และเครือข่ายที่มีความสนใจขับเคลื่อนกลไกระบบสุขภาพระดับจังหวัด/พื้นที่ เช่น กองทุนสร้างเสริมสุขภาพระดับจังหวัด และกองทุนฟื้นฟู
3. เครือข่ายบุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติหน้าที่ในระดับปฐมภูมิ เช่น พยาบาลสาธารณสุข เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย เภสัชกร ทันตแพทย์ และแพทย์ หรือทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น ทีมหมอครอบครัว รวมถึงเครือข่ายร่วมขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ เช่น เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เครือข่ายวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน เครือข่ายภาคประชาสังคมที่ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพ และองค์กรเครือข่ายวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง
4. เครือข่ายนักศึกษาด้านสาธารณสุข เช่น แพทย์ สาธารณสุข กายภาพบำบัด เป็นต้น ซึ่งเป็นคนรุ่นใหม่ที่มีความสนใจขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพและร่วมขับเคลื่อนเป้าหมายยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

1. สนับสนุนความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนเชิงยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพด้วยกลไกระบบสุขภาพระดับจังหวัด/พื้นที่ การพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมือง และร่วมพัฒนารูปแบบการถ่ายโอน รพ.สต.ไปสู่ อบจ. ด้วยการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจ (ensure evidence-informed decision) องค์ความรู้ และพัฒนาศักยภาพเครือข่าย
2. สนับสนุนการขยายผลระบบและต้นแบบการสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพที่สามารถจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อสุขภาพทั้งเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร เช่น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจนโรคเบาหวานสามารถเข้าสู่ระยะสงบได้ (DM Remission) การสังเคราะห์องค์ความรู้ระบบและต้นแบบต่าง ๆ ที่ส่งผลลัพธ์ทางสุขภาพตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ของ สสส. นำมาขยายผล
3. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรและศักยภาพเครือข่ายวิชาชีพเพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่และรองรับความเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพ เช่น สนับสนุนการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) การป้องกันการผลัดตกหกล้มกับแพทย์กระดูกและข้อ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพมิติต่าง ๆ เพื่อปรับการบริการด้านสุขภาพมาสู่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน สามารถดูแลสุขภาพองค์รวมอย่างผสมผสานและมีประสิทธิภาพ
4. สนับสนุนการบูรณการตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ระหว่างภาคีเครือข่ายสหวิชาชีพเพื่อขยายผลลัพธ์ทางสุขภาพร่วมกับแผนเชิงประเด็นอื่น ๆ แผนเชิงกลุ่มประชากร และพื้นที่ เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม. เชี่ยวชาญในประเด็นต่าง ๆ ตอบสนอง 7+1)

ภาคีหลัก

1. กระทรวงสาธารณสุข
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. กรุงเทพมหานคร (สำนักอนามัย)
4. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
5. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
6. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
7. สถาบันการศึกษา/วิชาการด้านการแพทย์ สาธารณสุข หรือด้านสุขภาพ
8. สภาวิชาชีพ/มูลนิธิ/สมาคม/ชมรมวิชาชีพ หรือบุคลากรสุขภาพ
9. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)
10. เครือข่ายภาคประชาชนสร้างเสริมสุขภาพ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
กลุ่มแผนงานเครือข่ายบริการและระบบสุขภาพปฐมภูมิ	96.00
กลุ่มแผนงานระบบสุขภาพเขตเมือง	37.00
กลุ่มแผนงานกลไกสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	65.00
การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	2.00
รวม	**200.00**



แผน 13

แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

สถานการณ์ระดับสากล

สถานการณ์และแนวโน้มที่มีผลต่อทิศทางแผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพนั้น มีความเกี่ยวเนื่องกับสถานการณ์ระดับสากลที่มีความผันผวนและมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสภาพภูมิอากาศซึ่งทวีความรุนแรง ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนข้ามพรมแดน โดยเฉพาะมลพิษทางอากาศ อุบัติภัยทางธรรมชาติ รวมถึงการเกิดโรคอุบัติใหม่ ความขัดแย้งและการแข่งขันเชิงภูมิรัฐศาสตร์ในหลายภูมิภาคของโลกที่ส่งผลกระทบต่อประเทศไทยในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ รวมถึงการปรับกระบวนทัศน์ระดับโลกสู่การมองสุขภาพในแบบองค์รวม ที่มุ่งสู่การสร้างสังคมสุขภาวะที่มีความเท่าเทียม (Equitable Social Well-Being) มากกว่าเพียงป้องกันและรักษาความเจ็บป่วย และการเป็นพลเมืองโลก (Global Citizen) ที่มีสำนึกความรับผิดชอบต่อการแก้ไขปัญหาทั้งในพื้นที่ตนเองและโลกไปพร้อม ๆ กัน

การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี

ในปัจจุบันโลกต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนและเหตุการณ์ที่ไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้า ที่เปลี่ยนผ่านจาก VUCA world เป็น BANI World ได้แก่ Brittle (ความเปราะบาง) Anxious (ความกังวล) Nonlinear (การคาดเดายาก) Incomprehensible (ความเข้าใจได้ยาก) เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI) ที่ฉลาดขึ้นอย่างรวดเร็ว และสามารถใช้ทำงานที่ซับซ้อนได้มากขึ้นเรื่อย ๆ ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย ในขณะที่แต่ละบุคคล ต่างมีความสนใจข้อมูลข่าวสารตามความสนใจเฉพาะบุคคลจากหลากหลายวงการในแบบเรียลไทม์มากกว่าเดิม ภายใต้บริบทของความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยีและนวัตกรรม ทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ประกอบกับความท้าทายจากการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดนิ่งของสังคมในทุกมิติ ประชาชนจึงต้องปรับตัวเพื่อใช้ประโยชน์จากข้อมูลเทคโนโลยี และนวัตกรรมเพิ่มมากยิ่งขึ้นในสภาวะที่มีความไม่แน่นอน (agility) และให้เหมาะสมกับพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพ

ของตนเอง สอดคล้องกับ**แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม (พ.ศ. 2561 - 2580)** ที่มีแนวคิดในการส่งเสริมการวิจัย พัฒนา และประยุกต์ใช้นวัตกรรมในการแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำในสังคม เน้นประเด็นสำคัญทางสังคมเพื่อเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการยกระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ รองรับกระแสโลกาภิวัตน์ของวัฒนธรรมโลกที่รวดเร็วขึ้นในยุคดิจิทัล ทั้งนี้ สสส. มีนโยบายในการสนับสนุนการขยายผลงานสร้างเสริมสุขภาพ และสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสร้างและรองรับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านการเรียนรู้ การสื่อสาร การพัฒนาศักยภาพ และการจัดการ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สภาพแวดล้อม และสังคมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงภายในประเทศ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านประชากรที่ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ท่ามกลางการขยายตัวของปัญหาช่องว่างระหว่างวัยในสังคม ปัญหาความเหลื่อมล้ำในสังคมเนื่องจากสภาวะผันผวนทางเศรษฐกิจ อีกทั้ง การเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีดิจิทัลที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการประยุกต์ใช้และการเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองอาจเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบายของประเทศ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพของภาคีเครือข่าย ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการเตรียมความพร้อมของภาคีให้มีสมรรถนะและเข้มแข็งสามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่มีแนวโน้มเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อสามารถบริหารจัดการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ต่าง ๆ สร้างผลลัพธ์อันเป็นประโยชน์ต่อสุขภาวะที่ดีขึ้นของประชาชนในวงกว้าง ตลอดจนการดูแลป้องกันและการช่วยลดความสูญเสียด้านสุขภาวะของประชาชน

สถานการณ์และแนวโน้มด้านการพัฒนาบุคลากร

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการพัฒนาทุนมนุษย์อย่างต่อเนื่อง และปรากฏอย่างชัดเจนในยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ.2561–2580 ที่กำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มีเป้าหมายการพัฒนาสำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ โดยคนไทยมีความพร้อมทั้งกาย ใจ สติปัญญา มีพัฒนาการที่ดีรอบด้านและมีสุขภาวะที่ดีในทุกช่วงวัย มีจิตสาธารณะรับผิดชอบต่อสังคม มีนิสัยรักการเรียนรู้และการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต นอกจากนั้น ประเด็นยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม มีเป้าหมายการพัฒนาที่ให้ความสำคัญกับการดึงพลังของภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาคเอกชน ประชาสังคม ชุมชนท้องถิ่น มาร่วมขับเคลื่อน ร่วมคิดร่วมทำเพื่อส่วนรวม การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการตนเอง และการเตรียมความพร้อมของประชากรทั้งในมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อมให้เป็นประชากรที่มีคุณภาพและทำประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคม

นอกจากนี้ ในยุคปัจจุบันองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาประชาสังคม ต่างให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะและทักษะในการประกอบอาชีพ เก่งงาน เก่งคน และมีทัศนคติและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพื่อสนับสนุนองค์กรให้ประสบความสำเร็จและก้าวไปข้างหน้าอย่างไร้ขีดจำกัด มุ่งเน้นการสร้างทักษะใหม่ที่จำเป็นในการทำงานให้สอดคล้องกับความต้องการ (Re-skill) พัฒนายกระดับทักษะเดิมให้ดีขึ้น (Up-skill) เพื่อรับมือกับความเปลี่ยนแปลงในยุคดิจิทัล รวมทั้งต่อยอดทักษะเดิมให้บุคลากรมีความสามารถทัดเทียมหรือเหนือกว่าคู่แข่งในอุตสาหกรรมเดียวกัน จึงเป็นโอกาสในการเสริมทักษะและสอดแทรกองค์ความรู้ด้านการสร้างสุขภาวะให้แก่บุคลากรในองค์กรต่าง ๆ เพื่อนำความรู้ไปปรับเปลี่ยนปัจจัยกำหนดสุขภาพให้ชุมชนและสังคมมีสุขภาวะได้อย่างยั่งยืนต่อไป

สถานการณ์และแนวโน้มภายใน สสส.

1. คณะกรรมการกองทุน สสส. ได้กำหนดประเด็นการทำงานเป็นเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ในระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ไว้ 8 เรื่อง ได้แก่ (1) ลดอัตราการบริโภคยาสูบ (2) ลดอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด (3) เพิ่มสัดส่วนการบริโภคอาหารอย่างสมดุล (4) เพิ่มสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ (5) ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน (6) เพิ่มสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตสมบูรณ์ (7) ลดผลกระทบสุขภาพจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อม และ (8) เตรียมพร้อมรับปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น โดยการขับเคลื่อนงานการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อบรรลุตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ที่กำหนดข้างต้น ได้นำห่วงโซ่ผลลัพธ์ หรือ Chain of Outcome (CoO) มาใช้เป็นกรอบวิเคราะห์ขอบเขตการดำเนินงาน โดยมีจุดเน้นที่คาดหวังให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพที่ดีขึ้นของประชากรในทุกมิติ และมีตัวกำหนดสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ วิถีชีวิตและพฤติกรรมของตัวบุคคล และสภาพแวดล้อมทางสังคมและกายภาพ ซึ่งในปี พ.ศ. 2567 สสส. มีนโยบายและทิศทางให้ทุกแผนทำการทบทวนห่วงโซ่ผลลัพธ์ (CoO) และจัดทำแผนการดำเนินงานให้มีความสอดคล้องเชื่อมโยงและสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของ สสส.
2. ข้อเสนอแนะจากการประเมินผลที่ผ่านมาของผู้ทรงคุณวุฒิด้านการประเมินผล พบว่า การประเมินผลภาพรวมของ สสส. ยังมีข้อจำกัด อาทิ ความชัดเจนในการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์และผลการดำเนินงานของแผนกับยุทธศาสตร์หลักของ สสส. ความพร้อมของข้อมูลสำหรับใช้ในการประเมินผลที่ครอบคลุมทุกมิติ และระบบการติดตามและประเมินผลยังมีช่องว่างในการพัฒนาหลายด้าน จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลที่สำคัญ ได้แก่ การกำหนดกรอบการประเมินผลระดับต่าง ๆ ขององค์การ (evaluation framework) การกำหนดนโยบายและกลไกการประเมินผล การพัฒนาระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศเพื่อการติดตามและประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมและเพียงพอต่อการใช้งาน การสร้างองค์ความรู้ด้านการประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพ/ขีดความสามารถด้านการติดตามและประเมินผลระดับบุคคล (ทั้งภายในและภายนอก) รวมทั้งสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายนักประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพที่เข้มแข็งและเสริมสร้างวัฒนธรรมการประเมินผลขององค์การ (evaluation culture) ต่อไป

ผลการดำเนินงานสำคัญของปีที่ผ่านมา

1. **แผนงานภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์** มีการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายและสถาบันการศึกษาในการพัฒนากลไกเชื่อมประสานภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นกลไกวิชาการเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและสนับสนุนการทำงานของภาคีเครือข่ายในลักษณะข้ามประเด็น ข้ามพื้นที่ ข้ามพรมแดน รวมถึงหนุนเสริมศักยภาพที่จำเป็น นอกจากนี้ ยังสนับสนุนให้เกิดการเปิดพื้นที่แลกเปลี่ยนการทำงานเพื่อให้เห็นแนวทางการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพที่หลากหลาย ช่วยตอบโจทย์การทำงานสร้างเสริมสุขภาพในปัจจุบันและยุทธศาสตร์การทำงานของ สสส. มากขึ้น นอกจากนี้ได้ส่งเสริมบทบาท สสส. ในการเป็นศูนย์การเรียนรู้ระดับนานาชาติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านการจัดเวทีพัฒนาศักยภาพระดับสากล การส่งผู้แทน สสส. ร่วมแสดงบทบาทหลักบนเวทีระดับนานาชาติ และการรับคณะศึกษาดูงานจากนานาประเทศ ตลอดจนขยายเครือข่ายและขับเคลื่อนข้อตกลงความร่วมมือกับองค์กรยุทธศาสตร์นานาชาติ อาทิ แผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย ปี 2565-2569 (WHO-CCS 2022-2026) ข้อตกลงความร่วมมือกับเครือข่ายมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพอาเซียน (ASEAN University Network - Health Promotion Network หรือ AUN-HPN) เครือข่ายกองทุนสร้างเสริมสุขภาพนานาชาติ (International Network of Health Promotion Foundations: INHPF)
2. **แผนงานวิชาการและนวัตกรรม** เน้นการขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาและเพิ่มการนำองค์ความรู้ งานวิจัย และต้นแบบนวัตกรรมด้านสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ในเชิงสาธารณประโยชน์ในวงกว้างมากขึ้น สามารถเข้าถึงได้ง่าย ไม่สร้าง

ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยีหรือนวัตกรรม เน้นบูรณาการข้อมูลจากภาคส่วนต่าง ๆ และสร้างความร่วมมือกับองค์กรยุทธศาสตร์ อาทิ สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (สนช.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามห่วงโซ่ผลลัพธ์ของสำนักวิชาการและนวัตกรรม และเป้าหมายยุทธศาสตร์และภารกิจของ สสส. อย่างไรก็ตาม ยังพบความท้าทายในการวางแผนการดำเนินงานร่วมกันระหว่างสำนัก/ฝ่ายเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยและต้นแบบนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จากการดำเนินงานที่ผ่านมาอย่างเป็นระบบ การวัดระดับการพัฒนานวัตกรรมอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อนำไปสู่การต่อยอดการใช้ประโยชน์ ตลอดจนการเชื่อมประสานภาคีผู้รับทุนกับหน่วยงานพันธมิตร เพื่อสนับสนุนการนำผลงานวิชาการหรือนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพไปพัฒนาต่อยอดหรือขยายผลให้เกิดการใช้ประโยชน์ในวงกว้าง

3. **แผนงานสนับสนุนการติดตามและประเมินผล** มีการพัฒนาดัชนีชี้วัดกลางสำหรับการกำกับติดตามและประเมินผลตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ของเป้าหมายใน 7 ประเด็น และมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสำหรับการกำกับติดตามและประเมินผลตามดัชนีชี้วัดกลาง ที่มีแหล่งข้อมูลอยู่แล้วและข้อมูลพร้อมใช้ จำนวน 3 ประเด็น โดยมีการประมวลผลข้อมูล สังเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ประโยชน์ จำนวน 2 ประเด็น นอกจากนี้ มีกลไกการพัฒนาแผนแม่บท (roadmap) งานวิชาการและการประเมินผลลัพธ์และผลกระทบของการสร้างเสริมสุขภาพเชิงเศรษฐศาสตร์ โดยมีการรวบรวมข้อมูลการประเมินงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงเศรษฐศาสตร์ของ สสส. ที่ผ่านมา เพื่อจัดทำกรอบแนวคิดและกรอบการประเมินงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงเศรษฐศาสตร์และใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินผลระดับแผนต่อไป
4. **สถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ** ดำเนินการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายและกลุ่มเป้าหมายจำนวน 42 ครั้ง โดยมีผู้รับประโยชน์จากการอบรมพัฒนาศักยภาพจำนวน 1,413 ราย เป็นภาคีเครือข่ายสสส.หรือบุคลากร สสส. 695 ราย มีการพัฒนาหลักสูตรด้านการสร้างเสริมสุขภาวะ จำนวน 2 หลักสูตร คือ หลักสูตรพื้นฐานเพื่อนักสร้างสุของค์กร และหลักสูตรแกนกลางนักสื่อสารสร้างสุข สถาบันได้ทำความร่วมมือด้านการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร จำนวน 3 ความร่วมมือ ได้แก่ 1) มูลนิธิสังคมและสุขภาพ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีวัตถุประสงค์เพื่อร่วมกันเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรด้านการสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงประชาชนทั่วไปในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและการทำงานให้ถึงผลลัพธ์ 2) อีอีซี อคาเดมี่ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความร่วมมือด้านการพัฒนาหลักสูตรใหม่กับองค์กรภาคเอกชน เผยแพร่องค์ความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการออกแบบอาคารยุคใหม่ ยกระดับคุณภาพชีวิต และสร้างเสริมสุขภาวะที่ดีให้กับผู้ใช้งาน 3) วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อร่วมกันเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่นักศึกษา บุคลากร และประชาชนทั่วไป นอกจากนั้น สถาบันได้สร้างการรับรู้สถาบันผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ โดยมีผู้ติดตามสถาบันทาง Facebook เพิ่มขึ้น จาก 8,147 คน เป็น 18,817 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 231 (ข้อมูล ณ 15 มิถุนายน 2566)

จุดเน้นของแผน

1. **บูรณาการความร่วมมือระบบและกลไกสนับสนุนภาคีเครือข่าย ในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นที่สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของ สสส.** โดยเฉพาะประเด็นที่มีความสำคัญเร่งด่วนและส่งผลกระทบต่อสุขภาพในวงกว้าง ได้แก่ ด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม อาหาร สุขภาพจิต เป็นต้น
2. **เสริมความเข้มแข็งภาคีเครือข่ายให้มีความพร้อมรับมือต่อวิกฤติหรือการเปลี่ยนแปลงที่กระทบต่อการสร้างเสริมสุขภาพ** โดยเน้นการสร้างความเข้าใจ ให้ความรู้ในประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของภาคีเครือข่ายในด้านกฎระเบียบ วิธีการทำงานใหม่ ๆ เกิดขึ้นภายใน สสส. และทักษะสำหรับการทำงานในอนาคต เช่น ทักษะดิจิทัล เป็นต้น
3. **สนับสนุนกลไกส่งเสริมการพัฒนางานวิจัย ผลงานวิชาการ และนวัตกรรมที่สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของ สสส.** และร่วมมือกับพันธมิตรในการขับเคลื่อนให้เกิดผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรมในเชิงประเด็น เชิงพื้นที่ เชิงระบบ หรือลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ

4. **พัฒนาฐานข้อมูลตามดัชนีชี้วัดกลาง** เพื่อใช้ในการกำกับติดตามและประเมินผลตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565–2574)
5. **สนับสนุนให้เกิดองค์ความรู้ของการประเมินผลลัพธ์และผลกระทบของการสร้างเสริมสุขภาพเชิงเศรษฐศาสตร์ระดับแผน** เพื่อใช้ในการพัฒนากลไกการติดตามและประเมินผล
6. **จัดการความรู้ร่วมกับแผนต่าง ๆ ของ สสส. และภาคีเครือข่าย** เพื่อนำความรู้จากการทำงานของ สสส. และภาคีเครือข่ายมาพัฒนาหลักสูตรเอกลักษณ์ (Signature Course) และหลักสูตรมาตรฐานอื่น ๆ (Professional Course) เพื่อสร้างความโดดเด่นในการพัฒนาศักยภาพของสถาบัน และส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต (life-long learning)
7. **การพัฒนาความร่วมมือด้านการพัฒนาศักยภาพในระดับนานาชาติ** ร่วมกันระหว่างแผนงานพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ และสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อยกระดับ สสส. เป็นศูนย์การเรียนรู้ระดับนานาชาติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

เป้าหมายการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก

แผนงานภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์

1 ความร่วมมือบูรณาการภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของ สสส.

จำนวน **2 เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์**

แผนงานวิชาการและนวัตกรรม

4 ระบบรวบรวมและบริหารจัดการทรัพย์สินทางปัญญาและนวัตกรรมของ สสส. จำนวน **1 ระบบ**

แผนงานภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์

2 ภาคีเครือข่าย สสส. **ร้อยละ 50** ได้รับการเตรียมความพร้อมรับมือต่อการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

แผนงานวิชาการและนวัตกรรม

3 ต้นแบบนวัตกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ไม่น้อยกว่า **5 ต้นแบบ**

และงานวิจัย/ วิชาการ 1 ผลงาน

แผนงานติดตามและประเมินผล

5 ฐานข้อมูลสำหรับการกำกับติดตามและประเมินผลตามดัชนีชี้วัดกลาง ทั้ง 7 ประเด็น (ที่มีแหล่งข้อมูลและ/หรือมีข้อมูลพร้อมใช้)

ไม่น้อยกว่า **1 ฐานข้อมูล**

แผนงานติดตามและประเมินผล

6 ผลการประเมินผลลัพธ์และผลกระทบเชิงเศรษฐศาสตร์ในระดับแผน

ไม่น้อยกว่า **1 แผน**

และผลการประเมินการใช้งานกรอบการประเมินผล

สถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ

7 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานตามแผนของสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Academy) **อย่างน้อยร้อยละ 80** ของเป้าหมายปี 2567

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

1. **ความร่วมมือบูรณาการ** หมายถึง ข้อตกลงความร่วมมือ/กระบวนการ/รูปแบบการทำงานที่ช่วยกระตุ้นส่งเสริม และสนับสนุน ให้ภาคีเกิดการทำงานอย่างมีส่วนร่วมในลักษณะข้ามประเด็นการทำงาน หรือข้ามพื้นที่ หรือข้ามพรมแดน โดยมีเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกัน อาทิเช่น กลไกการขับเคลื่อนงานในระดับภูมิภาค คณะทำงานขับเคลื่อนงานและสร้างเครือข่ายการทำงาน การทำข้อตกลงร่วมกันเป็นต้น ซึ่งครอบคลุมความร่วมมือบูรณาการทั้งในประเทศและระดับสากล
2. **ภาคีเครือข่าย** หมายถึง ภาคีที่เป็นหุ้นส่วนในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพร่วมกัน เพื่อบรรลุผลลัพธ์ด้านสุขภาพตามที่ได้ตกลงร่วมกัน
3. **ความพร้อมรับมือต่อการเปลี่ยนแปลง** หมายถึง การมี ความรู้ ทักษะ คุณลักษณะ ที่สะท้อนความยืดหยุ่นและความสามารถในการปรับตัวให้สามารถทำงานภายใต้บริบทและสภาพแวดล้อมที่อาจเปลี่ยนแปลงไปได้อย่างเหมาะสม โดยสามารถทำหน้าที่ตามความรับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพและรับมือกับปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นจากบริบทและสภาพแวดล้อมที่อาจเปลี่ยนแปลงไปได้
4. **การเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อการสร้างเสริมสุขภาพ** เช่น การเปลี่ยนแปลงภายใน สสส. ที่มีผลกระทบต่อการทำงานของภาคีเครือข่าย (อาทิ ระเบียบ ระบบสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง) หรือประเด็นการทำงานใหม่ที่สอดคล้องกับกรอบแนวนโยบาย ปี 2567 สสส. หรือวาระกลาง ปี 2567 หรือทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) เป็นต้น
5. **งานวิจัย** คือ ผลงานทางวิชาการที่เป็นงานศึกษาหรืองานค้นคว้าอย่างมีระบบด้วยวิธีวิทยาการวิจัยที่เป็นที่ยอมรับในสาขาวิชานั้น ๆ และมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูล คำตอบหรือข้อสรุปรวมที่จะนำไปสู่ความก้าวหน้าทางวิชาการ หรือเอื้อต่อการนำวิชาการนั้นไปประยุกต์ [148]
6. **ผลงานวิชาการ** คือ ผลงานที่ต้องได้มาจากการศึกษาโดยใช้หลักวิชาการเป็นเกณฑ์ ปราศจากอคติ และเสนอผลงานตามความเป็นจริง ไม่จงใจเบี่ยงเบนผลการศึกษาหรือวิจัยโดยหวังผลประโยชน์ส่วนตัว หรือเพื่อก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น และเสนอผลงานตามความเป็นจริงไม่ขยายข้อค้นพบ โดยปราศจากการตรวจสอบยืนยันในทางวิชาการ แบ่งออกเป็น 9 กลุ่ม คือ
   - เอกสารประกอบการสอน
   - เอกสารคำสอน
   - บทความทางวิชาการ
   - ตำรา
   - หนังสือ
   - งานวิจัย
   - งานแปล
   - ผลงานทางวิชาการในลักษณะอื่น
   - ผลงานทางวิชาการรับใช้สังคม [149]
7. **นวัตกรรม (innovation)** หมายถึง การทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยวิธีการ แนวคิด กระบวนการใหม่ ที่แก้ไขปัญหา เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง หรือพัฒนาสังคม สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ

   องค์ประกอบ :
   - ใหม่
   - สามารถใช้ในการแก้ปัญหา
   - สร้างการเปลี่ยนแปลง โดยได้กำหนดระดับของนวัตกรรม

   ระดับ :
   - มีโครงการที่มีแนวคิดหรือวิธีการใหม่ในการแก้ไขปัญหา เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง
   - มีต้นแบบเบื้องต้นที่พิสูจน์แนวคิด (proof of concept) ตามข้อ 1
   - มีต้นแบบและองค์ความรู้ที่ได้จากต้นแบบที่พร้อมสำหรับการขยายผล
   - มีการนำต้นแบบไปใช้ขยายผลวงกว้างในระดับต่าง ๆ ตามความเหมาะสม

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

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

8. **นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ** หมายถึง แนวคิด กระบวนการ หรือสิ่งประดิษฐ์ที่เกิดขึ้นจากการผสมผสานความคิดริเริ่มสร้างสรรค์บนฐานของวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม ให้เป็นผลงานที่นำไปสู่การแก้ปัญหา หรือพัฒนาสังคม สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ ช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ หรือส่งเสริมให้คนมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน
10. **ต้นแบบนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ** หมายถึง นวัตกรรมที่สร้างหรือพัฒนาขึ้น ซึ่งสามารถแสดงผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการเรียนรู้และขยายผลในวงกว้าง หรือเพื่อสร้างผลสำเร็จซ้ำในลักษณะเดียวกันหรือคล้ายคลึงกัน โดยมีการวิเคราะห์ให้เห็นองค์ประกอบภายใน กระบวนการและขั้นตอน ปัจจัย เงื่อนไข และบริบทที่ส่งผลต่อความสำเร็จ โดยอาจมีการประเมินความเหมาะสมเพื่อนำไปขยายผลได้
11. **ระบบรวบรวมและบริหารจัดการทรัพย์สินทางปัญญาและนวัตกรรมของ สสส.** หมายถึง ระบบที่เก็บรวบรวม บริหารจัดการ และแสดงทรัพย์สินทางปัญญา ผลงานนวัตกรรมของ สสส. และภาคีเครือข่าย ที่สามารถเชื่อมต่อกับระบบสารสนเทศกลาง เพื่อรองรับการบริหารจัดการทรัพย์สินทางปัญญาตามภารกิจของ สสส. และส่งเสริมให้เกิดการนำทรัพย์สินทางปัญญาและผลงานนวัตกรรมที่เกิดขึ้นไปใช้ประโยชน์ ตลอดจนรองรับการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติส่งเสริมการใช้ประโยชน์ผลงานวิจัยและนวัตกรรม พ.ศ. 2564
12. **พระราชบัญญัติส่งเสริมการใช้ประโยชน์ผลงานวิจัยและนวัตกรรม พ.ศ. 2564 (Triup ACT)** คือ กฎหมายที่สนับสนุนให้ผู้รับทุนหรือนักวิจัยสามารถเป็นเจ้าของผลงานวิจัยที่ได้รับทุนจากหน่วยงานของรัฐได้ เพื่อนำผลงานวิจัยและนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์หรือสาธารณประโยชน์ได้อย่างกว้างขวางมากยิ่งขึ้น ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2564 บังคับใช้แก่การให้ทุนของหน่วยงานของรัฐที่มีวัตถุประสงค์หรือหน้าที่และอำนาจในการให้ทุนสนับสนุนการวิจัยและนวัตกรรม และมีกฎหมายลำดับรองและประกาศที่เกี่ยวข้องอีก 15 ฉบับ [150] โดยมีข้อแนะนำให้หน่วยงานให้ทุนจัดทำระบบสารสนเทศในการเปิดเผยผลงาน การขอรับความเป็นเจ้าของในผลงาน การนำผลงานไปใช้ประโยชน์ การติดตาม ตรวจสอบ และพิจารณา เกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ การเผยแพร่ข้อมูลผลงานต่อสาธารณะ
13. **ดัชนีชี้วัดกลาง** หมายถึง ตัวชี้วัดความสำเร็จของเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ที่ถูกกำหนดขึ้น ซึ่งมีทั้งหมด 7 ประเด็น ได้แก่ (1) ลดอัตราการบริโภคยาสูบ (2) ลดอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด (3) เพิ่มสัดส่วนการบริโภคอาหารอย่างสมดุล (4) เพิ่มสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ (5) ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน (6) เพิ่มสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตสมบูรณ์ (7) ลดผลกระทบสุขภาพจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อม

150 สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. “การนำผลงานวิจัยและนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์”. เข้าถึงได้จาก https://www.tsri.or.th/content/30/การนำผลงานวิจัยและนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์/

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบหรือกลไกการสนับสนุนและเชื่อมโยงภาคีภาคีเครือข่ายขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นที่สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของ สสส.
2. เพื่อสร้างความเข้มแข็งภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ ให้มีความพร้อมในการรับมือต่อการเปลี่ยนแปลงที่กระทบต่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ
3. เพื่อส่งเสริมกลไกการพัฒนางานวิจัย ผลงานวิชาการ และนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพันธมิตร ให้เกิดการใช้ประโยชน์ ต่อยอด และขยายผลงานอย่างเป็นรูปธรรม
4. เพื่อพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565–2574) เพื่อใช้ในการวางแผน กำกับทิศทาง และประเมินผลการดำเนินงานตามเป้าหมายที่กำหนดไว้
5. เพื่อขยายองค์ความรู้จากการดำเนินงานสร้างสุขภาวะของ สสส.และภาคีเครือข่าย ผ่านการจัดการความรู้ การบริหารองค์ความรู้และงานวิจัย การออกแบบหลักสูตรเอกลักษณ์ (Signature Course) และหลักสูตรมาตรฐานอื่น ๆ (Professional Course) และขยายโอกาสการเข้าถึงหลักสูตร หรือองค์ความรู้ต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต (life-long learning) และยกระดับความสามารถนักขับเคลื่อนสุขภาวะ (Health Promoter / Social Changer) ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และประชาชนทั่วไป

แนวทางการดำเนินงาน

กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

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 เพื่อสร้างให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนและเสริมพลังการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับภาคส่วนต่าง ๆ
4. **สำนักและฝ่ายที่ดูแลแผนต่าง ๆ ของ สสส.** ผ่านการร่วมดำเนินการของแผน การให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะเชิงกลยุทธ์ที่เกี่ยวกับงานภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร สสส. กับสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ และการนำกลไกที่เกิดขึ้นไปใช้ในการกำกับติดตามประเมินผล วางแผนยุทธศาสตร์และงบประมาณสำหรับการดำเนินงานให้บรรลุตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 – 2574)
5. **ประชาชนทั่วไป** (Health Promoter/ Social Changer) ผ่านการร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพของสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ ให้มีความสามารถในการถ่ายทอดวิถีสุขภาวะที่ดีในชุมชนและสังคม

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

แผนงานภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์

1. พัฒนากลไกสนับสนุนการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เอื้อให้เกิดการทำงานข้ามประเด็น ข้ามพื้นที่ ตลอดจนแสวงหาความร่วมมือกับภาคีพันธมิตร รวมทั้งพัฒนากลไกความร่วมมือด้านสร้างเสริมสุขภาพระดับสากล เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพของภาคีเครือข่าย ในประเด็นที่สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของ สสส. โดยเฉพาะประเด็นที่สำคัญเร่งด่วนและส่งผลกระทบต่อสุขภาพในวงกว้าง
2. ออกแบบกลไกหรือกระบวนการเสริมสร้างสมรรถนะ การเตรียมความพร้อมของ สสส.และภาคีเครือข่าย เพื่อสามารถรองรับกับบริบทการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ โดยมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายแกนนำแถวสองและภาคีหน้าใหม่
3. สร้างการรับรู้และการยอมรับในคุณค่าของ สสส. และภาคีเครือข่ายในเวทีโลก ผ่านบทบาทการเป็นศูนย์การเรียนรู้ระดับนานาชาติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนสนับสนุนการยกระดับงาน สสส. และภาคีเครือข่ายในระดับสากล ผ่านการขับเคลื่อนเครือข่ายกองทุนสร้างเสริมสุขภาพนานาชาติ (INHPF)

แผนงานวิชาการและนวัตกรรม

1. สนับสนุนกลไกการพัฒนางานวิจัย ผลงานวิชาการ ที่สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) รวมทั้งเพิ่มการสื่อสารเชิงรุกเพื่อเผยแพร่ข้อมูลและองค์ความรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย สร้างความเข้าใจกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างมีประสิทธิภาพ และเพิ่มการนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงวิชาการ
2. กำหนดโจทย์วิจัยและขับเคลื่อนนวัตกรรม ด้วยการวิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากข้อมูลต่าง ๆ (Data-driven Innovation) เพื่อนำไปสู่การวางแผนยุทธศาสตร์การทำงาน และการตัดสินใจเชิงนโยบายบนฐานของข้อมูล
3. มีส่วนร่วมในระบบนิเวศนวัตกรรมและกลไกสนับสนุน โดยการส่งเสริมนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นที่รู้จัก และนำไปสู่การใช้ประโยชน์ เช่น สนับสนุนการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างเครือข่ายสนับสนุนระบบนวัตกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะ การทำงานร่วมกับสตาร์ทอัพ วิสาหกิจประเภทต่าง ๆ และภาคเอกชน การปรับกระบวนการสนับสนุนทุนตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมการใช้ประโยชน์งานวิจัยและนวัตกรรม พ.ศ. 2564 เป็นต้น
4. พัฒนาระบบรวบรวมผลงานนวัตกรรมและบริหารจัดการทรัพย์สินทางปัญญาของ สสส. เพื่อรวบรวม งานวิจัย ผลงานวิชาการ ผลงานนวัตกรรม และทรัพย์สินทางปัญญาของ สสส. และส่งเสริมให้เกิดการนำไปใช้ทั้งในเชิงสาธารณประโยชน์และเชิงพาณิชย์
5. กำหนดแนวทางในการจัดตั้งกลไกถาวรในการบริหารจัดการทรัพย์สินทางปัญญา สสส. อย่างเป็นระบบ เพื่อรองรับการปรับข้อบังคับกองทุนฯ ที่เป็นผลมาจาก พ.ร.บ. ส่งเสริมการใช้ประโยชน์งานวิจัยและนวัตกรรม พ.ศ. 2564 และการสนับสนุนภารกิจที่เป็นงานประจำด้านการบริหารทรัพย์สินทางปัญญาของ สสส.

แผนงานติดตามและประเมินผล

1. สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานภายในและภายนอก สสส. เครือข่ายนักวิชาการที่เชี่ยวชาญด้านการติดตามและประเมินผล เพื่อพัฒนาดัชนีชี้วัดกลางและพัฒนาฐานข้อมูลสำหรับการกำกับติดตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)
2. พัฒนาระบบฐานข้อมูลในการกำกับติดตามผลการดำเนินงานตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) เพื่อใช้ในการวางแผนยุทธศาสตร์ กำกับทิศทาง และประเมินผลการดำเนินงานตามเป้าหมายที่กำหนดไว้
3. สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานภายในและภายนอก สสส. เครือข่ายนักวิชาการที่เชี่ยวชาญด้านการประเมินผลลัพธ์และผลกระทบการสร้างเสริมสุขภาพเชิงเศรษฐศาสตร์ ในการพัฒนาองค์ความรู้ของการประเมินผลลัพธ์และผลกระทบของการสร้างเสริมสุขภาพเชิงเศรษฐศาสตร์ระดับแผน เพื่อใช้ในการพัฒนากลไกการติดตามและประเมินผล

สถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ

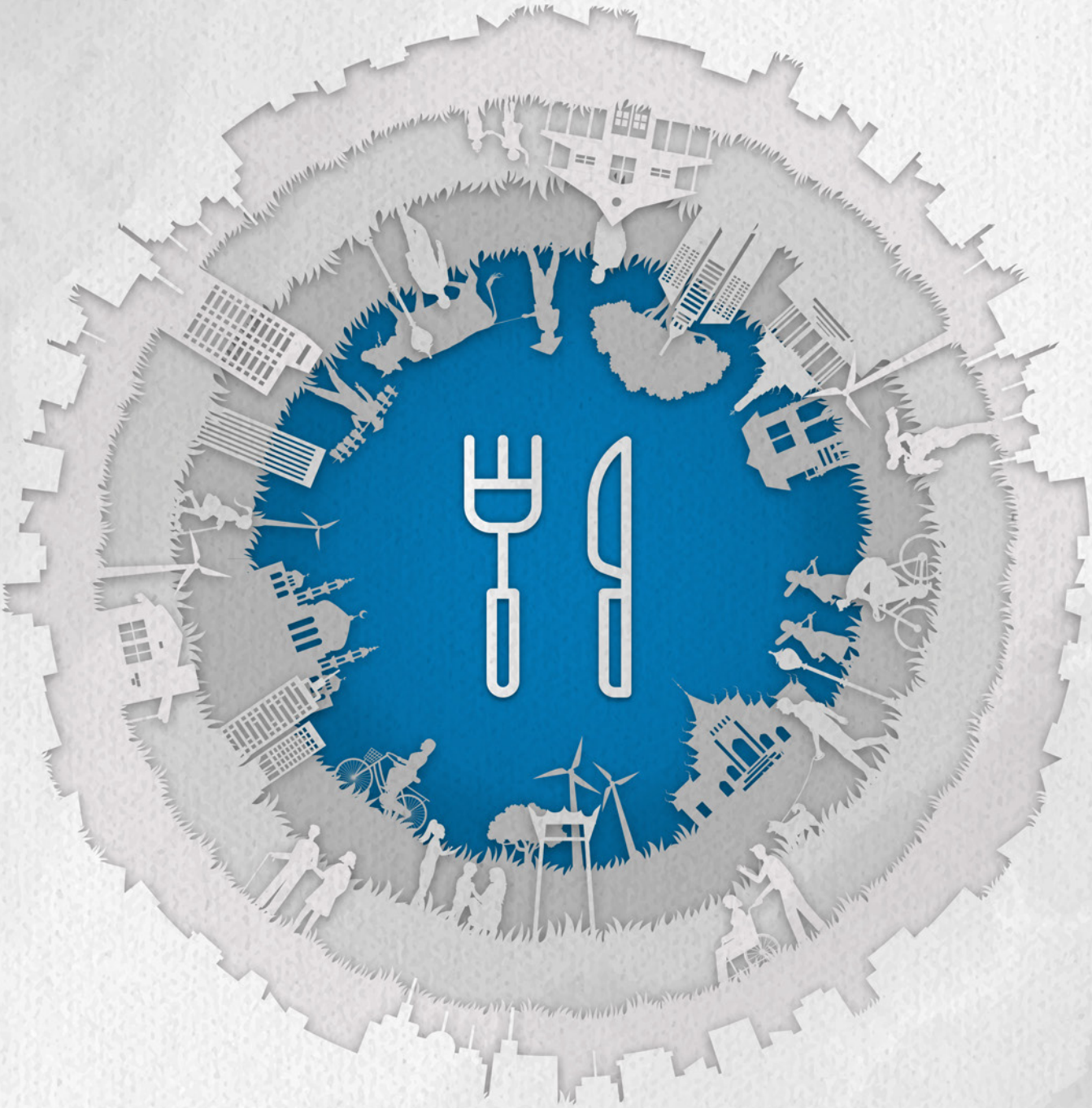
1. สร้างความโดดเด่นด้านการพัฒนาศักยภาพการสร้างเสริมสุขภาวะ โดยพัฒนาหลักสูตรเอกลักษณ์ (Signature Course) และหลักสูตรมาตรฐานอื่น ๆ (Professional Course) หรือกระบวนการจัดการเรียนรู้ในด้านการสร้างเสริมสุขภาวะ การวัดและประเมินผลการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์
2. การพัฒนาศักยภาพนักขับเคลื่อนสุขภาวะ (Health Promoter/ Social Changer) ในระดับหน่วยงาน องค์กร ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม และประชาชนทั่วไป เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลกระทบ รวมทั้งเกิดนวัตกรรม
3. การสื่อสารเพื่อสร้างความร่วมมือกับส่วนงานภายใน สสส. ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานภายนอก เช่น หน่วยงานภาครัฐ สถาบันวิชาการ สถานศึกษา ภาคประชาสังคม ภาคเอกชนในประเทศและต่างประเทศ
4. การพัฒนาบุคลากรให้มีความสามารถเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน
5. การลดการพึ่งพา สสส. ด้านการเงิน เพื่อสถาบันสามารถพึ่งพาตัวเองได้ในระยะยาว

ภาคีหลัก

องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาวะ อาทิ 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 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ มหาวิทยาลัยนครพนม สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Chula Unisearch) 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	68.08
กลุ่มแผนงานวิชาการและนวัตกรรม	46.30
กลุ่มแผนงานติดตามและประเมินผล	16.40
กลุ่มแผนงานสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ	16.25
การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	17.97
■ แผนงานภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์	(8.80)
■ แผนงานวิชาการและนวัตกรรม	(2.22)
■ แผนงานติดตามและประเมินผล	(1.50)
■ แผนงานสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ	(5.45)
รวม	**165.00**



แผน 14

แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ

สรุปสถานการณ์และแนวโน้มของการทำงานของปี 2567

**

สถานการณ์ที่สอดคล้องและตอบสนองกับการวางแผนการดำเนินงาน

จากรายงานการพัฒนาที่ยั่งยืน 2565 (Sustainable Development Report 2022) [151] ระบุว่า ดัชนี SDG จัดอันดับประเทศไทยอยู่ที่อันดับ 44 ของโลกจากทั้งหมด 163 ประเทศ ได้คะแนนรวมของดัชนี 74.1 คะแนน (ลดลงเมื่อเทียบกับปี 2564) นอกจากนี้ ผลการสำรวจดัชนีความมั่นคงทางอาหาร (Global Food Security Index) จาก 113 ประเทศทั่วโลกล่าสุดในปี 2565 ประเทศไทยลดลงมาอยู่ที่ 64 ของโลก (เดิม อันดับที่ 51) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า ในหมวดของความสะดวกในการหาซื้ออาหาร (Affordability) ประเทศไทยได้คะแนนสูงที่ 83.7 คะแนน แต่ในเรื่องของการเข้าถึงอาหารซึ่งมีมิติของความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพที่ดี (Availability) กลับได้เพียง 52.9 คะแนน ที่สำคัญในหมวดเรื่องความยั่งยืนและการปรับตัวของภาคเกษตรกร (Sustainability and Adaptation) ก็ได้เพียง 51.6 คะแนน และในหมวดที่ได้คะแนนต่ำกว่าครึ่ง คือ คุณภาพและความปลอดภัยของอาหาร (Safety and Quality) ซึ่งได้คะแนนเพียง 45.3 คะแนน ดัชนีความมั่นคงทางอาหารในครั้งนี้ เป็นภาพสะท้อนที่ชัดเจนถึงนโยบายและการปฏิบัติในภาคเกษตรและอาหารที่ขาดประสิทธิภาพในเรื่องการยกระดับคุณภาพสินค้าเกษตร และเพิ่มคุณภาพอาหาร

สถานการณ์ผลิตอาหารของประเทศไทยยังมีข้อจำกัดเรื่องที่ดินและการชลประทาน การเพาะปลูกที่กระจุกตัวผลิตพืชเศรษฐกิจเชิงเดี่ยวเพียงไม่กี่ชนิด และถูกนำไปใช้ในอุตสาหกรรมอาหารมากกว่าการเป็นแหล่งอาหารเพื่อบริโภคอย่างเพียงพอภายในประเทศ เช่นเดียวกับความไม่หลากหลายของพันธุกรรมในระบบอาหารที่มีแนวโน้มลดลงอย่างรวดเร็ว เกษตรกรต้องพึ่งพิงการซื้อเมล็ดพันธุ์จากบริษัท ปุ๋ยเคมียังมีราคาสูง ทำให้มีภาระต้นทุนปัจจัยการผลิตที่เพิ่มสูงขึ้น แต่ราคาและปริมาณของผลผลิตกลับลดลง จึงนำไปสู่ปัญหาภาระหนี้สินในภาคเกษตรมาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ดี กระแสการพึ่งตนเองด้านอาหารและการรักษาสุขภาพที่เป็นผลมาจากการปรับตัวในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้คนหลายกลุ่มวัย และชุมชนให้ความสำคัญกับการปลูกผักในครัวเรือนหรือเลือกซื้อผลผลิตปลอดภัยมากขึ้น

151 Jeffrey D. Sachs et al. (2022). “Sustainable Development Report 2022”. University Printing House. Cambridge.

รายงานสถานการณ์ด้านความปลอดภัยทางอาหาร ปี 2565 โดยสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ตรวจพบการตกค้างของสารกำจัดศัตรูพืชเกินมาตรฐานในอาหาร ได้แก่ ใบบัวบก และส้ม สำหรับสารบอแรกซ์ พบการปนเปื้อนในกลุ่มอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากพืช เช่น เส้นบะหมี่ ทับทิมกรอบ มากที่สุด กรณีสารฟอร์มาลดีไฮด์ ยังมีการตรวจพบในปลาหมึกกรอบ และสไบนาง เป็นลำดับต้น ๆ ของอาหารที่สุ่มตรวจ ส่วนสารซาลบูทามอลมีการตกค้างในเนื้อวัวมากกว่าเนื้อหมู สถานการณ์ของสารโพลาร์ในน้ำมันทอดอาหาร พบในน้ำมันทอดอาหารประเภทเนื้อสัตว์ในอัตราส่วนของตัวอย่างอาหารมากที่สุด สำหรับการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ พบกลุ่มอาหารพร้อมบริโภคทั้งอาหารจานเดียว อาหารที่ผ่านความร้อน ขนมเบเกอรี จากผู้สัมผัสอาหาร และภาชนะ/เครื่องมือ มีการปนเปื้อนของเชื้อโคลิฟอร์มค่อนข้างสูง สำหรับน้ำแข็งและน้ำดื่ม ยังมีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มในน้ำแข็งบดและน้ำแข็งหลอด มากกว่าน้ำแข็งและน้ำดื่มประเภทอื่น ๆ กรณีคุณภาพของน้ำ ยังพบว่า มีค่าความกระด้างและปริมาณของแข็งที่ละลายได้เกินมาตรฐานในน้ำดื่มหยอดเหรียญ เป็นลำดับแรก นอกจากนี้ ผลสำรวจความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาหาร พบว่า คนไทยรับรู้ฉลากโภชนาการบนผลิตภัณฑ์อาหารค่อนข้างต่ำ กล่าวคือ ไม่ถึง 2 ใน 3 เท่านั้นที่เคยพบเห็นฉลากโภชนาการแบบ GDA ที่แสดงค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียม ในผลิตภัณฑ์อาหาร

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยหลายเรื่องยังน่ากังวล โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน การกินผักและผลไม้ที่ไม่เพียงพอ จากการสำรวจพบว่า การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน นำไปสู่ปัญหาสุขภาพในกลุ่มคนที่มีรายได้สูง ในขณะที่การกินเนื้อสัตว์แปรรูปและอาหารกึ่งสำเร็จรูปนำไปสู่ความเสี่ยงต่อสุขภาพของคนกลุ่มรายได้น้อย [152] นอกจากนี้ ยังพบปัญหาโภชนาการของทารกและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (Multi Indicator Cluster Survey: MICs) ล่าสุด MICs 6 ปี 2562 พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนลดลง และภาวะโภชนาการของเด็กเล็กยังมีแนวโน้มแย่ลง เกือบทุกตัวชี้วัดเมื่อเปรียบเทียบกับ MICs ปีก่อนหน้านี้

เมื่อพิจารณาถึงโอกาส (Opportunity) ที่สนับสนุนการขับเคลื่อนระบบอาหารเพื่อสุขภาวะ มีตั้งแต่นโยบายด้านความมั่นคงทางอาหารที่หลายพรรคการเมืองนำเสนอในช่วงการเลือกตั้งปี 2566 เช่น สร้างความเข้มแข็งของเกษตรกรโดยจัดสวัสดิการถ้วนหน้า ลดต้นทุน เพิ่มรายได้ เพิ่มนวัตกรรม เพิ่มพื้นที่เกษตรอินทรีย์ ลดการใช้สารเคมีร้อยละ 50 สานต่อเกษตรเพื่อสุขภาพ เพิ่มงบอาหารกลางวันในโรงเรียนและขยายครอบคลุมถึงระดับมัธยมศึกษา ฯลฯ รวมถึง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ยังมีหลายหมุดหมายที่สนับสนุนการดำเนินงานของแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ เช่น หมุดหมายที่ 1 ไทยเป็นประเทศชั้นนำด้านสินค้าเกษตรและเกษตรแปรรูป มูลค่าสูง (ส่งเสริมการทำเกษตรยั่งยืนที่ตระหนักถึงผลกระทบกับสิ่งแวดล้อม และส่งเสริมให้ชุมชนสามารถเข้าถึงความมั่นคงอาหาร) หมุดหมายที่ 9 ไทยมีความยากจนข้ามรุ่นลดลง (ส่งเสริมการจัดตั้งศูนย์เลี้ยงเด็กที่มีคุณภาพใน Setting ต่าง ๆ สนับสนุนครัวเรือนยากจนข้ามรุ่นให้สามารถเลี้ยงดูเด็กได้อย่างมีคุณภาพ ยกระดับความคุ้มครองทางสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ) เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีกลไกการขับเคลื่อนที่สนับสนุนการพัฒนาระบบอาหาร เช่น กลไกคณะกรรมการพัฒนาเกษตรกรรมยั่งยืนระดับตำบล 7,255 ตำบล 878 อำเภอ ใน 76 จังหวัด กลไกควบคุมโรคไตในชุมชน ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มุ่งเป้าขยายผลให้ครอบคลุมทั่วประเทศภายใน พ.ศ. 2568 เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ยังมีความท้าทาย (Challenge) ในการดำเนินงาน เช่น ระบบการผลิตอาหารถูกคุกคามผ่านการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศในรูปแบบของภัยแล้ง น้ำท่วม และดินเค็ม การเติบโตของภาคธุรกิจอาหารแปรรูป และการท่องเที่ยวที่ส่งผลดีในแง่ส่งเสริมเศรษฐกิจประเทศ แต่ในทางกลับกันเพิ่มความท้าทายในการจัดการสภาพแวดล้อมทางอาหาร ด้วยประชากรมีโอกาสการเข้าถึงอาหารกลุ่มนี้ได้มากขึ้น เพิ่มโอกาสการบริโภคมากขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงต่อการได้รับ

152 สุขภาพคนไทย 2566 : คำสัญญาของไทยใน “คอป” (COP: Conference of Parties) กับการรับมือ “โลกรวน” สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม.

สารอาหารและสารเติมแต่ง ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพตามมา นอกจากนี้ ยังมีความท้าทายในทางนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ร่าง พ.ร.บ. กัญชา กัญชง พ.ศ. .... ข้อตกลง CPTPP ซึ่งส่งผลให้เกษตรกรรายย่อยและวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมจะได้รับผลกระทบอย่างมาก จากการเปิดการค้าเสรีและการรอนสิทธิในการใช้พืชพันธุ์การค้า นโยบายปรับเพิ่มอัตราการเก็บภาษีความหวาน ระยะที่ 3 และการชะลอจัดเก็บภาษีความเค็ม เป็นต้น

ท่ามกลางสถานการณ์อาหาร โอกาส และความท้าทายที่กล่าวมาข้างต้น แผนอาหารเพื่อสุขภาวะยังคงดำเนินการพัฒนารูปธรรมและต้นแบบการจัดการด้านอาหารในระดับพื้นที่ ขยายผลจากโมเดล นวัตกรรมและองค์ความรู้จากภาคีเครือข่าย โดยในมิติ**การผลิต** จะให้ความสำคัญกับการสนับสนุนต้นแบบแหล่งผลิตอาหารปลอดภัย/อินทรีย์ การส่งเสริมระบบการผลิตที่ยั่งยืน สร้างความเข้มแข็งต่อกระบวนการผลิตอาหารในระดับครัวเรือน ชุมชน และอุตสาหกรรมอาหาร เชื่อมโยงผลผลิตอาหารเพื่อสุขภาวะจากเกษตรกรสู่ผู้บริโภคอย่างเป็นรูปธรรมทั้งในภาวะวิกฤตและภาวะปกติ การปรุงประกอบอาหารเพื่อการเข้าถึงอาหารปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการ รวมทั้งสนับสนุนการปรับสูตรอาหารในระบบอุตสาหกรรมที่มุ่งสร้างสุขภาพ พัฒนาและจัดการอาหารริมบาทวิถีให้มีคุณภาพ ความปลอดภัย และมีคุณค่าทางโภชนาการ ในด้าน**การกระจายและตลาดอาหาร** จะมุ่งเน้นการสร้างช่องทาง/กลไกเพื่อกระจายอาหารสุขภาวะที่หลากหลายและเข้าถึงได้ง่าย ราคาอาหารที่เป็นธรรม สนับสนุนเศรษฐกิจอาหารและส่งเสริมตลาดเขียว/ตลาดชุมชน/ตลาดเชิงสถาบัน และในด้าน**การบริโภค** ยังคงเน้นรณรงค์สื่อสารความรอบรู้การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ สร้างแรงจูงใจและทักษะชีวิตให้แก่บุคคลตามวัย ครอบครัวและชุมชนในการเลือกบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ รู้เท่าทันการตลาดอาหาร รวมทั้งการสร้างช่องทางสื่อสารและช่องทางการตลาดเพื่อเชื่อมโยงระหว่างเกษตรกรผู้ผลิตและผู้บริโภค ที่สำคัญ คือการผลักดันนโยบายและมาตรการที่ส่งผลต่อการสร้างสภาพแวดล้อมด้านอาหารและโภชนาการที่ดี การสื่อสารประเด็นอาหารต่อสังคมเพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ของสังคมในวงกว้างทั่วในประเทศ

ผลการดำเนินงานที่สำคัญที่ผ่านมา

แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ ได้ทำให้เกิดต้นทุนการทำงานทั้งระดับบุคคล ชุมชน พื้นที่ ปฏิบัติการ เครื่องมือ องค์ความรู้ แนวคิด ระบบข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ ข้อเสนอนโยบายสาธารณะ และการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ ที่จะต่อยอดไปสู่การทำงานในปี 2567 ได้แก่

- จัดทำคู่มือมาตรฐานกลางระบบการจัดการอาหารและโภชนาการสำหรับทดลองในสถานศึกษา 165 โรงเรียนนำร่อง 32 จังหวัด เพื่อยกระดับคุณภาพการจัดการอาหารและโภชนาการเข้าสู่มาตรฐานกลาง โดยชุมชนมีส่วนร่วม มีเครื่องมือ และระบบการเสริมพลัง ติดตาม ประเมินผล แก่สถานศึกษา
- พัฒนานวัตกรรมเพื่อลดการบริโภคหวานมันเค็ม ได้แก่ นวัตกรรมสูตรอาหารโดยใช้สารทดแทนความเค็มและสารทดแทนความหวานจากธรรมชาติ ต้นแบบผลิตภัณฑ์อาหารลดโซเดียม/เครื่องดื่มอ่อนหวาน เครื่องตรวจวัดความเค็มในอาหาร (CHEM Meter) ผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการรับรองสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” (Healthier Choice Logo) จำนวนกว่า 2,781 ผลิตภัณฑ์ การพัฒนาแคมเปญรณรงค์ “ลดหวาน ลดโรค” และ “ลดซด ลดปรุง ลดโรค” เพื่อสื่อสารสร้างความตระหนักรู้ และสร้างความรอบรู้ในการบริโภคอาหารลดหวาน ลดเค็ม นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- สื่อสารและสร้างช่องทางการเข้าถึงแหล่งกระจายอาหารที่เชื่อมโยงอาหารปลอดภัยและอาหารท้องถิ่นจากผู้ผลิตสู่ผู้บริโภค ในรูปแบบ “ตลาดเขียว” และรณรงค์สื่อสารสร้างการรับรู้ภายใต้แคมเปญ “ตลาดเขียว ระบบนิเวศอาหารปลอดภัย” เพื่อเป็นการสร้างคุณค่าและมูลค่าของตลาดเขียว กระตุ้นให้เกิดกลไกตลาดเขียวกระจายในชุมชน/องค์กร และผู้บริโภคมีส่วนร่วมในการสนับสนุนตลาดเขียวเพิ่มขึ้น
- สร้างเศรษฐกิจอาหารชุมชน เช่น ในปี 2563 มีมูลค่าจำหน่ายผลผลิตของเกษตรกรอยู่ที่ 2,188,760 บาท และปี 2564 มีมูลค่าจำหน่ายผลผลิตของเกษตรกรอยู่ที่ 3,105,277 บาท (ข้อมูลจากร้านค้า MOA Green Market) เกษตรกรมีรายได้จากการจำหน่ายผักอินทรีย์เข้าสู่ตลาดเขียว 1,500 - 5,500 บาทต่อเดือน (ตลาดกินสบายใจ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี)

- พัฒนาแนวคิด “สภาอาหาร” (Food Council) ที่มุ่งหมายให้เกิดระบบอาหารทั้งระดับพื้นที่และระดับประเทศที่ส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืน โดยบูรณาการทั้งระบบ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและความร่วมมือระหว่างภาคพลเมืองสังคม ภาคธุรกิจ และภาครัฐ รวมทั้งผลักดันยุทธศาสตร์และนโยบายที่ทำให้เกิดความมั่นคงทางอาหาร อาหารปลอดภัย และโภชนาการที่ดี
- พัฒนาระบบชุดข้อมูลต้นทุนแผนอาหาร (Food System Mapping) เพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูลการดำเนินงาน องค์ความรู้ นวัตกรรม ภาคีเครือข่ายการทำงานของ สสส. วิเคราะห์ช่องว่างหรือโอกาสในการต่อยอดขยายผลเชื่อมโยงบูรณาการระบบอาหารตลอดหวงโซ่ ซึ่งฐานข้อมูลดังกล่าวจะช่วยสนับสนุนการกำหนดเป้าหมาย วางแผนการทำงาน และขับเคลื่อนโครงการความร่วมมือในประเด็นอาหารของ สสส. พร้อมทั้งใช้สนับสนุนข้อมูลให้ภาคีเครือข่าย จัดทำแผนที่ต้นทุนทั้งระดับพื้นที่และระดับโครงการ เพื่อวิเคราะห์ พัฒนา เชื่อมโยงและขยายผลการทำงานอย่างมียุทธศาสตร์ต่อไป
- ขับเคลื่อนระบบอาหารตลอดห่วงโซ่ที่เหมาะสมกับบริบท สถานการณ์ และวัฒนธรรมชุมชน โดย 1) ต้นน้ำ: พัฒนาต้นแบบแหล่งผลิตอาหารปลอดภัย/อินทรีย์ พัฒนาผลผลิต/ผลิตภัณฑ์ชุมชนให้ตอบสนองความต้องการของผู้บริโภค 2) กลางน้ำ: พัฒนาระบบการจัดเก็บผลผลิต ระบบการขนส่ง/เชื่อมโยงผลผลิต และพัฒนารูปแบบการประกอบการอาหารให้เหมาะสมกับบริบทชุมชน วิถีวัฒนธรรม สร้างรายได้และกระจายรายได้สู่ชุมชน และ 3) ปลายน้ำ: สื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านอาหารเพื่อสุขภาวะ พัฒนาศักยภาพและทักษะของผู้บริโภคทั้งในระดับครัวเรือน องค์กร และชุมชน ทำให้เกิดเครือข่ายผู้บริโภคที่ตื่นรู้และเท่าทัน ต้นแบบพลเมืองอาหาร ต้นแบบชุมชนอาหารเพื่อสุขภาวะ ต้นแบบสถานศึกษา/โรงพยาบาล/องค์กร และสถานพักฟื้นผู้สูงอายุที่มีการขับเคลื่อนชุมชนอาหารเพื่อสุขภาวะด้วยระบบเศรษฐกิจอาหารชุมชน
- เชื่อมโยงและบูรณาการขับเคลื่อนกับหน่วยงานเจ้าภาพหลัก เช่น 1) พัฒนาแนวทางการทำงานร่วมกับกรมวิชาการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ทั้งความร่วมมือเชิงวิชาการและงานวิจัย การอบรม เนื้อหา องค์ความรู้ ถ่ายทอดเทคโนโลยี การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการจัดทำกลไกการทำงานร่วม 2) พัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านอาหารและโภชนาการเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ร่วมกับสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือของประเทศระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลก ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (WHO Country Cooperation Strategy on NCDs: WHO-CCS NCDs) 3) สนับสนุนสำนักการเกษตรต่างประเทศ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ซึ่งเป็นหน่วยงานประสานงานหลักของ UN Food System Summit (UNFSS) เพื่อติดตามและขยายผลแนวทางการขับเคลื่อนระบบอาหารที่ยั่งยืน และจัดทำแผนแม่บทบูรณาการการพลิกโฉมระบบเกษตรและอาหารที่ยั่งยืน

จุดเน้นของแผน

แผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ยังคงเชื่อมโยงกับแผนหลัก (พ.ศ. 2566 - 2570) โดยมีกรอบนโยบายการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี 2567 คือ (1) ใช้ทิศทางและเป้าหมายกองทุน ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) (2) สร้างและขยายผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างทั่วถึงและยั่งยืน (3) สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (4) ให้ความสำคัญกับการลดผลกระทบของประชากรกลุ่มเปราะบางจากความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอุบัติใหม่ และ (5) เชื่อมโยงเครือข่ายการทำงานกับภาคีเครือข่ายทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มคนรุ่นใหม่ นอกจากนี้ แนวทางการขับเคลื่อนงานประจำปี 2567 ยังสอดคล้องกับเป้าหมายระดับโลก โดยเฉพาะเป้าหมายในการบรรลุ “วาระการพัฒนาที่ยั่งยืน ค.ศ.2030” (The 2030 Agenda for Sustainable Development) ครอบคลุมและเชื่อมโยงไปทั้งระบบอาหาร (Food System) ตั้งแต่การผลิต ไปสู่การกระจาย การแปรรูป การตลาด และผู้บริโภค โดยมีรายละเอียดของจุดเน้นในการดำเนินงาน ดังนี้

1. **เสริมศักยภาพและความเข้มแข็งของประชาชนเพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านอาหารเพื่อสุขภาวะ** โดยพัฒนาองค์ความรู้ งานวิจัย การสื่อสาร และนวัตกรรมที่สามารถสร้างความรู้ ความเข้าใจ ค่านิยม ทัศนคติ และจิตสำนึกด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะที่เหมาะสมกับประชาชนแต่ละช่วงวัย/พื้นที่/องค์กร ครอบคลุมทั้งอาหารท้องถิ่น อาหารชาติพันธุ์ อาหารสมัยใหม่ (เช่น อาหารอุตสาหกรรม Ultra Process Food) อาหารแห่งอนาคต (Future Food) อีกทั้งส่งเสริมและพัฒนาทักษะ ความรู้ ความสามารถ ให้ผู้ผลิต กลุ่มเกษตรกร ผู้ประกอบการ และผู้บริโภคให้เท่าทันต่อสถานการณ์ด้านอาหารอย่างรอบด้าน
2. **จัดกลไกแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย และกลุ่มคนรุ่นใหม่ ให้การขับเคลื่อนระบบอาหารครอบคลุมความมั่นคงทางอาหาร ความปลอดภัยทางอาหาร และโภชนาการที่สมดุล** โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างสำนักใน สสส. และเครือข่ายความร่วมมือทั้งปฏิบัติการในพื้นที่ เครือข่ายเชิงประเด็น วิชาการ และทางนโยบาย แลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวคิด เครื่องมือ ประสบการณ์ และบทเรียนในการดำเนินงานทั้งมิติความมั่นคงทางอาหาร เชื่อมโยงกับความปลอดภัยทางอาหาร และโภชนาการที่สมดุล เพื่อนำไปสู่ผลเชิงยุทธศาสตร์ (multiplier effect) ในการสร้างผลลัพธ์ด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะอย่างก้าวกระโดด เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน
3. **พัฒนาระบบหรือกลไกการเข้าถึงอาหารที่ปลอดภัยและมีโภชนาการที่สมดุล เพื่อลดผลกระทบของประชากรกลุ่มเปราะบางจากความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอุบัติใหม่ ลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมในระบบอาหาร และสร้างการมีส่วนร่วมให้ท้องถิ่นหรือชุมชนสามารถจัดการระบบอาหารของตนเองได้** โดยสนับสนุนการเพิ่มสัดส่วนของพื้นที่การผลิตอาหารที่ยั่งยืนที่ครอบคลุมทั้งบริบทเมือง กึ่งเมือง และชนบท พัฒนาระบบตลาดชุมชน ตลาดเขียว หรือช่องทางการตลาดที่หลากหลายเพื่อการเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพและปลอดภัยของประชาชน ขยายผลโมเดล/นวัตกรรมต้นแบบด้านการแบ่งปันอาหาร การกระจายอาหาร หรือระบบการขนส่งอาหารในรูปออนไลน์เพื่อสร้างการเข้าถึงอาหารเพิ่มมากขึ้น และสนับสนุนให้ท้องถิ่นหรือองค์กรชุมชนมีบทบาทและศักยภาพในการพัฒนาระบบอาหารที่ปลอดภัยและยั่งยืนของตนเอง
4. **สนับสนุนการจัดการองค์ความรู้ วิเคราะห์ สังเคราะห์ งานวิจัยและพัฒนา เพื่อนำมาพัฒนามาตรการและนโยบายที่ส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ/ระบบอาหารที่ยั่งยืน** รวมทั้งพัฒนาข้อเสนอต่อสาธารณะให้สอดคล้องไปกับวิกฤตการณ์และความท้าทายใหม่ ๆ รวมถึงสนับสนุนการผลักดัน ขับเคลื่อน บังคับใช้ ติดตามประเมินผลมาตรการหรือนโยบายสาธารณะด้านอาหารและโภชนาการเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีและลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการบริโภคอาหารที่อาจส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เป้าหมายการดำเนินงาน

กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับการวิเคราะห์ห่วงโซ่ผลลัพธ์ของ สสส. เป้าหมายตามแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) และกรอบแนวคิดการดำเนินงานของแผน ซึ่งประกอบด้วยการกำหนดตัวชี้วัดใน 2 ระดับ ได้แก่

ตัวชี้วัดหลัก

1 ต้นแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารเพื่อสุขภาวะ (ความมั่นคงอาหาร/อาหารปลอดภัย/โภชนาการ)
ไม่น้อยกว่า **3 แห่ง**

2 ต้นแบบระบบอาหารเพื่อสุขภาวะตลอดห่วงโซ่ (ในองค์กร/ชุมชน)
ไม่น้อยกว่า **3 แห่ง**

3 การพัฒนาระบบ/กลไกเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อสุขภาวะ/ลดหวานมันเค็ม /ผลผลิตปลอดภัย
ไม่น้อยกว่า **2 กรณี**

4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสาธารณะ เพื่อส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ/ระบบอาหารที่ยั่งยืน ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ไม่น้อยกว่า **1 เรื่อง**

ตัวชี้วัดร่วม

การนำใช้ข้อมูล นวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อดำเนินการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาวะทั้ง 4 มิติ และสนับสนุนการทำงานเชิงพื้นที่ องค์กร กลุ่มประชากร และระบบบริการสุขภาพ ในพื้นที่ 30 องค์กรใหม่ (ปี 2567) และมีผลการติดตามถอดบทเรียนใน 20 องค์กรเดิม (ปี 2566)

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

1. **อาหารเพื่อสุขภาวะ (Healthy Food & Nutrition)** หมายถึง อาหารที่มีคุณลักษณะทางกายภาพและส่วนประกอบที่มีคุณค่าทางโภชนาการ และมีความปลอดภัย ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และเป็นอาหาร ที่ผ่านกระบวนการผลิตที่คำนึงถึงการหมุนเวียนของทรัพยากรให้เกิดความสมดุลทางธรรมชาติและรักษาความหลากหลายทางชีวภาพ
2. **ระบบอาหารที่ยั่งยืน**[153] **(Sustainable Food System)** หมายถึง ระบบอาหารที่ให้ความมั่นคงด้านอาหารและโภชนาการแก่ทุกคนในมิติด้านเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อมเพื่อสร้างความมั่นคงทางอาหารและโภชนาการสำหรับคนรุ่นต่อไปซึ่งจะไม่ลดลง หมายความว่า มีความยั่งยืนทางเศรษฐกิจ มีประโยชน์ในวงกว้างสำหรับสังคม และมีผลกระทบเชิงบวกหรือเป็นกลางต่อสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ
3. **ปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาวะ (Food Environment)** หมายถึง คุณลักษณะทางด้านกายภาพ เศรษฐกิจ นโยบาย สังคมวัฒนธรรม การสร้างโอกาสและเงื่อนไข ที่มีผลต่อการเลือกบริโภคอาหารและเครื่องดื่มของประชาชน

153 องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO)

4. **ความมั่นคงทางอาหาร (Food Security)** หมายถึง การเข้าถึงอาหารที่มีอย่างเพียงพอสำหรับการบริโภคของประชาชนในประเทศ อาหารมีความปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการเหมาะสมตามความต้องการตามวัยเพื่อการมีสุขภาวะที่ดี รวมทั้งการมีระบบการผลิตที่เกื้อหนุน รักษาความสมดุลของระบบนิเวศวิทยาและความคงอยู่ของฐานทรัพยากรอาหารทางธรรมชาติของประเทศ ทั้งในภาวะปกติหรือเกิดภัยพิบัติ สาธารณภัยหรือการก่อการร้ายอันเกี่ยวเนื่องจากอาหาร [154]
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 โดยมุ่งใช้ทรัพยากรอย่างบูรณาการขององค์กรต่าง ๆ 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 และผู้ด้อยโอกาสทางสังคมเศรษฐกิจหรือด้านอื่น ๆ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านอาหารทั้งระดับบุคคล กลุ่มคน และองค์กร และบูรณาการความร่วมมือขับเคลื่อนทั้งระบบที่หนุนเสริมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะด้วยระบบอาหารยั่งยืนทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต
2. เพื่อส่งเสริมระบบตลาดอาหารปลอดภัยในชุมชน และสร้างความมั่นคงทางอาหารทั้งในระดับครัวเรือนและชุมชน
3. เพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านอาหารเพื่อสุขภาวะ พร้อมใช้การรณรงค์สื่อสารสังคมเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

แนวทางการดำเนินงาน

กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่ขอบเขตงาน

1. **กลุ่มเป้าหมาย**
   - กลุ่มเปราะบาง/อดอยากหิวโหย ที่ได้รับผลกระทบมาจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ได้แก่ ทารกแรกเกิด กลุ่มเด็กด้อยโอกาส กลุ่มคนจนเมือง กลุ่มชุมชนแออัด กลุ่มแรงงานนอกระบบ กลุ่มคนตกงานและไม่มีรายได้ กลุ่มชาติพันธุ์ เป็นต้น
   - กลุ่มทารกและเด็กเล็ก
   - กลุ่มเด็กและเยาวชน
   - กลุ่มวัยทำงาน
   - กลุ่มผู้สูงอายุ

154 พระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ.2551

2. **พื้นที่เป้าหมายการทำงานเชิงยุทธศาสตร์**
แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ กำหนดพื้นที่ดำเนินงานนำร่องใน 9 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร นนทบุรี นครปฐม อุตรดิตถ์ เชียงราย อุบลราชธานี ยโสธร สงขลา และพัทลุง เพื่อเป็นพื้นที่ศึกษาเรียนรู้และติดตามผลจากการขับเคลื่อนระบบอาหารเพื่อสุขภาวะตลอดห่วงโซ่

3. **ขอบเขตการดำเนินงาน**
แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ มุ่งเน้นการดำเนินเพื่อตอบสนองต่อการบรรลุเป้าหมายการเพิ่มสัดส่วน การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) โดยมีจุดประสงค์เพื่อสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชน และได้กำหนดขอบเขตการดำเนินงานที่สำคัญไว้ ดังนี้

- **การเพิ่มสัดส่วนประชาชนที่มีภาวะสุขภาพและโภชนาการสมดุล**
ปัจจุบันประชาชนยังมีภาวะขาดสารอาหารเป็นจำนวนมาก แต่อีกด้านหนึ่งกลับมีแนวโน้มภาวะโภชนาการเกินที่มากขึ้น รวมถึงการเกิดโรคไม่ติดต่อที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่ปัจจุบันมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น เช่น ภาวะอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง แมทาบอลิซึมซินโดรม เป็นต้น
- **การเสริมสร้างคุณภาพและความปลอดภัยทางอาหาร**
สาเหตุส่วนใหญ่ของการเจ็บป่วยจากการบริโภคอาหารว่าเกิดจากอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์และสารเคมี ซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของผู้บริโภคแล้วยังส่งผลต่องบประมาณและเศรษฐกิจของประเทศ พบการปนเปื้อนของอันตรายในผลิตภัณฑ์ทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ เช่น การตกค้างของสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชและยาสัตว์ การปนเปื้อนของสารพิษจากเชื้อรา รวมถึงพบอาหารที่มีคุณภาพไม่ตรงตามมาตรฐาน เป็นต้น
- **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 จึงมีแนวโน้มว่าในอนาคตอาจเผชิญกับปัญหาความไม่มั่นคงทางอาหารโดยเฉพาะความเหลื่อมล้ำทางอาหารในกลุ่มประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทห่างไกลความเจริญและประชาชนที่มีฐานะยากจน

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างความรอบรู้ด้านอาหารเพื่อสุขภาวะ เกิดพลเมืองอาหารและชุมชนอาหาร โดยส่งเสริมการปรับพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ลดหวานมันเค็ม ในประชาชนทุกช่วงวัยเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ สื่อสารณรงค์เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ ที่นำไปสู่การเป็นพลเมืองอาหารที่ตระหนักถึงศักยภาพ สิทธิ และบทบาทหน้าที่ในการเข้าถึงและบริโภคอาหารสุขภาวะ โดยสร้างการเปลี่ยนแปลงทั้งต่อตนองและสังคม
ยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างสภาพแวดล้อมอาหารที่เอื้อต่อการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ โดยบูรณาการสานเสริมพลังองค์กรชุมชน และภาคีเครือข่ายเพื่อร่วมขับเคลื่อนระบบอาหารที่ยั่งยืน สนับสนุนระบบการบริหารจัดการอาหารและโภชนาการอย่างครบวงจรเพื่อการแบ่งปัน พึ่งพาตนเอง สร้างวิถีการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ รวมทั้งการพัฒนามาตรการหรือแนวทางเพื่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพทั้งเชิงปริมาณ คุณภาพ และความหลากหลาย เพื่อการมีสุขภาวะที่ดีของประชาชนทุกช่วงวัย ลดการเจ็บป่วยจากการเกิดโรคไม่ติดต่อ
ยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมระบบเศรษฐกิจอาหารชุมชนและการกระจายอาหารเพื่อสุขภาวะ มุ่งสร้างความเข้มแข็งต่อกระบวนการผลิตอาหารในระดับครัวเรือน ชุมชน และอุตสาหกรรมอาหารด้วยระบบอาหารที่ยั่งยืน เพื่อสร้างความเชื่อมโยงผลผลิตอาหาร

เพื่อสุขภาวะจากเกษตรกรสู่ผู้บริโภคอย่างเป็นรูปธรรมทั้งในภาวะวิกฤตและภาวะปกติ รวมทั้งขยายผลจากโมเดล นวัตกรรม และองค์ความรู้จากภาคีเครือข่ายด้านการผลิต การกระจาย/แบ่งปัน การปรุงประกอบอาหารเพื่อการเข้าถึงอาหารปลอดภัย และมีคุณค่าทางโภชนาการ โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มเปราะบางที่ได้รับผลกระทบจากภาวะวิกฤตด้านความมั่นคงทางอาหาร อาหารปลอดภัย และโภชนาการ

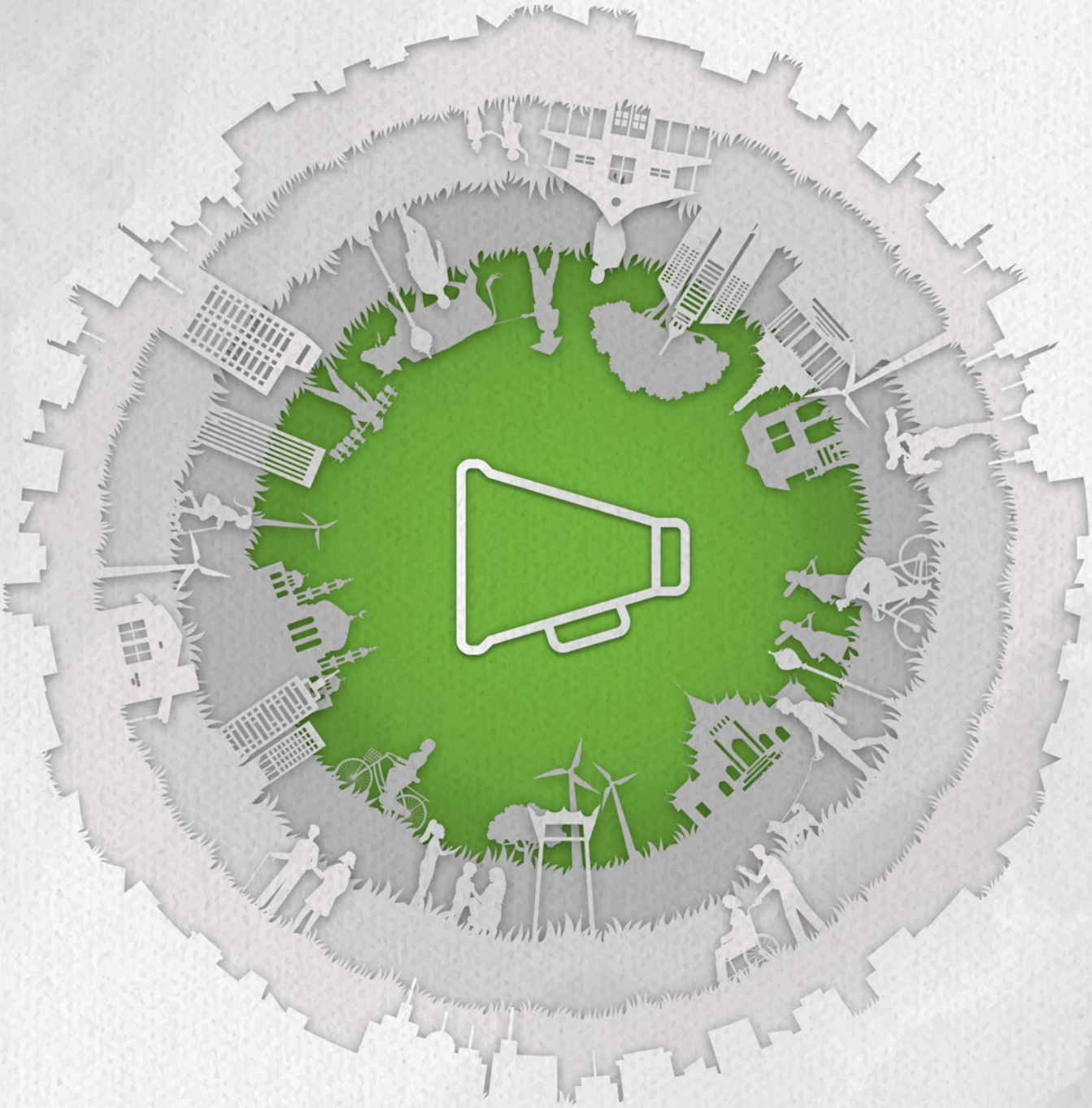
ยุทธศาสตร์ที่ 4 ส่งเสริมการขับเคลื่อนนโยบายและกฎหมาย โดยพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรม งานวิชาการ งานศึกษาวิจัย และพัฒนา ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ พัฒนาเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสู่การผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพและปกป้องระบบอาหารที่ยั่งยืนภายใต้กลยุทธ์การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

กลุ่มภาคีหลัก ในการขับเคลื่อนงาน

1. **ภาคีด้านนโยบาย** ที่เกี่ยวข้องกับระบบอาหารเพื่อสุขภาวะในทุกมิติ อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงการคลัง กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงมหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฯลฯ
2. **ภาคีด้านวิชาการ** อาทิ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย องค์การยูนิเซฟประเทศไทย องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย ศูนย์พืชผักโลก ภาคเอเชียตะวันออกและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย สถาบันวิชาการและสถาบันการศึกษาด้านการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการเกษตรและฐานทรัพยากรอาหาร ด้านการตลาดอาหารสุขภาพ ฯลฯ
3. **ภาคีด้านการขับเคลื่อนสังคม** อาทิ เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ เครือข่ายเด็กไทยแก้มใส เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน เครือข่ายลดบริโภคเค็ม เครือข่ายบริโภคไขมันอย่างเหมาะสม เครือข่ายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เครือข่ายส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ เครือข่ายสมัชชาสุขภาพด้านอาหาร-โภชนาการและคุ้มครองผู้บริโภค เครือข่ายพลเมืองอาหาร เครือข่ายความมั่นคงทางอาหารกลุ่มชาติพันธุ์ เครือข่ายสมัชชาปฏิรูปด้านการจัดการทรัพยากร เครือข่ายสื่อสารสุขภาวะ เครือข่ายตลาดสีเขียว เครือข่ายเกษตรอินทรีย์ ฯลฯ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
กลุ่มแผนงานความมั่นคงทางอาหาร	51.20
กลุ่มแผนงานอาหารปลอดภัย	51.20
กลุ่มแผนงานโภชนาการ	51.20
การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ	1.40
รวม	**155.00**



แผน 15

แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ

สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ มุ่งเน้นการดำเนินงานเพื่อสร้างโอกาสการเข้าถึงข้อมูล องค์ความรู้และประสบการณ์ตรงด้านสุขภาวะ รวมทั้งเพิ่มทักษะและแรงบันดาลใจเชิงบวกแก่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ สร้างความตระหนัก และทัศนคติ ตลอดจนค่านิยมของสังคมที่นำไปสู่ขีดความสามารถของประชาชนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาวะ ผ่านการสื่อสารรณรงค์ การจัดการความรู้ การพัฒนาสื่อ กระบวนการเรียนรู้ ตลอดจนพัฒนาผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพ และสร้างพันธมิตรเครือข่ายเพื่อการสื่อสารและขยายองค์ความรู้สุขภาวะให้เข้าถึงและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคคล ผู้นำการเปลี่ยนแปลง และองค์กรต่าง ๆ ให้เกิดการความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งสร้างการรับรู้ผลลัพธ์จากการดำเนินงานที่สะท้อนภาพลักษณ์ของ สสส. โดยการดำเนินงานของแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ ประกอบไปด้วย 4 สำนัก/ฝ่าย ได้แก่ 1) ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ 2) สำนักสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม 3) ฝ่ายสื่อสารองค์กร และ 4) ศูนย์กิจการสร้างสุข

ทั้งนี้ จากการวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่มีแนวโน้มส่งผลต่อการเรียนรู้ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า

ด้านพฤติกรรม ด้านการเรียนรู้ และการรับข้อมูลของประชาชน

การพัฒนาอย่างรวดเร็วในยุคดิจิทัลทั้งเทคโนโลยีนวัตกรรม โครงสร้างพื้นฐาน ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 นับเป็นการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดดส่งผลต่อการใช้ชีวิต ทำให้พฤติกรรมของคนในสังคมเปลี่ยนไปอย่างฉับพลันในทุกด้าน อาทิ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การทำธุรกิจ และการเรียนรู้ของคน ที่นำมาซึ่งความท้าทาย และโอกาสในการพัฒนาสิ่งใหม่ ๆ จึงต้องมีการปรับตัวและพัฒนาทักษะให้ทันกระแสโลก เพราะการเรียนรู้ในอนาคต จำเป็นที่จะต้องมีการเรียนรู้ตามทักษะ เป้าหมาย และศักยภาพของแต่ละบุคคล ด้วยการพัฒนาพื้นที่ สื่อเพื่อการเรียนรู้ที่นำเครื่องมือทางดิจิทัลเข้ามาช่วยเสริมศักยภาพและทักษะทางการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพ เพื่อลดช่องว่างความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัล อนึ่ง แนวโน้มทิศทางการเรียนรู้ปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ที่ผู้เรียนเป็นแค่ฝ่ายรับและเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ แต่ในโลกยุคใหม่ เปิดโอกาสให้ใครก็ตามสามารถผลิตและสร้างผลงานของตัวเองได้ เพียงคอมพิวเตอร์และ

โปรแกรมในโทรศัพท์มือถือ จึงทำให้ผู้เรียนเปลี่ยนบทบาทจากผู้รับ (passive) เป็นผู้สร้าง (active) ดังนั้น พฤติกรรมการเรียนรู้ในโลกสมัยใหม่จึงเปลี่ยนให้ผู้เรียนกลายเป็นผู้ผลิต ผู้ร่วมสร้างสรรค์ผลงาน (co-creator) แทนการรับการเรียนด้านเดียว

การมีแพลตฟอร์มการเรียนรู้ที่หลากหลาย การที่ผู้เรียนสามารถเลือกสรรหัวข้อการเรียนรู้ที่ตัวเองสนใจได้ หรือการเรียนรู้ส่วนบุคคล (personalized learning) นั้น เป็นการเรียนรู้ที่ช่วยทำให้ผู้เรียนทุกคนสามารถเข้าถึงองค์ความรู้ต่าง ๆ ได้ด้วยวิธีการเรียนรู้ของตนเอง ซึ่งจะช่วยทำให้ผู้เรียนเห็นคุณค่าของการเรียนรู้ได้มากกว่าการเรียนรู้ที่มีวิธีการเรียนรู้เพียงวิธีการเดียว เป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่เฉพาะเจาะจงเพื่อพัฒนาจุดแข็งและลักษณะเฉพาะของตนมากกว่าการเรียนในมาตรฐานแบบเดียวกัน แนวโน้มทางด้านบูรณาการระหว่างแพลตฟอร์มออนไลน์จะทำให้เกิดรูปแบบแพลตฟอร์มการเรียนรู้ที่มีการผสมผสานมากขึ้น อาทิ การใช้แพลตฟอร์มสื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้โดยเผยแพร่วีดิทัศน์บนยูทูบ (YouTube) ใช้เกมเพื่อดึงดูดความสนใจในเนื้อหา หรือการนำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI) มาใช้คัดกรอง ประมวลผล และส่งต่อข้อมูลที่เหมาะสมหรือเฉพาะเจาะจงกับความสนใจของแต่ละบุคคล รวมทั้งการสร้างโลก/จักรวาลเสมือน (Metaverse) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้คนได้เข้ามามีปฏิสัมพันธ์และสามารถทำกิจกรรรมต่าง ๆ ร่วมกันได้ไม่ว่าจะเป็นการประชุม พบปะพูดคุย ติดต่อ เล่นเกม เล่นกีฬา ฯลฯ เสมือนอยู่ในโลกจริงผ่านตัวตนที่เป็นอวตาร (avatar) ซึ่งเป็นกราฟิก 3 มิติ แทนตัวเราเวลาทำกิจกรรมในจักรวาลเสมือน (Metaverse) โดยใช้เทคโนโลยีและอุปกรณ์รองรับการเข้าถึงโลกเสมือน ได้แก่ เทคโนโลยีความจริงเสริม (Augmented Reality: AR) และเทคโนโลยีความจริงเสมือน (Virtual Reality: VR) มาใช้สร้างประสบการณ์ให้กับผู้คน เป็นต้น

การเรียนรู้ในโลกปัจจุบันเปิดกว้างไปสู่นอกห้องเรียน เพราะทั้งผู้เรียน ผู้สอน และผู้ปกครอง สามารถแบ่งปันทรัพยากรต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เห็นได้จากการเติบโตของหลักสูตรออนไลน์แบบเปิดสำหรับมวลชน (massive open online courses) ที่เน้นการเชื่อมต่อกันและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เรียนผู้สอนที่มีความรู้และประสบการณ์หลากหลาย จึงนับเป็นโอกาสในการพัฒนาแพลตฟอร์ม หรือการประยุกต์ใช้แพลตฟอร์มอื่น ๆ เช่น เกม สื่อสังคม (YouTube Facebook และ Line) เพื่อเป็นพื้นที่กลางสำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน (collaborative learning) ในรูปแบบการแบ่งปันความรู้ ประสบการณ์ และทรัพยากร) ทำให้ประชาชนมีทางเลือกในการเรียนรู้ใหม่ ๆ ที่มีความหลากหลายและสามารถตอบสนองความต้องการได้มากขึ้น

พฤติกรรมการบริโภคสื่อในประเทศไทย

ภาพรวมพฤติกรรมการบริโภคสื่อในประเทศไทยปี 2566 พบว่า สื่อดิจิทัลยังคงมีการเติบโตอย่างต่อเนื่อง ในด้านการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและมูลค่างบประมาณที่ใช้สื่อสารผ่านช่องทางดิจิทัล จากผลสำรวจ พบว่า [155] ในจำนวนประชากรทั้งหมดปี 2566 อยู่ที่ 71.75 ล้านคน มีจำนวนผู้ใช้อินเทอร์เน็ตอยู่ที่ 61 ล้านคน เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.2 จากปี 2565 โดยเฉลี่ยแล้วคนไทยใช้เวลาอยู่บนอินเทอร์เน็ตมากถึง 8 ชั่วโมงต่อวัน และเมื่อแบ่งจำนวนผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ (social media) จะอยู่ที่ 52 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 72.8 ของประชากรไทย แบ่งเป็นประชากรหญิงร้อยละ 52 และประชากรชายร้อยละ 47 การใช้เวลาบน Social media เฉลี่ย 2 ชั่วโมง 44 นาทีต่อวัน และใช้สื่อสังคมออนไลน์ อยู่ที่ 7 แพลตฟอร์ม โดย Facebook ยังคงเป็นช่องทางอันดับหนึ่งที่เข้าถึงผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตในช่วงอายุ 16-64 ปี ได้มากถึงร้อยละ 91 ตามมาด้วย LINE ร้อยละ 90.7 ช่องทาง Facebook Messenger ร้อยละ 80.8 และ TikTok ร้อยละ 78.2 โดยวัตถุประสงค์หลักในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ คือ เพื่อการติดต่อเพื่อนและครอบครัวร้อยละ 57.2 อ่านข่าวสารร้อยละ 57.2 และดูวิดีโอหรือภาพยนตร์ร้อยละ 35.8 โดยแนวโน้มการใช้งบประมาณผ่านช่องทางดิจิทัล ในปี 2566 [156] คาดการณ์ว่าจะมีการเติบโตร้อยละ 7 คิดเป็นมูลค่า 27,481 ล้านบาท จากปี 2565 (25,729 ล้านบาท) โดย Facebook ยังคงเป็นช่องทางหลักที่มีสัดส่วนการใช้งบประมาณสูงถึงร้อยละ 34

155 Simon Kemp. (2023). “Digital 2023: Thailand”. Datareportal. เข้าถึงได้จาก https://datareportal.com/reports digital-2023-thailand
156 สมาคมโฆษณาดิจิทัล (ประเทศไทย). (2566). “DATT Report: Thailand Digital Advertising Spend 2022-2023”.

รองลงมาคือ YouTube ร้อยละ 14 ตามมาด้วย Online VDO และสื่อสังคมออนไลน์ อื่น ๆ อาทิ ผู้นำความคิด (influencer) สื่อประชาสัมพันธ์ดิจิทัล (Digital PR) และเนื้อหาโฆษณา (content sponsorship) ที่สัดส่วนร้อยละ 10 เท่ากัน

นอกเหนือจากสื่อดิจิทัล สื่อโทรทัศน์ยังคงเป็นช่องทางหลักที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในวงกว้าง โดยภาพรวมการใช้งบประมาณสื่อโทรทัศน์ช่วงเดือนมีนาคม 2566 [157] มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 63 และจากสถานการณ์ปัจจุบันที่ประชาชนเดินทางออกนอกบ้านและกลับมาใช้ชีวิตตามปกติ ส่งผลให้ภาพรวมสื่อนอกบ้าน (out of home media) อาทิ สื่อยานพาหนะ สื่อป้ายกลางแจ้งภาพเคลื่อนไหว สื่อโรงภาพยนตร์ สื่อในห้างสรรพสินค้า มีสัดส่วนการใช้งบประมาณสูงขึ้น รวม ร้อยละ 21 จากช่วงเวลาเดียวกันในปีที่ผ่านมา

สำหรับพฤติกรรมการเปิดรับสื่อของผู้บริโภคในปัจจุบัน มีการปรับตัวตามเทคโนโลยีและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป พบว่าปี 2566 [158] การรับชมทีวีสดผ่านออนไลน์ เติบโตขึ้นร้อยละ 36 จากปี 2565 และในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา คนไทยใช้สมาร์ทโฟนเพิ่มขึ้นร้อยละ 19 แท็บเล็ตร้อยละ 58 และสมาร์ททีวีร้อยละ 73 โดยเนื้อหาหรือคอนเทนต์ที่ได้รับความสนใจในปัจจุบัน ผู้บริโภคไทยยุคใหม่ชอบความสมจริง (real) จากประสบการณ์จริงจากผู้ใช้สินค้าจริง วิธีสร้างความสมจริง ของแบรนด์ที่ได้รับความนิยมในปัจจุบัน คือ user-generated content เป็นการสร้างคอนเทนต์จากผู้บริโภคตัวจริงและมีความเกี่ยวข้องกับสินค้าหรือแบรนด์โดยตรง อาทิ การรีวิว หรือบอกเล่าประสบการณ์ในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งนี้ การโฆษณายังคงมีบทบาทสำคัญต่อการรับรู้และตัดสินใจของผู้บริโภค เห็นได้จากผลสำรวจคนไทยร้อยละ 69 ซื้อสินค้าหลังจากเห็นโฆษณา แยกย่อยรายสื่อเมื่อเห็นโฆษณาแล้วกระตุ้นให้เกิดการซื้อสินค้า คือ สื่อดิจิทัลร้อยละ 40 และทีวี ร้อยละ 37 สะท้อนให้เห็นว่าแบรนด์และนักการตลาดยังจำเป็นต้องใช้การโฆษณาเพื่อสร้างการรับรู้และสร้างยอดขายให้มากขึ้น ซึ่งในปัจจุบัน เป็นยุคที่มีสื่อกระจายตัวมากขึ้น คนไทยมีพฤติกรรมการรับสื่อหลากหลาย ในการวางแผนสื่อเพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย จากการสำรวจพบว่า การใช้เม็ดเงินในสื่อดิจิทัลร้อยละ 37 เป็นการลงทุนที่เสียเปล่า เพราะโฆษณาไปไม่ถึงกลุ่มเป้าหมายที่แท้จริง การใช้ข้อมูล เพื่อหากลุ่มเป้าหมายที่ตรงตามความต้องการ (right audience) และการวัดผล จึงมีบทบาทสำคัญในยุคปัจจุบัน เพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ถูกต้องและแม่นยำ นำไปสู่ผลของการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนั้นนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Data Protection Act) หรือความเป็นส่วนตัวเป็นสิ่งที่แบรนด์ควรให้ความสำคัญ เนื่องจากในยุคดิจิทัล คนไทยรักษาความเป็นส่วนตัวมากขึ้น มีเพียงร้อยละ 19 ของคนไทยเท่านั้นที่อนุญาตให้แอปพลิเคชันหรือเว็บไซต์ติดตามพฤติกรรมบนโลกออนไลน์ โดยร้อยละ 57 อนุญาตให้บางแอปพลิเคชันและเว็บไซต์ติดตามได้ ขณะที่ร้อยละ 20 ไม่อนุญาตให้ติดตาม โดยกลุ่มที่มีความเป็นส่วนตัวสูงสุด คือ กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่ม Gen Z สิ่งที่ตามมา คือการวางแผนสื่อสารโฆษณาเพื่อเข้าถึงกลุ่มดังกล่าวทำได้ยากขึ้น เพราะขาดความแม่นยำและไม่มีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจนเพียงพอ จึงเป็นความท้าทายของนักการตลาดที่ต้องหาวิธีระบุการใช้ข้อมูลและมาตรการปกป้องข้อมูลผู้บริโภค

157 Nielsen Media Research Thailand. (2023). “Media Spending March 2023”. Nielsen
158 Nielsen. (31 January 2023). “Nielsen Media Talk: 10 Media trend to watch out for 2023”.

สถานการณ์การรับรู้การดำเนินงานและภาพลักษณ์ของ สสส.

จากผลสำรวจการรับรู้การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ และภาพลักษณ์ สสส. ประจำปี 2565 พบว่า กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มประชาชน ภาคีเครือข่าย และสื่อมวลชน ระบุว่า ได้รับประโยชน์จากการสื่อสารชุดข้อมูลข่าวสาร โฆษณา สื่อรณรงค์ของ สสส. ในระดับดี-ดีมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ย 8 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน (ระดับ 0 คือไม่ได้ประโยชน์เลย ไปจนถึงระดับ 10 ได้ประโยชน์มากที่สุด) ประกอบด้วย กลุ่มประชาชน ร้อยละ 81.95 กลุ่มภาคีเครือข่าย ร้อยละ 67.89 และกลุ่มสื่อมวลชน ร้อยละ 88.24 โดยกลุ่มเป้าหมายระบุว่า ประเด็นที่การดำเนินงานของ สสส. สร้างความพึงพอใจได้มากที่สุด ได้แก่ 1) การจุดประกาย กระตุ้น สนับสนุน ให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี 2) การสร้างแรงบันดาลใจให้อยากมีสุขภาพที่ดี ทั้งร่างกาย และจิตใจ และ 3) การเป็นแหล่งองค์ความรู้ทางสุขภาพเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง/ผู้อื่น

กลุ่มเป้าหมายรับรู้ประเด็นการทำงานของ สสส. 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) โควิด-19 2) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสิ่งเสพติด และ 3) บุหรี่และยาสูบ ขณะที่เฉพาะกลุ่มประชาชน ระบุว่าโครงการที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้อง หรือเป็นสิ่งที่อยู่ใกล้ตัวมากที่สุด ได้แก่ โครงการโควิด-19 (8.88 คะแนน) กิจกรรมทางกาย กีฬา และการออกกำลัง (8.68 คะแนน) และความปลอดภัยทางถนน (8.60 คะแนน)

จากการสื่อสารการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่ายครอบคลุมทั้ง 15 แผน ทำให้กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม รู้จัก สสส. ในฐานะองค์กรสุขภาพ โดยกลุ่มประชาชนรับรู้ว่า สสส. เป็นองค์กรสุขภาพ ร้อยละ 76.71 ถือเป็นองค์กรลำดับที่ 2 รองจากกระทรวงสาธารณสุข ที่มีคะแนนอยู่ที่ ร้อยละ 89.75 ในขณะที่กลุ่มภาคีเครือข่าย และกลุ่มสื่อมวลชนรับรู้ว่า สสส. เป็นองค์กรสุขภาพ ร้อยละ 100 ทั้งนี้กลุ่มเป้าหมาย มีความถี่ในการได้เห็น/ได้ยิน ชุดข้อมูลข่าวสารของ สสส. อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ในภาพรวม ร้อยละ 97.66 โดยกลุ่มประชาชน ร้อยละ 97.36 กลุ่มภาคีเครือข่าย ร้อยละ 98.42 และกลุ่มสื่อมวลชน ร้อยละ 100

ในด้านภาพลักษณ์ของ สสส. เมื่อเปรียบเทียบกับองค์กรสุขภาพอื่น ๆ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมควบคุมโรค กรมอนามัย พบว่า กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มให้ สสส. มีภาพลักษณ์การทำงานโดยรวมดีที่สุด กลุ่มสื่อมวลชนให้คะแนนภาพลักษณ์ สสส. ที่ 8.80 คะแนน รองลงมาคือ กลุ่มภาคีเครือข่ายที่ 8.60 คะแนน และกลุ่มประชาชน 8.15 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน

แนวโน้มพฤติกรรมผู้บริโภคด้านสุขภาพ

จากผลสำรวจของบริษัทวิจัยระดับโลก McKinsey เมื่อเดือนเมษายน 2564 ภายใต้การวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง 7,500 คน ใน 6 ประเทศ ได้แก่ บราซิล จีน เยอรมัน ญี่ปุ่น อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา พบว่า หลังจากสถานการณ์โควิด-19 กระตุ้นให้ผู้คนหาแนวทางการมีวิถีชีวิตที่ดีขึ้น โดยผลสำรวจชี้ว่าเกิดแนวโน้มพฤติกรรมผู้บริโภคด้านสุขภาพดังนี้

1. ผู้บริโภคมองหาสินค้าที่ผลิตจากวัตถุดิบธรรมชาติ เกษตรอินทรีย์ไม่ว่าจะเป็นผลิตภัณฑ์บำรุงผิวกาย เครื่องสำอาง และอาหารเสริมวิตามิน
2. แม้ว่าเรื่องการรักษาข้อมูลส่วนตัวลูกค้าจะเป็นประเด็นในตอนนี้ แต่ผู้บริโภคหลายคนยินดีที่จะให้ข้อมูลส่วนตัวเพื่อแลกกับการได้รับบริการที่ออกแบบมาเฉพาะ ที่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของตัวเอง
3. E-commerce จะกลายช่องทางหลักในการซื้อของด้านสุขภาพ
4. ผู้มีอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ (influencer) จะเป็นปัจจัยหลักในการขับเคลื่อนตลาดด้านสุขภาพ
5. ธุรกิจบริการด้านสุขภาพกำลังเติบโตขึ้นอย่างก้าวกระโดด อาทิ ผู้ฝึกสอนออกกำลังกายส่วนตัว (personal trainer) นักกำหนดโภชนาการ และบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต

จุดเน้นของแผน

1. บริหารจัดการข้อมูลในระบบบริหารจัดการข้อมูลลูกค้า (Customer Data Platform: CDP) และดำเนินการใช้ข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงใช้ข้อมูลเพื่อพัฒนาเนื้อหาการสื่อสารให้สอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย
2. วิเคราะห์สถานการณ์ของสังคม ปัญหาด้านสุขภาพของคนไทย และความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อพัฒนาเนื้อหาสื่อรณรงค์ กระบวนการเรียนรู้ และผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพ อันนำไปสู่การลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ และสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)
3. พัฒนากลไกและช่องทางให้ภาคีเครือข่าย ผู้นำการเปลี่ยนแปลง สื่อมวลชน และประชาชน สามารถเข้าถึง ใช้ประโยชน์จากชุดความรู้ สื่อ ผลิตภัณฑ์ และบริการต่าง ๆ เพื่อสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ

เป้าหมายการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก

การพัฒนาและจัดการองค์ความรู้

1 ชุดข้อมูล กระบวนการเรียนรู้ สื่อสร้างเสริมสุขภาวะ จำนวน ไม่น้อยกว่า **10 ชุด**

การพัฒนาและจัดการองค์ความรู้

2 ระบบบริหารจัดการองค์ความรู้แบบมีส่วนร่วม จำนวน **1 ระบบ**

การพัฒนาและจัดการองค์ความรู้

3 โมดูลการเรียนรู้ที่คัดสรรเรียบเรียง พัฒนาจากต้นแบบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นต่าง ๆ ไม่น้อยกว่า **5 โมดูล**

การพัฒนาและจัดการองค์ความรู้

4 ประชาชนที่รับรู้สื่อของโครงการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาวะ (แคมเปญ) อยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาวะมากกว่า **ร้อยละ 57**

การพัฒนาและจัดการองค์ความรู้

5 ผลิตภัณฑ์และบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่เกิดจากความร่วมมือกับพันธมิตรทางธุรกิจ จำนวน ไม่น้อยกว่า **5 รายการ**

การพัฒนาและจัดการองค์ความรู้

6 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานตามแผนของศูนย์กิจการสร้างสุข (SOOK Enterprise) อย่างน้อย**ร้อยละ 80** ของเป้าหมายปี 2567

การขยายฐานผู้รับประโยชน์

7 ภาคีเครือข่ายและผู้นำการเปลี่ยนแปลงเข้าใช้งานแพลตฟอร์ม Thaihealth Resource Center จำนวน ไม่น้อยกว่า **2,000 session (ครั้ง)**

การขยายฐานผู้รับประโยชน์

8 ประชาชนเข้าใช้งานแคมเปญเว็บไซต์ (แพลตฟอร์มใหม่) จำนวน ไม่น้อยกว่า **50,000 session (ครั้ง)**

การขยายฐานผู้รับประโยชน์

9 ชิ้นงานเฉพาะแพลตฟอร์มติ๊กต๊อก (TikTok) จำนวน ไม่น้อยกว่า **80 ชิ้น** และมีจำนวนผู้ติดตามแพลตฟอร์มติ๊กต๊อก (TikTok) จำนวน **55,000 บัญชี**

การขยายฐานผู้รับประโยชน์

10 ผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ทั้ง 15 แผน ได้รับการเผยแพร่ จำนวน ไม่น้อยกว่า **400 ชิ้นงาน**

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

1. **ระบบบริหารจัดการองค์ความรู้แบบมีส่วนร่วม** หมายถึง ระบบสำหรับบริหารจัดการความรู้ (collaborative knowledge management platform) และแบ่งปันองค์ความรู้สุขภาวะ (knowledge sharing) ในรูปแบบบล็อก (Blog) ที่จดบันทึกเนื้อหาผ่านเว็บไซต์ และสามารถสร้างลิงค์ไปยังหน้าเว็บไซต์อื่นที่มีเนื้อหาเจาะลึกในแต่ละประเด็นได้ โดยอนุญาตให้นักวิชาการของ สสส. และ/หรือภาคีเครือข่าย สสส. ที่ลงทะเบียนสามารถแสดงความคิดเห็น/แก้ไข/สร้างเนื้อหาที่เกี่ยวข้องได้ มีลักษณะคล้ายกับ Webboard ที่มีการสื่อสารทั้งสองทิศทาง ทำให้มีข้อมูลต่าง ๆ มากขึ้น และมีการแบ่งปันความรู้กันมากขึ้น ทั้งนี้เนื้อหาที่บันทึกจะควบคุมการแสดงผลด้วยวันที่/เวลาที่เผยแพร่
2. **โมดูลการเรียนรู้ (Module)** หมายถึง หน่วยการเรียนรู้ที่สนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในประเด็น/หัวข้อต่าง ๆ สำหรับภาคีเครือข่าย และ/หรือผู้นำการเปลี่ยนแปลง ที่รวบรวม คัดสรร เรียบเรียงข้อมูลสถานการณ์ กระบวนการดำเนินงาน เครื่องมือเสริมการทำงาน แบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง กรณีศึกษา ช่องทางติดต่อ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง จากสำนัก/ภาคีเครือข่ายได้จัดทำไว้ โดยนำมาพัฒนา จัดทำในรูปแบบ digital archive สำหรับให้บริการในเว็บไซต์ Thaihealth Resource Center
3. **พันธมิตรทางธุรกิจ** หมายถึง บุคคล กลุ่มคน หน่วยงาน องค์กร หรือภาคีเครือข่าย ที่ร่วมดำเนินการพัฒนาและขยายผลผลิตภัณฑ์และบริการที่เกิดจากความร่วมมือในรูปแบบธุรกิจ
4. **แพลตฟอร์ม Thaihealth Resource Center** หมายถึง เว็บไซต์สำหรับรวบรวมและเผยแพร่ข้อมูลองค์ความรู้ด้านสุขภาวะ ชุดความรู้ เครื่องมือ สื่อต่าง ๆ และพื้นที่สำหรับแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและการประยุกต์ใช้ขยายผลสื่อ ชุดความรู้สุขภาวะให้เหมาะสมกับบริบทเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาเนื้อหา สื่อ และกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย
2. เพื่อพัฒนากลไกการจัดระบบฐานข้อมูลสุขภาพและพัฒนาแพลตฟอร์มเพื่อการเข้าถึงชุดข้อมูล/ข่าวสารสุขภาวะของ สสส.
3. เพื่อสื่อสารการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ครอบคลุมทั้ง 15 แผน และสะท้อนภาพลักษณ์การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. นำไปสู่ความเชื่อมั่นในการดำเนินงานของ สสส.
4. เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนัก จากการเข้าถึงชุดความรู้ สื่อ ผลิตภัณฑ์ และบริการต่าง ๆ ที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมอย่างมีสุขภาวะ

แนวทางการดำเนินงาน

กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

1. ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเป้าหมายที่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) โดยกำหนดลักษณะกลุ่มเป้าหมายให้สอดคล้องตามยุทธศาสตร์ของแต่ละประเด็น
2. ประชาชนที่สนใจด้านสุขภาพ ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) และผู้ที่มีอิทธิพลทางความคิด (influencer) ต่อกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ อาทิ สื่อสังคมออนไลน์ บุคคลที่มีชื่อเสียง บุคลากรในสถานศึกษา ผู้นำในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มแกนนำในชุมชน รวมถึงภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ
3. หน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน
4. ผู้ตัดสินใจเชิงนโยบาย และสื่อมวลชน

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะได้กำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ของทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ในด้านการมุ่งเพิ่มขีดความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาวะของประชากรตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 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. สร้างแรงบันดาลใจเชิงบวกและค่านิยมของสังคมในการสร้างเสริมสุขภาวะนำไปสู่ความตระหนักและการเปลี่ยนแปลงทัศนคติระดับบุคคล

กลุ่มแผนงาน

1. **กลุ่มแผนงานการเรียนรู้สุขภาวะ**
   กลุ่มแผนงานการเรียนรู้สุขภาวะ มุ่งเน้นการใช้ทุนความรู้ของ สสส. เป็นคลังความรู้ด้านสุขภาวะ และนำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามามีส่วนในการพัฒนากลไกสื่อต่าง ๆ แพลตฟอร์ม ระบบสนับสนุนการเรียนรู้และการส่งต่อขยายผลองค์ความรู้ที่เหมาะสม สอดคล้องกับการนำไปพัฒนาทักษะชีวิตและขีดความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาวะของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย และร่วมชี้นำ กำหนดทิศทางวิถีสุขภาวะของคนไทย พร้อมกับพัฒนารูปแบบการสื่อสาร/กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ และช่องทางการเข้าถึง เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้ครอบคลุม เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวทางการดำเนินงาน

- สำรวจวิจัย ศึกษา วิเคราะห์แนวโน้ม สถานการณ์ พฤติกรรม ความสนใจ และความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ครอบคลุมข้อมูล ทัศนคติ พฤติกรรม รูปแบบการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการ (insight) ของกลุ่มเป้าหมาย และสังเคราะห์ข้อมูลใหม่ ๆ เพื่อนำมาใช้ในการกำหนดแนวทาง สนับสนุนการบริหารจัดการองค์ความรู้ การพัฒนากลไก/แพลตฟอร์ม/รูปแบบการสื่อสาร และ/หรือกระบวนการสร้างเสริมประสบการณ์การเรียนรู้สุขภาวะ ตลอดจนช่องทางการเข้าถึง/การขยายผลองค์ความรู้สู่แต่ละกลุ่มเป้าหมาย เพื่อบรรลุทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)
- บริหารจัดการองค์ความรู้ และพัฒนากลไก/แพลตฟอร์ม/ระบบสนับสนุนการเรียนรู้ รวมถึงการจัดการฐานข้อมูลด้วยการรวบรวม คัดกรอง สังเคราะห์ จัดระบบเนื้อหา โดยเชื่อมกับคลังข้อมูลของ สสส. เพื่อเพิ่มการใช้ประโยชน์จากชุดความรู้ เครื่องมือ สื่อต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับพฤติกรรมความสนใจของกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม
- พัฒนาต้นแบบชุดเครื่องมือการเรียนรู้สื่อต่าง ๆ และ/หรือกระบวนการเรียนรู้สร้างเสริมประสบการณ์ ด้วยการคัดสรรองค์ความรู้ในประเด็นต่าง ๆ มาสกัดและสรุปสาระสำคัญของเนื้อหา เรียบเรียงและนำเสนอให้น่าสนใจ ตลอดจนพัฒนาแนวคิด ออกแบบการนำเสนอเนื้อหา การสื่อสาร กระบวนการการเรียนรู้ในรูปแบบที่หลากหลาย สอดคล้องกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย อาทิ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อมัลติมีเดีย ชุดสื่อการเรียนรู้ (knowledge package/toolkits) นิทรรศการ กิจกรรม โปรแกรมการเรียนรู้ เพื่อให้แกนนำ/ผู้นำการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนประชาชนกลุ่มเป้าหมายเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) สามารถนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ต่อยอดและขยายผลได้
- พัฒนากลไกสนับสนุนเชิงรุก และ/หรือช่องทางการเข้าถึงที่เหมาะสมกับการขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะ เพื่อให้การส่งต่อ/ขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะครอบคลุม เข้าถึง และเหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย โดยคำนึงถึงพลวัตเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร อาทิ พัฒนากลไกการขยายผล/การสื่อสารสุขภาวะที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมายผ่านเครือข่ายตัวกลาง พัฒนากลไกขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะเชิงรุกผ่านความร่วมมือกับพันธมิตรเครือข่ายผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) ในการร่วมดำเนินการขยายฐานผู้รับประโยชน์ สร้างการรับรู้และเพิ่มขีดความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาวะให้แก่สาธารณชน
- พัฒนากลไกสนับสนุนกลางในการติดตามและการประเมินผลการดำเนินการกับพันธมิตรเครือข่ายผู้นำการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้เกิดกลไกการทำงาน การวัดผลร่วมกันและเกิดรูปแบบที่สอดคล้องกับการดำเนินงาน

2. **กลุ่มแผนงานการตลาดเพื่อสังคม**

กลุ่มแผนงานการตลาดเพื่อสังคม เป็นอีกหนึ่งเครื่องมือสำคัญในงานสร้างเสริมสุขภาวะและการสร้างแนวคิดของวิถีสุขภาวะให้เกิดขึ้น ทั้งโดยตรงและโดยอ้อมไปยังกลุ่มเป้าหมายและประชาชนทั่วไป โดยทิศทางและเป้าหมายของงานการตลาดเพื่อสังคมถูกกำหนดให้ความสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์หลักของ สสส. โดยกลุ่มแผนงานสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม มีบทบาทวางแผนกลยุทธ์และออกแบบแผนงานการตลาดที่สอดคล้องกับพลวัตเชิงพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย พร้อมกับการนำเสนอนวัตกรรม หรือชุดความรู้ใหม่ที่สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนั้นยังให้ความสำคัญกับการเชื่อมประสานเครือข่ายพันธมิตร เพื่อร่วมดำเนินการพัฒนาและเผยแพร่สื่อรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตสุขภาวะแก่สาธารณชนในวงกว้าง

แนวทางการดำเนินงาน

- วางแผนกลยุทธ์การสื่อสารและออกแบบสร้างสรรค์สื่อรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพ ที่ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกของกลุ่มเป้าหมาย (targeted group insights) และพัฒนาโจทย์การสื่อสารร่วมกับภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 1) นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ 2) สำนัก ผู้รับผิดชอบประเด็นหรือพื้นที่ และ 3) ภาคีเครือข่าย เพื่อหาข้อสรุปชุดข้อมูลความรู้ที่ชัดเจนจากนักวิชาการและภาคี รวมถึงโจทย์และเนื้อหาความรู้ที่สำคัญที่มีความถูกต้องในหลักวิชาการ

ความรู้ที่ชัดเจนจากนักวิชาการและภาคี รวมถึงโจทย์และเนื้อหาความรู้ที่สำคัญที่มีความถูกต้องในหลักวิชาการ เพื่อนำไปออกแบบกลยุทธ์ในการสื่อสาร และออกแบบสร้างสรรค์ชิ้นงานสื่อสารที่มีความชัดเจน ถูกต้อง น่าสนใจ จนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนดไว้

- จัดหาและบริหารจัดการช่องทางการสื่อสารให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย โดยการศึกษาแนวโน้มพฤติกรรมการรับสื่อของกลุ่มเป้าหมายที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามบริบทอาทิ ลักษณะทางประชากรศาสตร์ พื้นที่ วิถีชีวิต และความสนใจของกลุ่มเป้าหมาย
- พัฒนาแพลตฟอร์มการเข้าถึงข้อมูลการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชน และระบบการจัดเก็บข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย และข้อมูลเชิงลึกด้านความสนใจและพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสังเคราะห์ และออกแบบสร้างสรรค์สื่อสารข้อมูลให้สอดคล้องกับลักษณะและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายตามพลวัตและบริบทของสังคมของกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งใช้เพื่อสื่อสารการตลาดซ้ำ (remarketing) และติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

3. **กลุ่มแผนงานสื่อสารองค์กร**

กลุ่มแผนงานสื่อสารองค์กร มีบทบาทหลักในการสื่อสารการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย ทั้งในด้านการลดปัจจัยเสี่ยงหลัก ปัจจัยเสี่ยงรอง และสร้างปัจจัยแวดล้อมส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงผลักดันนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพตามยุทธศาสตร์การดำเนินงานของ สสส. ทั้ง 15 แผน เพื่อให้บรรลุทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ของ สสส. และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ของรัฐบาล ภายใต้ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี ดังนั้น การสื่อสารการดำเนินงานและผลงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย ทั้ง 15 แผน ไปยังทุกกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างการรับรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนและสังคม ตลอดจนนำไปสู่การรับรู้ เข้าใจ แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ในการเป็น “องค์กรนวัตกรรมสานพลังสร้างเสริมสุขภาพ” (Innovative organization that collaborates to empower a better health) สะท้อนบทบาทภาพลักษณ์องค์กร 3 ด้าน ภายใต้แนวทางการสื่อสาร “สานพลัง สร้างนวัตกรรม สื่อสารสุข” ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และเข้าใจบทบาทการทำงานของ สสส. ในมิติต่าง ๆ ไม่ใช่เพียงเรื่องการลดบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการขับเคลื่อนกลไกการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ เกิดความร่วมมือและเป็นกำลังสำคัญในการขยายผลต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพ นำไปสู่การสร้างสังคมสุขภาวะอย่างยั่งยืน

แนวทางการดำเนินงาน

- สนับสนุนการสื่อสารข้อมูลสุขภาพแบบครบวงจรโดยบูรณาการการสื่อสารร่วมกับสำนักต่าง ๆ และภาคีเครือข่าย กำหนดประเด็น วางแผน รวบรวมข้อมูลกิจกรรมและการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. นำมาพัฒนา “ชุดข้อมูลสื่อสารนวัตกรรมสุขภาพที่เหมาะกับวิถีชีวิตของทุกคน” (Harmonize Innovative Health Lifestyle) ครอบคลุมทั้ง 15 แผน ที่ตอบสนองต่อทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ของ สสส. และทันสถานการณ์ พร้อมสอดแทรกข้อมูลการสื่อสารองค์กร เพื่อสนับสนุนการสร้างความเข้าใจ และความน่าเชื่อถือในการดำเนินงานของ สสส.
- พัฒนากระบวนการส่งต่อข้อมูลไปยังกลุ่มเป้าหมายอย่างรวดเร็ว เท่าทันการเปลี่ยนแปลงในยุคดิจิทัลได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ และกำหนดประเด็นการสื่อสารที่เข้มแข็ง กลุ่มเป้าหมายให้ความเชื่อถือ มุ่งเน้นการสร้างผลลัพธ์และการเปลี่ยนแปลงเชิงประจักษ์
- แสวงหาความร่วมมือและสร้างความสัมพันธ์ ร่วมกับกลุ่มนิติบัญญัติ สื่อมวลชน และสื่อออนไลน์ใหม่ เพื่อขยายช่องทางการสื่อสารในการสร้างความเข้าใจรูปแบบการทำงานในลักษณะกองทุน สสส. ที่มุ่งให้สังคมไทยมีสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืน

4. **กลุ่มแผนงานกิจการสร้างสุข**

กลุ่มแผนงานกิจการสร้างสุข มีพันธกิจในการสร้างเสริมสุขภาวะผ่านการดำเนินงานในรูปแบบธุรกิจโดยการถ่ายทอดการเรียนรู้ การสร้างประสบการณ์ตรง และการพัฒนาทักษะต่าง ๆ ผ่านการให้บริการ และผลิตภัณฑ์นวัตกรรมสุขภาวะที่เกิดจากการดำเนินงานของ สสส. และภาคีเครือข่าย ด้วยการพัฒนาธุรกิจสุขภาวะสู่กลุ่มเป้าหมายหลัก 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 และผู้สูงอายุ และ 2) กลุ่มธุรกิจกับธุรกิจ (Business to Business) เพื่อเป็นการขยายฐานกลุ่มผู้รับประโยชน์ให้กว้างขึ้น อาทิ กลุ่มสมาคมและสมาพันธ์ กลุ่มการตลาดแนวดิ่ง (vertical markets) กลุ่มสถานศึกษา และเพื่อให้สามารถเข้าถึงวิถีสุขภาวะของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้ออกแบบกระบวนการ รวบรวม สังเคราะห์ จัดระบบองค์ความรู้ และช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมเพื่อเข้าถึงผู้รับประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพและการสร้างประสบการณ์ที่สามารถใช้งานได้จริงเพื่อให้ผู้รับประโยชน์สามารถรับรู้ เข้าใจ และนำไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและบุคคลรอบข้างอย่างเหมาะสม รวมไปถึงการให้ความสนใจและติดตามชุดความรู้ กิจกรรม ผลิตภัณฑ์ และบริการต่าง ๆ เพื่อการมีสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืน

นอกจากนี้ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ต้องบรรลุเป้าหมาย คือ การสร้างธุรกิจด้วยการออกแบบกระบวนการทางธุรกิจที่เน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง พร้อมขยายธุรกิจให้เติบโตขึ้น โดยมีการเติบโตของรายได้ร้อยละ 10-15 ต่อปี รวมถึงการมีจำนวนพันธมิตรเครือข่ายร่วมดำเนินงานเพิ่มขึ้น และผู้รับประโยชน์เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบกลุ่มธุรกิจกับผู้บริโภค (Business to Customer) และกลุ่มธุรกิจกับธุรกิจ (Business to Business) ด้วยการพัฒนาแพลตฟอร์มที่ครบวงจรที่สามารถนำเสนอผลิตภัณฑ์ บริการ และทางออกสุขภาวะที่หลากหลาย เหมาะสมกับวิถีชีวิตทุกรูปแบบของประชาชน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดในการเป็นที่หนึ่งในใจผู้บริโภค (top of mind) ด้านสุขภาวะ

แนวทางการดำเนินงาน

- พัฒนาธุรกิจเพื่อการดำเนินงานกับกลุ่มธุรกิจ (Business to Business) โดยรูปแบบการดำเนินธุรกิจเป็นในรูปแบบการพบปะเพื่อสร้างความสัมพันธ์ และค้นหาความต้องการของผู้รับประโยชน์ เพื่อการออกแบบแนวทางและกระบวนการที่เหมาะสมกับผู้รับประโยชน์
- การดำเนินงานในรูปแบบดิจิทัลแพลตฟอร์ม (digital platform) มุ่งพัฒนากระบวนการจัดการธุรกิจแบบพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-commerce) ให้สอดคล้องกับเส้นทางของผู้บริโภค (customer journey) ผู้ใช้บริการสามารถมีส่วนร่วมสำรวจ ค้นหาสินค้าและบริการที่เหมาะสมกับความต้องการ ผ่าน 4 กลุ่มงาน ดังนี้
  - กลุ่มงานการเรียนรู้ (learning platform) คือ องค์ความรู้ที่ถูกจัดเป็นหมวดหมู่ที่สอดคล้องกับความต้องการสำหรับใช้พัฒนาทักษะผ่านกระบวนการที่หลากหลาย อาทิ การอบรมเชิงปฏิบัติการ (workshop) การเรียนรู้ออนไลน์ และกิจกรรมต่าง ๆ นอกจากนี้ ผู้ที่ต้องการทำธุรกิจด้านสุขภาวะยังสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนานวัตกรรมสุขภาวะในรูปแบบสินค้าและบริการเพื่อเป็นการขยายโอกาสในการเข้าถึงวิถีสุขภาวะได้มากขึ้น
  - กลุ่มงานการบริการ (solution platform) คือ การให้บริการกับกลุ่มธุรกิจ (Business to Business) โดยการออกแบบบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ ผ่านการให้คำปรึกษา จัดกระบวนการให้คำแนะนำ แก้ปัญหา และพัฒนาทักษะด้านสุขภาวะ ตลอดจนการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน
  - กลุ่มงานนวัตกรรมสุขภาพ (innovation platform) คือ ช่องทางการสื่อสารสุขภาวะด้วยการรวบรวม สังเคราะห์ จัดระบบองค์ความรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ผ่านกระบวนการพัฒนาในรูปแบบผลิตภัณฑ์สุขภาวะ อาทิ เครื่องมือการเรียนรู้ หนังสือ สินค้า เป็นต้น
  - กลุ่มงานความร่วมมือ (collaboration platform) คือ กลไกสนับสนุนการค้นหา เชิญชวน และคัดเลือกพันธมิตรในการร่วมดำเนินงานให้สามารถครอบคลุม เข้าถึง และเหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เป็นการขยายผลการดำเนินงาน ขยายฐานผู้รับประโยชน์ สร้างการรับรู้และเพิ่มขีดความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาวะให้แก่ประชาชน

5. **กลุ่มแผนงานบริหารจัดการอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ**

มุ่งเน้นการบริหารจัดการพื้นที่อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะให้เป็นพื้นที่สำหรับสนับสนุนการเรียนรู้ กิจกรรมและกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชน เป็นแหล่งเรียนรู้และการบริการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาวะตลอดจนเป็นพื้นที่สาธิตการทำงานสร้างเสริมสุขภาพภาคสังคม เพื่อให้เกิดการใช้พื้นที่อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะให้เกิดประโยชน์สูงสุด

แนวทางการดำเนินงาน

- บริหารจัดการอาคารอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแล บำรุงรักษางานระบบประกอบอาคาร การมีระบบควบคุมระบบการซ่อมบำรุงอาคาร การตรวจสอบความมั่นคงแข็งแรงของอาคารเพื่อจัดการวางแผนการบำรุงรักษา รวมไปถึงการเตรียมการเพื่อจัดการในสถานการณ์วิกฤติ
- ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้มาใช้บริการในอาคาร เพื่อลดการใช้พลังงานและทรัพยากรอย่างรู้คุณค่า
- จัดระบบสนับสนุนต่าง ๆ ให้มีความพร้อมในการให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมาย อย่างมีประสิทธิภาพ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
กลุ่มแผนงานการเรียนรู้สุขภาวะ	113.00
กลุ่มแผนงานการตลาดเพื่อสังคม	263.00
กลุ่มแผนงานสื่อสารองค์กร	52.00
กลุ่มแผนงานกิจการสร้างสุข	7.00
กลุ่มแผนงานบริหารจัดการอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ	60.00
รวม	**495.00**



งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน

สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีภารกิจในการสนับสนุนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ โดยเป็นองค์กรขนาดเล็กที่เน้นความยืดหยุ่นและใช้นวัตกรรมในการบริหารจัดการ มุ่งสร้างการมีส่วนร่วม และแสวงหาความร่วมมือจากหน่วยงาน ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพในลักษณะการรวมพลังให้เกิดผลลัพธ์เป้าหมายร่วมกัน (collective impact)

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

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ผู้จัดการได้มอบนโยบายในการจัดทำแผนบริหารจัดการสำนักงาน ดังนี้

1. คำนึงถึงสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ตามทิศทางและนโยบายของรัฐ สถานการณ์ทางเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป ภัยคุกคามทางออนไลน์ ทิศทางและเป้าหมายกองทุน ระยะ 10 ปี จุดเน้น/เป้าหมายในการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี ที่ได้จัดทำไปในปีที่ผ่านมา
2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ทั้งการสร้างสมรรถนะให้เหมาะสมกับงาน และคำนึงถึง service mind ในการทำงาน
3. One-team ความเข้าใจในหน้างานที่หลากหลาย เพื่อเกื้อหนุนและสนับสนุนการทำงานตามภารกิจหลักขององค์กร และจัดกระบวนการเรียนรู้หน้างานอื่นเพื่อออกแบบงานให้เหมาะสมและลดภาระในการทำงาน
4. Digitalization การปรับเปลี่ยนการทำงานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลให้มากขึ้น โดยการปรับปรุงระบบงานและการเรียนรู้เทคโนโลยีใหม่ ๆ เพื่อนำมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน
5. ความคุ้มทุนและความโปร่งใสในการทำงาน ซึ่งจะช่วยสร้างความยั่งยืนให้กับองค์กร ตลอดจนการสร้างวัฒนธรรมความโปร่งใสในการทำงาน

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

เป้าหมายการดำเนินงาน

1 ผลประเมินการดำเนินงานด้านทุนหมุนเวียนโดยคณะกรรมการประเมินผล ในระดับดี (4.00 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 5.00 คะแนน) ใน 5 ด้าน ได้แก่

- ด้านการกำกับดูแลของคณะกรรมการนโยบายการบริหารทุนหมุนเวียน
- ด้านการบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายใน
- ด้านการตรวจสอบภายใน
- ด้านการบริหารจัดการสารสนเทศ
- ด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล

2 ผลประเมินการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาลโดยคณะอนุกรรมการการประเมินระดับธรรมาภิบาล ในระดับดี (9.00 คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม 10.00 คะแนน) [159]

3 ผลประเมินความก้าวหน้าการเป็นองค์การแบบดิจิทัล โดยคณะกรรมการประเมินผลในระดับดี (4.00 คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม 5.00 คะแนน)

4 ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อระบบสนับสนุนการทำงาน

อย่างน้อย **ร้อยละ 80**

159 คณะอนุกรรมการการประเมินระดับธรรมาภิบาลเป็นคณะอนุกรรมการของคณะกรรมการประเมินผล

5 เกิดกระบวนการทำงานที่ได้มาตรฐาน

อย่างน้อย **ร้อยละ 80**

6 ผลสำรวจการรับรู้บทบาทภาพลักษณ์ของ สสส. ในกลุ่มประชาชน ภาคี และสื่อมวลชน

ไม่น้อยกว่า **ร้อยละ 70**

วัตถุประสงค์

1. **วัตถุประสงค์ด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล**
   - ยกระดับระบบบริหารงานบุคคลสู่มาตรฐานผ่านนวัตกรรมและดิจิทัล
   - พัฒนาบุคลากรสู่มืออาชีพ และผลงานที่เป็นเลิศ
   - เสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรและคุณภาพชีวิตในการทำงานอย่างมีความสุข
2. **วัตถุประสงค์ด้านการเงิน การบัญชี พัสดุ และตรวจสอบแผนงานโครงการ**
   - เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการตรวจสอบและกำกับติดตามการใช้จ่ายเงินของโครงการ ให้มีความรวดเร็ว ครบถ้วนความถูกต้องตามระเบียบที่ สสส. กำหนด และเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการ โดยเน้นการทำงานผ่านระบบสารสนเทศเพื่อเพิ่มความสะดวก ความรวดเร็วและลดค่าใช้จ่ายรวมถึงลดความเสี่ยงจากการเดินทางลงพื้นที่ของผู้ตรวจสอบบัญชี
   - เพื่อพัฒนากระบวนการทำงานด้านการเงินบัญชีและเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินกองทุนให้มีความสอดคล้องตามพระราชบัญญัติการปฏิบัติราชการทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. 2565 กำหนด อีกทั้งยังสามารถรองรับการตรวจสอบจากหน่วยงานภายนอกได้อย่างน่าเชื่อถือและมีประสิทธิภาพ
   - เพื่อให้หน่วยงานลักษณะพิเศษสามารถจัดทำรายงานการเงินที่ถูกต้อง เหมาะสมและทันเวลารวมถึงสามารถบริหารจัดการด้านบัญชีและการเงินได้ด้วยตนเองในอนาคต
   - เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการเบิกจ่ายเงินกองทุน และกำหนดมาตรฐานคุณภาพของการให้บริการด้านการเบิกจ่ายเงินอุดหนุนโครงการของ สสส. ให้เป็นบริการมาตรฐานและมี SLA (Service Level Agreement) กำหนดชัดเจน
   - เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านการเงินและบัญชีให้แก่บุคลากรภายในและภายนอก เช่น เจ้าหน้าที่และนักวิชาการ สสส. ภาคีผู้รับทุน และผู้ตรวจสอบการใช้จ่ายเงินโครงการให้มีความรู้ความเข้าใจในกฎ ระเบียบ และหลักการการใช้จ่ายเงินกองทุน ตลอดจนมีความพร้อมในการเข้าใช้งานระบบสารสนเทศต่าง ๆ ของ สสส. ที่กำลังพัฒนา
3. **วัตถุประสงค์ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ**
   - นำระบบดิจิทัลที่เหมาะสมมาใช้ในการให้บริการข้อมูลด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่รับบริการและสอดคล้องกับรูปแบบการเรียกดูข้อมูลรายบุคคล
   - พัฒนาฐานข้อมูลและการเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคีเครือข่าย รวมทั้งการจัดทำข้อมูลเปิด
   - พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานในการรองรับการพัฒนาโครงการด้านดิจิทัลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
   - พัฒนาทักษะและความรู้ด้านดิจิทัลแก่บุคลากรและภาคี
4. **วัตถุประสงค์ด้านอำนวยการบริหารจัดการสำนักงาน**
   - เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการทำงานที่เกี่ยวข้องกับฝ่ายอำนวยการ โดยนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนระบบองค์กรให้การทำงานมีความคล่องตัว รวดเร็ว ลดความผิดพลาดและตรวจสอบได้
   - เพื่อพัฒนาการทำงานของทุกกลุ่มงานให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด โดยมุ่งเน้นสนับสนุนการทำงานของสำนัก/ฝ่ายให้เกิดความถูกต้อง รวดเร็ว

- เพื่อให้คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เกิดความเข้าใจในบทบาทภารกิจของ สสส. สามารถสนับสนุนการดำเนินงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- เพื่อให้เกิดกิจกรรมในการสร้างเครือข่ายนักกฎหมายสร้างเสริมสุขภาพ เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ

แนวทางการดำเนินงาน

ด้านการบริหารและพัฒนาบุคลากรและองค์กร

1. **ด้านการยกระดับมาตรฐานระบบบริหารงานบุคคลผ่านนวัตกรรมและดิจิทัล**
   - พัฒนาระบบสารสนเทศการบริหารทรัพยากรมนุษย์ (HRIS) ระบบใหม่ระยะที่ 2 ในรูปแบบของ Digital HR และเชื่อมโยงกับระบบสนับสนุนการทำงานอื่นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน
   - จัดทำข้อเสนอการบริหารโครงสร้างอัตรากำลังใหม่ที่สอดคล้องภารกิจและเป้าหมายขององค์กร และข้อเสนอเส้นทางความก้าวหน้าในสายอาชีพ (Career Path) เพื่อให้สอดคล้องกับรูปแบบโครงสร้างตำแหน่งและอัตรากำลังแบบ Diamond Structure
   - ดำเนินการนำใช้ระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานประจำปีที่มีการพัฒนาปรับปรุง และพัฒนาความสามารถในการบริหารผลการปฏิบัติงานให้กับผู้บริหารและพนักงาน
2. **ด้านการพัฒนาบุคลากร สสส. สู่มืออาชีพ และผลงานที่เป็นเลิศ**
   - จัดทำและดำเนินการตามแผนพัฒนาบุคลากรประจำปีตาม Development Roadmap และแผนปฏิบัติการดิจิทัลขององค์กร ตลอดจนออกแบบรูปแบบ/เครื่องมือการติดตามการพัฒนานำร่องกับกลุ่มบุคลากรสำคัญที่มีผลกระทบต่อองค์กร เพื่อนำไปปรับปรุงกระบวนการจัดการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
   - พัฒนาศักยภาพบุคคลเป้าหมายที่จะเป็นผู้ทดแทนในตำแหน่งหลักขององค์กรตามแผนที่กำหนด
   - พัฒนาหลักสูตรเฉพาะที่มาจากองค์กรความรู้จากการทำงานและความเชี่ยวชาญของบุคลากร สสส. โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย
3. **ด้านการเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรและคุณภาพชีวิตในการทำงานอย่างมีความสุข**
   - จัดทำเครื่องมือ ออกแบบวิธีการ และจัดให้มีการประเมินวิถีการทำงานและค่านิยมแบบ สสส. (Brand Attribute) อย่างเป็นระบบ รวมถึงมีการให้รางวัลโดยเชื่อมโยงกับระบบประเมินผลการปฏิบัติงานประจำปี
   - จัดทำโครงการ/กิจกรรมส่งเสริมบุคลากรเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตนตามวิถีการทำงานและค่านิยมแบบ สสส. (Brand Attribute) และกิจกรรมสร้างบรรยากาศแห่งการสร้างนวัตกรรมและการจัดการความรู้
   - ดำเนินการสำรวจความพึงพอใจและความผูกพันต่อองค์กร และนำผลมาจัดทำแผนการพัฒนาองค์กรสุขภาวะดำเนินงานเพื่อยกระดับความพึงพอใจและความผูกพันของพนักงานต่อองค์กร

ด้านการเงิน การบัญชี พัสดุ และตรวจสอบแผนงานโครงการ

1. ควบคุมกำกับการพัฒนาระบบตรวจสอบการใช้จ่ายเงินโครงการผ่านระบบสารสนเทศ (e-Audit) ให้สามารถรองรับการตรวจสอบการใช้จ่ายเงินของโครงการ เพื่อให้กองทุนเบิกจ่ายเงินได้รวดเร็วขึ้น ลดปัญหาการข้อผิดพลาดในการดำเนินงาน
2. ควบคุมกำกับการพัฒนากระบวนการทำงานและเอกสารด้านการเงินและการบัญชีแบบไร้กระดาษ (Paper less) เพื่อให้มั่นใจว่าระบบบัญชีและการเงินของ สสส. มีดำเนินการที่สอดคล้องตามมาตรฐานการบัญชีภาครัฐ และพระราชบัญญัติการปฏิบัติราชการทางอิเล็กทรอนิกส์
3. สนับสนุนงานด้านบัญชีและการเงินร่วมกับหน่วยงานลักษณะพิเศษ โดยการศึกษารูปแบบการทำงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านบัญชีและการเงิน เพื่อจัดทำแนวทางปฏิบัติด้านบัญชีและการเงินที่เหมาะสมของ 2BU ต่อไป
4. งานพัฒนาศักยภาพด้านการเงินและบัญชีให้กับบุคลากรภายในและภายนอก จะดำเนินการสร้างความรู้ความเข้าใจผ่านการปรับปรุงคู่มือ การจัดอบรม จัดทำสื่อการเรียนรู้ e-Learning และจัดจ้างศูนย์ให้คำปรึกษาด้านการเงิน บัญชี และพัสดุ
5. พัฒนาศักยภาพด้านการเงินและบัญชีให้กับบุคลากรภายในและภายนอก โดยการทบทวนและปรับปรุงคู่มือด้านการเบิกจ่ายให้เป็นปัจจุบัน สื่อสารเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจโดยการจัดอบรม จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ และจัดทำสื่อการเรียนรู้ e-Learning
6. ควบคุมกำกับการปฏิบัติงานด้านบัญชีและการเงินของฝ่ายบัญชีและการเงิน เพื่อให้มีการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีของกองทุนเป็นไปอย่างมีมาตรฐาน และทันตาม SLA (Service Level Agreement) กำหนด

ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

1. ใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพโดยการพัฒนา ใช้ และเชื่อมโยงกับแพลตฟอร์มอื่นผ่านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและประชาชน (Digital Service & Management)
2. ขับเคลื่อนองค์กรด้วยข้อมูลเพื่อใช้ประโยชน์สูงสุดจากข้อมูลที่องค์กรเก็บรวบรวมอย่างมีธรรมาภิบาล (Data-driven & Analytics Platform)
3. มุ่งเน้นการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีการประมวลผลแบบคลาวด์ (Secure Infrastructure & Cloud First Policy)
4. พัฒนาทักษะด้านดิจิทัลของบุคลากรทั้งระดับองค์กร และบุคลากรทุกภาคส่วนให้พร้อมขับเคลื่อนภารกิจด้วยข้อมูล (People as Solutions)

ด้านอำนวยการ บริหารจัดการสำนักงาน

1. สนับสนุนงานขับเคลื่อนพลังนโยบาย โดยการพัฒนาระบบฐานข้อมูลกฎหมายสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งที่มีผลบังคับใช้อยู่ในปัจจุบัน และการพัฒนาเครือข่ายนักกฎหมายสร้างเสริมสุขภาพ ที่จะมาช่วยหนุนเสริมการขับเคลื่อนพลังนโยบายร่วมกับภาคีเครือข่าย ศึกษาและวิเคราะห์ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงภายนอกองค์กร เพื่อนำมาพัฒนาและปรับปรุง กฎ ระเบียบ และแนวทางปฏิบัติ
2. สนับสนุนให้สำนักฝ่ายปฏิบัติงานผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ที่มีการพัฒนาขึ้น ทั้งระบบบริหารการประชุม ระบบสารบรรณ ระบบ E-Form จัดซื้อจัดจ้าง โดยการจัดทำแนวทาง วิธีปฏิบัติงาน และสื่อสาร เพื่อให้เกิดการใช้งานระบบ รวบถึงการปรับปรุงระบบให้มีความครบถ้วนมากขึ้น

3. สร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการกองทุนในการช่วยสนับสนุนการทำงานของ สสส. โดยเน้นการ สร้างความเข้าใจในเนื้องานของ สสส. และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกรรมการกองทุนและผู้บริหาร สสส. ผ่านการจัดกิจกรรม และกลไกต่าง ๆ
4. พัฒนาระบบจัดเก็บเอกสาร ที่มีความเชื่อมโยงกับระบบงานของ สสส. เช่น ระบบ e-granting ระบบ E-form ระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้กระบวนการจัดเก็บเอกสารเป็นระบบอัตโนมัติ ซึ่งจะลดขั้นตอนการทำงานลง
5. ดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะให้เป็นไปตามแผนบริหารอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ และแผนการตรวจสอบความปลอดภัยของอาคาร โดยมุ่งเน้นการลดการใช้พลังงานในอาคาร และการใช้พลังงานที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และการมีวิถีชีวิตที่ดีของผู้ใช้งานอาคาร ในการบริหารจัดการอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ
6. ประชุมเพื่อติดตามการปฏิบัติงานของกลุ่มงานในฝ่ายอำนวยการ เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด และเพื่อให้สามารถสนับสนุนการทำงานของสำนัก/ฝ่ายได้ตามแผน
7. ทำงานร่วมกับฝ่ายการเงินและบัญชี ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ และฝ่ายบริหารบุคคล ในการพัฒนาระบบการทำงานแบบไร้กระดาษ รวมถึงการจัดทำคู่มือพนักงานที่สอดคล้องกับระบบการทำงานและระเบียบที่เกี่ยวข้อง

ด้านพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์

1. **ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์**
   - พัฒนากระบวนการจัดทำแผนให้มีประสิทธิภาพ ด้วยการวิเคราะห์ภาพรวมสถานการณ์ และการดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อนำมาใช้ในการวางแนวทางการจัดทำแผนในปีถัดไปที่สอดคล้องและสามารถส่งมอบผลลัพธ์ได้ตามกรอบการทำงานของ สสส.
   - สร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการดำเนินงานตามแผนไปสู่การปฏิบัติ และการกำหนดตัวชี้วัดที่สามารถสะท้อนผลลัพธ์สิ่งส่งมอบหรือการทำงานที่เป็นไปตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) และแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570)
   - จัดทำเอกสารแผนการดำเนินงานประจำปี เพื่อใช้ในการเผยแพร่และสื่อสารกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเข้าใจต่อแนวทางการดำเนินงานของ สสส.
   - จัดทำกรอบและวางแผนงบประมาณที่มีการจัดสรรงบประมาณสอดคล้องกับทิศทางการทำงานขององค์กร
   - พัฒนากลไกการติดตามสถานการณ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงาน ในรูปแบบของ Key Risk Indicator (KRI) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการทำงานอย่างเป็นระบบ ตลอดจนเพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือและตอบสนองต่อสถานการณ์ได้อย่างทันท่วงที
2. **ด้านพัฒนาระบบการบริหารจัดการองค์กร**
   - พัฒนาระบบและฐานข้อมูลสำคัญเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหาร รวมทั้งเพื่อใช้ในการวิเคราะห์และขับเคลื่อนการดำเนินงานบนพื้นฐานของข้อมูลได้อย่างแม่นยำ
   - ดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้เกิดการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล ได้แก่ การสนับสนุนการบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA) การจัดทำแผนที่เกี่ยวข้อง
   - ร่วมกำหนดทิศทางการยกระดับองค์กรในการพัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการกับฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการที่เป็นมืออาชีพในการบริหารจัดการกองทุน มีความทันสมัย และเหมาะสมกับบริบทการทำงานขององค์กร
   - สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบบริหารจัดการสำนักงานและการควบคุมภายในให้ทำงานได้อย่างต่อเนื่อง โดยวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการนำเครื่องมือที่ช่วยเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพมาใช้ และทันต่อทิศทางการพัฒนาตามสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป
   - ดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล ซึ่งสอดคล้องกับหลักเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส

3. **การพัฒนาทักษะและสร้างความเป็นมืออาชีพในการทำงาน**
   - เกิดการแลกเปลี่ยนและเรียนรู้งานแต่ละด้านภายในสำนัก โดยเน้นการสร้างทักษะด้วยวิธีการเรียนรู้จากการทำงาน เพื่อให้บุคลากรในสำนักมีความเข้าใจงานในภาพรวมและสามารถให้ข้อแนะนำและข้อเสนอแนะต่อแผนและส่วนงานภายในได้ในเชิงกลยุทธ์
   - พัฒนาทักษะในเชิงวิชาการและเชิงวิชาชีพ เพื่อพัฒนาตนเองให้มีความเป็นมืออาชีพในการทำงาน สามารถจัดการงานในส่วนที่รับผิดชอบและให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ตรงตามเป้าหมายขององค์กร
   - พัฒนาทักษะที่สนับสนุนให้การทำงานมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น เช่น การวิเคราะห์ การสื่อสาร การนำเสนอ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างเพื่อร่วมงาน เป็นต้น

ด้านบริหารความเสี่ยง

1. วิเคราะห์ความเสี่ยงจากสถานการณ์และแนวโน้มทั้งภายในและภายนอกองค์กรที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงาน
2. สร้างการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงองค์กร โดยการรวบรวมประเด็นและมุมมองทั้งจากภาพรวมองค์กรจากผู้บริหาร (top-down) และระดับแผนจากผู้ปฏิบัติงาน (bottom-Up)
3. บริหารความเสี่ยงระดับองค์กรในเชิงยุทธศาสตร์ และจัดทำแผนเพื่อจัดการความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานขององค์กรให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ตามความเหมาะสมกับความเสี่ยงแต่ละประเภท และเป็นไปตามมาตรฐานการบริหารความเสี่ยงในระดับสากล

4. สร้างกลไกการติดตามและรายงานสถานการณ์ความเสี่ยงเพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์ความเสี่ยงได้อย่างทันท่วงที

ด้านการตรวจสอบภายใน

1. วางแผนการดำเนินงานตรวจสอบ โดยวางแผนการดำเนินงานตรวจสอบภายในระยะยาว และแผนการดำเนินงานตรวจสอบภายในประจำปีโดยพิจารณาจากผลการประเมินความเสี่ยงเป็นหลัก
2. ปฏิบัติการตรวจสอบ
   - ตรวจสอบส่วนงานต่าง ๆ ขององค์กรเป็นระยะ โดยจัดให้มีการประชุมเปิดงานตรวจสอบ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ทำความเข้าใจร่วมกับหน่วยรับตรวจ และให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ขององค์กร และสอดคล้องกับระเบียบกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
   - เมื่อตรวจสอบเสร็จสิ้นสมบูรณ์ ฝ่ายตรวจสอบภายในจัดให้มีการประชุมปิดงาน ตรวจสอบร่วมกับหน่วยรับตรวจและฝ่ายบริหาร เพื่อชี้แจง หารือ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเท็จจริงและข้อบกพร่องที่ตรวจพบ และมาตรการแก้ไขปรับปรุงก่อนที่จะนำเสนอในรายงานผลการตรวจสอบ

3. รายงานผลการตรวจสอบ และการยกระดับสร้างมูลค่าเพิ่มจากรายงาน
   - จัดทำรายงานผลการตรวจสอบเป็นลายลักษณ์อักษร อธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขอบเขตการตรวจสอบ ประเด็นที่ตรวจพบ วิเคราะห์สาเหตุและผลกระทบ ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแก้ไข และจัดลำดับความสำคัญของข้อตรวจพบและข้อเสนอแนะ รวมทั้งกำหนดวันแล้วเสร็จ และผู้รับผิดชอบ
   - ดำเนินการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และประมวลผลตรวจสอบทั้งหลายที่ได้มา โดยจัดทำเป็นรายงานทางวิชาการ/ข้อมูลสาระสำคัญอันเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจเชิงบริหารระดับนโยบาย เพื่อพัฒนาระบบปฏิบัติงานและองค์กรให้มีคุณภาพ เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น ซึ่งเป็นการพัฒนา/ยกระดับสร้างคุณประโยชน์เพิ่มขึ้นจากรายงานผลตรวจสอบโดยปกติทั่วไป

- ติดตามผลการปรับปรุงของสำนักงาน ตามข้อเสนอแนะในรายงานผลตรวจสอบ และติดต่อประสานงานกับผู้รับตรวจ และให้คำแนะนำในการแก้ไขปรับปรุงให้ถูกต้อง
- การเพิ่มทักษะและพัฒนาตนเองให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์เพียงพอที่จะดำเนินการตรวจสอบในเรื่องต่าง ๆ
- ให้คำปรึกษาชี้แนะ แก่บุคลากรทุกระดับในองค์กร เพื่อประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน
- ร่วมกับฝ่ายบริหารงานบุคคลและสำนักต่าง ๆ ในการจัดทำเนื้อหาหลักสูตร เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่ และนักวิชาการ
- ทบทวนการปฏิบัติงานของตนเองอย่างสม่ำเสมอ และรับฟังข้อคิดเห็นของทุกส่วนเพื่อการพัฒนาปรับปรุงงานในหน้าที่ให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับการตรวจ ผู้ใช้ข้อมูลจากผลตรวจมาบริหารจัดการ หรือพิจารณาตัดสิน เป็นต้น

ด้านการติดตามและประเมินผล

สนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานของ สสส. รวมทั้งคณะอนุกรรมการย่อยชุดต่าง ๆ ที่คณะกรรมการประเมินผลแต่งตั้ง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามอำนาจหน้าที่ที่กำหนดไว้ในพ พ.ร.บ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 อาทิ การจัดทำรายงานการประเมินผลการดำเนินงานของ สสส. การประเมินผลการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล และการศึกษา/ประเมินผลประเด็นพิเศษต่าง ๆ

ด้านการสื่อสารองค์กร เผยแพร่ข้อมูล และประชาสัมพันธ์

1. พัฒนากระบวนการสื่อสารข้อมูลสุขภาพแบบครบวงจร สร้างระบบสื่อสังคมและสื่อใหม่ เพื่อการสื่อสารสู่ภายนอก โดยบูรณาการการสื่อสารร่วมกับสำนักภาคีเครือข่าย กำหนดประเด็นวางแผนรวบรวมข้อมูลกิจกรรมและการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ที่สังคมให้ความสนใจ นำมาพัฒนา “ชุดข้อมูลสื่อสารนวัตกรรมสุขภาพที่เหมาะกับวิถีชีวิตของทุกคน ผ่านการสานพลังขับเคลื่อนสังคม” ภายใต้แนวคิด “Better Health Together” ครอบคลุมทั้ง 15 แผน ที่ตอบสนองต่อทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ของ สสส. และทันสถานการณ์ พร้อมสอดแทรกข้อมูลการสื่อสารองค์กรเพื่อสนับสนุนการสร้างความเข้าใจ และความน่าเชื่อถือในการดำเนินงานของ สสส.
2. พัฒนากระบวนการผลิตข้อมูลการสื่อสารสร้างเสริมสุขภาพให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงในยุคดิจิทัลได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ กำหนดประเด็นการสื่อสารที่เข้มแข็ง แลกเปลี่ยนข้อมูลการดำเนินงานภายในองค์กร และข้อมูลจากแหล่งภายนอกที่สำคัญ กลุ่มเป้าหมายให้ความเชื่อถือ มุ่งเน้นการสร้างผลลัพธ์และการเปลี่ยนแปลงเชิงประจักษ์
3. แสวงหาความร่วมมือและสร้างความสัมพันธ์ร่วมกับกลุ่มนิติบัญญัติ สื่อมวลชน และสื่อออนไลน์ใหม่ เพื่อขยายช่องทางการสื่อสารสร้างความเข้าใจรูปแบบการทำงานในลักษณะกองทุน สสส. ที่มุ่งให้สังคมไทยมีสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืน

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
การบริหารและพัฒนาบุคลากรและองค์กร (เงินเดือน ค่าจ้าง และการพัฒนาบุคลากร รวมหน่วยงานลักษณะพิเศษ)	254.72
การเงิน การบัญชี การพัสดุ และการตรวจสอบโครงการ	9.30
การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ	70.00
การอำนวยการและบริหารสำนักงาน	63.50
การพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ การบริหารความเสี่ยง	5.70
การตรวจสอบภายใน	7.10
การติดตามและประเมินผล	4.00
การสื่อสารองค์กร การเผยแพร่ข้อมูล และการประชาสัมพันธ์	26.70
รวม	**441.02**



งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง จากการพัฒนาการทำงานให้มีความยืดหยุ่นพร้อมรับต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และสร้างมูลค่าเพิ่มจากโครงสร้างการทำงานขององค์กรที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยสนับสนุนให้มีการบริหารจัดการองค์กรแบบบูรณาการ ผ่านโครงสร้างการดำเนินงานในรูปแบบ “กลุ่มแผน” ซึ่งประกอบไปด้วย 3 กลุ่มแผน ได้แก่ 1. กลุ่มแผนเชิงประเด็น (Issue) 2. กลุ่มแผนเชิงพื้นที่ องค์กร และกลุ่มประชากร (Area & Setting) และ 3. กลุ่มแผนเชิงระบบ (System) โดยจัดให้มีเจ้าหน้าที่ “นักวิชาการกลาง” ประจำในแต่ละกลุ่มแผนทำหน้าที่วิเคราะห์ และสนับสนุนงานบูรณาการของส่วนงานภายใน สสส. ทั้งภายในกลุ่มแผน และข้ามกลุ่มแผนที่สอดคล้องกับจุดร่วมบูรณาการของห่วงโซ่ผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพ (CoO) รวมทั้งมีการจัดสรรและกระจายทรัพยากรที่จำเป็นต่อการทำงานของกลุ่มแผน เพื่อสนับสนุนให้งานบูรณาการเป็นส่วนช่วยในการผลักดันความสำเร็จตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ขององค์กร

สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของคนไทยในช่วงที่ผ่านมา ยังประสบความท้าทายในหลายด้าน จากการเปลี่ยนแปลงทิศทางด้านสุขภาวะของประเทศไทยหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 หรือการเปลี่ยนแปลงของบริบทและปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาวะของประชาชนไทย โดยมีประเด็นสำคัญดังนี้

1. สถานการณ์ด้านเศรษฐกิจที่นำไปสู่ปัญหาสาธารณสุข เช่น การฟื้นตัวจากการท่องเที่ยวที่ทำให้เกิดปัญหาการเพิ่มอุบัติเหตุจากการเดินทาง โรคอุบัติใหม่ และการเคลื่อนย้ายเชื้อโรค
2. สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำ ซึ่งเป็นผลพวงหนึ่งจากปัญหาด้านเศรษฐกิจ ที่ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านความเหลื่อมล้ำที่ปรากฏชัดมากขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง เช่น การเข้าถึงอาหารปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการ การเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพและบริการสังคมที่มีคุณภาพเป็นมิตร ทั้งในส่วนระบบบริการสุขภาพ ยารักษาโรค หรืออุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลต่าง ๆ เช่น หน้ากากอนามัย หรือหมวกกันน็อค เป็นต้น
3. สถานการณ์การแข่งขันทางการค้า ส่งให้ผู้บริโภคมีตัวเลือกในการบริโภคที่หลากหลายมากขึ้น เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคจากการบริโภคสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น เหล้า บุหรี่ หรืออาหารหวาน-มัน-เค็ม
4. สถานการณ์ด้านสังคมและโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนไป จากการที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น บริการทางการแพทย์ที่ไม่พียงพอต่อผู้สูงอายุ รวมทั้งสถานการณ์ช่องว่างระหว่างวัย
5. สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม จากการที่โลกกำลังเผชิญกับสถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งภาวะโลกร้อน ฝุ่นละอองขนาดเล็ก ซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบทางด้านสุขภาพอย่างมาก

จากสถานการณ์และแนวโน้มข้างต้น เป็นประเด็นที่ต้องการการสนับสนุนด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเร่งด่วน กลุ่มงานกลางจึงใช้กลไกการดำเนินงานในรูปแบบกลุ่มแผนหรือคลัสเตอร์ที่อาศัยความร่วมมือจากแผนต่าง ๆ ที่มีความเชี่ยวชาญในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในแต่ละด้าน เพื่อให้การดำเนินงานบูรณาการอย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพสูงสุด เช่น แนวทางการขับเคลื่อนการบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาวะคนเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานครระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) ที่นำองค์ความรู้ เครื่องมือ และต้นแบบการทำงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงประเด็นมาขยายผล สร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างทั่วถึงยั่งยืน ผ่านการทำงานเชิงพื้นที่ องค์กร และกลุ่มประชากรภายใต้บริบทพื้นที่เขตเมือง

จุดเน้นของแผน

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง มุ่งเน้นตอบสนองการทำงานเชิงบูรณาการภายในด้วยการทำงานเชิงกลุ่มแผน (Cluster) ตามกรอบแนวนโยบายและจุดเน้นการดำเนินงานที่คณะกรรมการกองทุนมอบหมาย รวมถึงงานบูรณาการวาระกลางประจำปีในเรื่อง การลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมือง โดยมีสาระสำคัญของแผนที่ครอบคลุมทั้งการสร้างเสริมสุขภาวะเพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะภายใต้แผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) และตอบสนองต่อทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) โดยเน้นการสร้างพื้นที่สุขภาวะโดยเฉพาะในเขตเมือง เช่น กรุงเทพมหานคร เขตปกครองพิเศษ เขตเทศบาลเมือง เทศบาลนคร เป็นต้น โดยเน้นการบูรณาการประเด็นเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ทางสุขภาพส่งเสริมให้เกิดการมีวิถีสุขภาวะที่ดีทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และหน่วยงานองค์กรต่าง ๆ ของประเทศ รวมทั้งนำห่วงโซ่ผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพ (CoO) มาใช้เป็นเครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงานแบบบูรณาการ ที่จะเป็นส่วนช่วยส่งผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิธีชีวิตและพฤติกรรม รวมทั้งสภาพแวดล้อมทางสังคมและกายภาพที่จะส่งผลลัพธ์ต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนไทย

เป้าหมายการดำเนินงาน

1 มีการขับเคลื่อนและหนุนเสริมการดำเนินงานเชิงบูรณาการภายในที่สอดคล้องกับสถานการณ์ทางสุขภาพและสังคม รวมทั้งผลการวิเคราะห์จุดร่วมบูรณาการของห่วงโซ่ผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพ (Chain of Outcome for Health Promotion) เพื่อร่วมขับเคลื่อนสู่เป้าหมายระยะ 10 ปี ของ สสส.

2 มีแผนการดำเนินงานและงบประมาณรองรับสถานการณ์ทางสังคมและสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างเหมาะสมทันต่อสถานการณ์ความเสี่ยงทางสุขภาพอุบัติใหม่ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต รวมทั้งภารกิจใหม่เพื่อการขยายฐานทรัพยากรในการสร้างเสริมสุขภาพให้ทั่วถึงและยั่งยืน

แนวทางการดำเนินงาน

1. ประสานความร่วมมือภายในองค์กร ทั้งระหว่างกลุ่มแผนเชิงประเด็น กลุ่มแผนเชิงพื้นที่ องค์กร และกลุ่มประชากร และกลุ่มแผนเชิงระบบ รวมทั้งประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน/องค์กรภายนอกทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เช่น กระทรวงสาธารณสุข องค์กรสุขภาพ สถาบันวิชาการต่าง ๆ
2. ผลักดันการทำงานเชิงรุก และกำหนดแผนการปฏิบัติงานแบบบูรณาการจากการมีส่วนร่วมของทุกส่วนงาน พัฒนาและเสริมศักยภาพการทำงานเชิงกลยุทธ์และการบูรณาการ รวมทั้งมีการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ เพื่อเป็นการผลักดันผลการดำเนินงานเชิงบูรณาการให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด
3. บริหารจัดการทรัพยากรและงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ จากการกระจายทรัพยากรและงบประมาณไปสู่กลุ่มแผนหรือคลัสเตอร์ต่าง ๆ โดยมุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์ตรงตามวัตถุประสงค์และเกิดประโยชน์สูงสุด รวมทั้งควบคุมการเบิกจ่ายงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพในด้านระยะเวลาที่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริง

การบริหารจัดการ

งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลางอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาสำนักงาน

งบประมาณ

กลุ่มแผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
กลุ่มแผนงานจัดการกลุ่มงานกลาง	164.51
งานบูรณาการคลัสเตอร์	75.00
■ คลัสเตอร์เชิงประเด็น (Issue)	(28.50)
■ คลัสเตอร์เชิงพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย (Setting)	(46.50)
รวม	**239.51**

บรรณานุกรม

- Charities Aid Foundation. (2022). World Giving Index 2022. Charities Aid Foundation.
- Dailynews. (2565). อยู่โดดเดี่ยวเพิ่มขึ้น ตายเดียวดายถี่ บ่งชี้ย้ำ ไทยน่าห่วง!! เข้าถึงได้จาก Dailynews: https://www.dailynews.co.th/articles/1712844/
- Department of Health, New York State. (2020). The New York State Prevention Agenda 2019-2024. เข้าถึงได้จาก Department of Health, New York State: https://www.health.ny.gov/prevention/prevention_agenda/2019-2024/docs/ship/overview.pdf
- Di Zhu, Gang Zhao, และ Xia Wang. (2021). Association of Smoking and Smoking Cessation with Overall and Cause-Specific Mortality. American Journal of Preventive Medicine, 504-512.
- Hfocus. (2561). คนไทยตายด้วยโรค NCDs ชั่วโมงละ 37 คน เร่งป้องกัน+ควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน. เข้าถึงได้จาก Hfocus: https://www.hfocus.org/content/2018/08/16157
- Hfocus. (2564). เสวนาถกประเด็น "วิกฤติความรุนแรงในครอบครัวและอุบัติเหตุ ตีแผ่ปัญหาสุรา" หวังลดปัญหาสังคม. เข้าถึงได้จาก HFocus: https://www.hfocus.org/content/2021/12/23957
- Jeffrey D. Sachs, Guillaume Lafortune, Christian Kroll, Grayson Fuller, และ Finn Woelm. (2022). Sustainable Development Report 2022. University Printing House, Cambridge.
- LGBT Capital. (2020). Estimated LGBT Purchasing Power: LGBT–GDP–data as of year–end 2019. เข้าถึงได้จาก LGBT Capital: https://www.lgbt-capital.com/docs/Estimated_LGBT-GDP_(table)_-_2020.pdf
- Nielsen Media Research Thailand. (2023). Media Spending March 2023. Nielsen.
- Post Today. (2563). EIC เผยเทรนด์อาชีพทางเลือกมาแรงยุคโควิด-19 'ฟรีแลนซ์ออนไลน์'. เข้าถึงได้จาก Post Today: https://www.posttoday.com/economy/news/629695
- PPTV Online. (2566). หนี้ครัวเรือนแรงงานไทย แตะ 2.7 แสนบาทต่อครัวเรือน สูงสุดในรอบ 13 ปี. เข้าถึงได้จาก PPTV HD36: https://www.pptvhd36.com/news/เศรษฐกิจ/195177
- Public Health Scotland. (24 December 2021). What are health inequalities? เข้าถึงได้จาก Public Health Scotland: https://www.healthscotland.scot/health-inequalities/what-are-health-inequalities
- Roengrudee Patanavanich, Methavee Worawattanakul, และ Stanton Glantz. (2022). Longitudinal bidirectional association between youth electronic cigarette use and tobacco cigarette smoking initiation in Thailand. Tob Control.
- Simon Kemp. (2023). DIGITAL 2023: THAILAND. เข้าถึงได้จาก Datareportal: https://datareportal.com/reports/digital-2023-thailand
- UN Women. (2021). Measuring the shadow pandemic: Violence against women during COVID-19 in 2021. UN Women.
- World Economic Forum. (2023). The Future of Jobs Report 2023. Geneva: World Economic Forum.
- World Health Organization. (2004). Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practices: summary report. WHO Press.
- World Health Organization. (ม.ป.ป.). Tobacco. เข้าถึงได้จาก https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1
- กนิษฐา ไทยกล้า. (2565). ตลาดการค้ายาเสพติดประเทศไทย. ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด.
- กนิษฐา ไทยกล้า. (2565). รายงานการเฝ้าระวังตลาดบุหรี่ไฟฟ้าบนอินเทอร์เน็ต. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (เมษยน 2565). สถิติผู้สูงอายุ. เข้าถึงได้จาก กรมกิจการผู้สูงอายุ: http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/274
- กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. (2565). สถิติความรุนแรงในครอบครัว ในรอบ 6 ปี 2559-2564. เข้าถึงได้จาก กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว: https://opendata.nesdc.go.th/dataset/https-drive-google-com-file-d-1kt8cnwofotck4om1_rzwxfcvxj7tob06-view-usp-sharing
- กองบรรณาธิการ. (17 กันยายน 2563). อคติที่สร้างระยะห่างระหว่างคนไทยและแรงงานข้ามชาติ. เข้าถึงได้จาก The 101.World: https://www.the101.world/the-gap-between-thais-and-migrant-workers/
- กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565). รายงานดัชนีความก้าวหน้าของคน ปี 2564. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

- กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2558. กรุงเทพมหานคร: กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. กรุงเทพมหานคร: กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2565. กรุงเทพมหานคร: กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2566). การประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์จากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2564. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2565). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายต่อคุณภาพชีวิตของคนทำงานแพลตฟอร์ม. สำนักงานนโยบายแรงงานนอกระบบ สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน.
- เจตน์ รัตนจีนะ, และ พรชัย สิทธิศรัณย์กุล. (2566). การศึกษาบทบาทและการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไม่ติดต่อในสถานประกอบการของผู้นำองค์กรและผู้บริหารงานทรัพยากรบุคคล. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ชเนตตี ทินนาม, โกสุม โอมพรนุวัฒน์, และ รัตนา ด้วยดี. (2563). ยุทธศาสตร์สุขภาวะ LGBTIQN+ พ.ศ. 2564-2566. สมาคมเพศวิถีศึกษา.
- ณัฐวุฒิ พันทะลี. (2564). การดูแลพระสงฆ์ไทยในปัจจุบัน. มหาวิทยาลัยมหามงกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตอีสาน.
- ดุสิตา พึ่งสำราญ, พงษ์ศักดิ์ สกุลทักษิณ, และ นิพนธ์ ดาราวุฒิมาประกรณ์. (2565). รายงานผลการศึกษาและทบทวนองค์ความรู้เรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบายและสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เทพพิทักษ์ มณีพงษ์. (2560). สุขดาร์คจากยาเสพติด: ความสุขที่ต้องเสี่ยง. เข้าถึงได้จาก The 101.World: https://www.the101.world/dark-happiness-from-drug-addiction/
- ธน หาพิพัฒน์. (2566). รายงานโครงการการศึกษาพฤติกรรมการเล่นพนันออนไลน์ในกลุ่มคนรุ่นใหม่. ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน.
- ธนาคารโลก. (2561). การมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจของกลุ่ม LGBTI ในประเทศไทย. ธนาคารโลก.
- นภากรณ์ หะวานนท์, และ กฤตยา อาชวนิจกุล. (2559). งานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังหญิง 2558-2560. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- พิชญา สุรพลชัย, และ นฤมล อรุโณทัย. (2566). โครงการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัย. สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มหาวิทยาลัยมหิดล. (2566). สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มประชากรข้ามชาติชาวเมียนมา ลาว และกัมพูชาในประเทศไทยหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มูลนิธิภิวัฒน์สาธารณสุขไทย. (2563). ยูนิเซฟเผย แม่และเด็กแรงงานข้ามชาติอพยพในไทย กลุ่มเสี่ยงขาดหลักประกันสุขภาพ. เข้าถึงได้จาก Hfocus: https://www.hfocus.org/content/2020/02/18418
- มูลนิธิอินเทอร์เน็ตร่วมพัฒนาไทย. (2563). การสำรวจสถานการณ์เด็กกับภัยออนไลน์ ประจำปี 2563. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอ็กแอล อิมเมจจิ้ง จำกัด (สำนักงานใหญ่).
- รัตติกรณ์ จงวิศาล, นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล, ปองกมล สุรัตน์, และ วิชัย โภคทวี. (2565). โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะทางปัญญา ความผาสุกทางจิต และภาวะหมดไฟในการทำงานในคนวัยทำงาน. ธนาคารจิตอาสา โครงการวิถีชีวิตพัฒนาจิต และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- วรดร เลิศรัตน์, และ สรัช สินธุประมา. (2566). รายงานสถานการณ์เด็กและครอบครัว ประจำปี 2023: เด็กและเยาวชนไทยในทางสองแพร่ง. ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว (คิด for คิดส์).
- วิทยากร เชียงกูล. (2562). เสพติดพนัน ความใหญ่โตของปัญหาและแนวทางแก้ไข. ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน.
- ศรัญญา เบญจกุล. (2564). แนวโน้มการสูบบุหรี่ของประเทศไทย. การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนควบคุมยาสูบ 3 ปี และแผนการดำเนินการ 1 ปี (ครั้งที่ 1). สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และศูนย์พัฒนาศักยภาพกำลังคนด้านการควบคุมยาสูบ (พศย.).

- ศูนย์ข้อมูลคนพิการและเทคโนโลยีสารสนเทศ. (31 มีนาคม 2566). รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย. เข้าถึงได้จาก กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ: https://ecard.dep.go.th/person_info/
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2564). รายงานสถิติจำนวนนิสิต นักศึกษาระดับอุดมศึกษา (ปริญญาตรี). เข้าถึงได้จาก สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ: https://catalog.moe.go.th/dataset/dataset-15_20
- ศูนย์วิเคราะห์ข้อมูล สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์. (2565). รายงานผลสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2565. สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์.
- ศูนย์วิชาการด้านการรู้เท่าทันสื่อของผู้สูงอายุ สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล. (2565). การสำรวจสถานการณ์และผลกระทบจากการใช้สื่อของผู้สูงอายุไทย 2565. ศูนย์วิชาการด้านการรู้เท่าทันสื่อของผู้สูงอายุ สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2566). รายงานสุขภาพคนไทย 2566. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล .
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 (2562-2563). คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2565). โครงการสำรวจสถานการณ์แรงงานนอกระบบ: บทสำรวจเครือข่าย สถานะองค์ความรู้ ความเสี่ยง และแนวปฏิบัติ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- สมาคมโฆษณาดิจิทัล (ประเทศไทย). (2566). DATT Report: Thailand Digital Advertising Spend 2022-2023. สมาคมโฆษณาดิจิทัล (ประเทศไทย).
- สายชล ปัญญขิต. (2565). พฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของสามเณรวัยใสในภาคกลางและภาคเหนือของประเทศไทย. Journal of Demography: Vol.38 Issue 2 Article 2.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2565). Thaihealth Watch 2023: จับตาทิศทางสุขภาพคนไทย ปี 2566. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (2560). ยุทธศาสตร์สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579). สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน.
- สำนักงานประกันสังคม. (2566). สถิติผู้ประกันตน. เข้าถึงได้จาก สำนักงานประกันสังคม: https://catalog.sso.go.th/dataset/?data_type=ข้อมูลสถิติ
- สำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. (2563). จำนวนบุคลากรทั้งหมด ปีการศึกษา 2563. เข้าถึงได้จาก Open Government Data of Thailand: https://data.go.th/dataset/univ_stf_12_02
- สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2563). สถิติบุคลากรและศาสนสถานทางศาสนาในประเทศไทย. เข้าถึงได้จาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ: https://ittdashboard.nso.go.th/preview.php?id_project=56
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2560). รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประเทศไทย พ.ศ. 2557.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ แผนงานพัฒนาดัชนีภาระโรคแห่งประเทศไทย. (2565). รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562. แฮนดีเพรส จำกัด.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). สรุปผลที่สำคัญ การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) ของคนในประเทศไทย พ.ศ. 2563. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2564. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสภาการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). รายงานภาวะสังคมไทยภาพรวมปี 2565. สำนักงานสภาการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สุริยัน บุญแก้. (2563). การสำรวจทัศนคติและพฤติกรรมการใช้สารเสพติด กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15-65 ปี ใน 20 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ พ.ศ.2563-2565. ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด.
- อนุวัตร เข็มราช. (2560). ความสุขและความพึงพอใจที่ส่งผลต่อความผูกพันของบุคลากรกรมกำลังพลทหารเรือ. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อภินันท์ ธรรมเสนา. (2566). จำนวนกลุ่มชาติพันธุ์และประชากร. ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).

กรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่และลูกจ้างสำนักงาน พ.ศ. 2567

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	**11**

ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ	
ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักบริหารงานส่งเสริมการเรียนรู้	8
รวม	**10**

เจ้าหน้าที่ **239 คน**
ลูกจ้าง **19 คน**

รวม 288 คน

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**

ฝ่ายบริหารงานบุคคล	
ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักบริหารงานบุคคล	5
นักวิชาการ	2
รวม	**9**

ฝ่ายอำนวยการ	
ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักกฎหมาย	4
นักบริหารงานจัดซื้อและพัสดุ	7
นักบริหารงานทั่วไป	2
นักบริหารงานอาคาร	2
เจ้าหน้าที่ธุรการและบริการทั่วไป	1
เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป	21
เลขานุการ	3
รวม	**42**

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**

การดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลในการจัดทำแผนการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

จากพันธกิจและบทบาทหน้าที่ของ สสส. ที่ต้องปฏิบัติโดยอาศัยความร่วมมือและความไว้วางใจจากภาคีเครือข่ายและภาคส่วนต่าง ๆ อีกทั้งที่มาของงบประมาณ และความมีอิสระคล่องตัว ทำให้ สสส. จำเป็นต้องมีการจัดระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการดำเนินงานของ สสส. เป็นไปอย่างมีประสิทธิผลคุ้มค่าทางเศรษฐกิจและสังคม ถูกต้องตามหลักนิติธรรม โปร่งใส ตรงไปตรงมา ปราศจากการขัดกันของผลประโยชน์ โดยภาคส่วนต่าง ๆ สามารถเข้ามามีส่วนร่วม และตรวจสอบได้ใน 7 หลักการ ได้แก่

1. หลักความเปิดเผยโปร่งใส (Transparency)
2. หลักภาระรับผิดรับชอบตรวจสอบได้ (Accountability)
3. หลักการมีส่วนร่วม (Participation)
4. หลักนิติธรรม (The Rule of Laws)
5. หลักจริยธรรมและความถูกต้องชอบธรรม (Ethical Conduct and Integrity)
6. หลักการปลอดจากการขัดกันของผลประโยชน์ (Free of Conflict of Interests)
7. หลักประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Efficiency and Effectiveness)

ซึ่งภายใต้หลักการธรรมาภิบาล สสส. ได้กำหนดนโยบายการบริหารจัดการองค์การ โดยการจัดระบบบริหารในส่วนต่าง ๆ กำกับดูแลและส่งเสริมให้การดำเนินงานเป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล ซึ่งนโยบายสำคัญ คือ **“การกำหนดนโยบายทิศทางการดำเนินงานให้เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล”** มีการกำหนดให้มีกระบวนการมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ กรอบงบประมาณและนโยบายการบริหารกองทุนที่ตอบสนองตามวัตถุประสงค์ของกองทุน และสอดคล้องกับนโยบายของรัฐ พร้อมทั้งมีการติดตามกระบวนการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด

ดังนั้น เพื่อให้ในการจัดทำแผนการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล สสส. จึงยึดถือแนวทางปฏิบัติในการดำเนินการ ดังนี้

1. **หลักความเปิดเผยโปร่งใส (Transparency)**
   สสส. มีการเปิดเผยข้อมูลขององค์การในรูปแบบที่สาธารณชนสามารถเข้าใจได้และเข้าถึงได้อย่างเสรีในทุกขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมหรือกระบวนการต่าง ๆ องค์การ รวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการจัดทำแผนซึ่งมีการเปิดเผยข้อมูลในแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน และมีการประชาสัมพันธ์แจ้งให้สาธารณชนทราบล่วงหน้า
2. **หลักภาระรับผิดรับชอบตรวจสอบได้ (Accountability)**
   สสส. มีการดำเนินการกำหนดเป้าหมายเกณฑ์ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่ชัดเจน และมีกระบวนการสื่อสารถึงแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องต่อการวางแผนยุทธศาสตร์ พร้อมทั้งชี้แจงผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบ เพื่อนำข้อเสนอแนะมาพัฒนา/ปรับปรุงกระบวนการดำเนินงาน
3. **หลักการมีส่วนร่วม (Participation)**
   สสส. มีกระบวนการสื่อสารถึงแนวทางปฏิบัติส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมในการวางแผนยุทธศาสตร์ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ โดยได้มีการกำหนดกรอบระยะเวลา/ช่องทางการมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนในหลายช่องทาง รวมทั้งมีการเปิดให้ตัวแทนของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีโอกาสรับรู้ และมีส่วนร่วมในกระบวนการการตัดสินใจในกระบวนการวางแผนตามความเหมาะสม และมีการรายงานผลการดำเนินการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบเพื่อนำข้อเสนอแนะมาพัฒนา/ปรับปรุงกระบวนการดำเนินงาน

4. **หลักนิติธรรม (The Rule of Laws)**
   สสส. ได้มีการกำหนดหลักการ/แนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนยุทธศาสตร์ และมีการดำเนินงานตามกระบวนการ/ขั้นตอนการวางแผนยุทธศาสตร์ พร้อมทั้งมีการติดตาม ตรวจสอบ และรายงานผลการดำเนินงาน รวมถึงมีการสื่อสารถึงแนวทางปฏิบัติตามหลักนิติธรรมให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ
5. **หลักจริยธรรมและความถูกต้องชอบธรรม (Ethical Conduct and Integrity)**
   สสส. ให้ความสำคัญต่อการยึดมั่นในหลักจริยธรรมและความถูกต้องชอบธรรม ในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากร สสส. และส่วนที่เกี่ยวข้องในทุก ๆกระบวนการ
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

นอกจากนี้ สสส. ยังได้มีการกำหนดนโยบายต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อเป็นการแสดงเจตนารมณ์และภาระรับผิดชอบในการดำเนินงานเพื่อให้สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญของ สสส. ได้แก่

1. **นโยบายต่อประชาชน** เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีตามวัตถุประสงค์ของกองทุนอย่างทั่วถึง ทันกาลและมีประสิทธิภาพคุ้มค่า โดยดำเนินการอย่างเปิดเผย รับฟังและสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ
2. **นโยบายต่อหน่วยงานที่กำกับดูแลและสนับสนุนการดำเนินงาน** กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ตอบสนองตามวัตถุประสงค์ของกองทุนอย่างโปร่งใส สร้างการมีส่วนร่วม มีความสอดคล้องกับนโยบายของรัฐ เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพตามวิสัยทัศน์ขององค์กร จัดกระบวนการทำงานและการใช้จ่ายงบประมาณให้เป็นไปอย่างประหยัด ถูกต้อง ปลอดจากการขัดกันของผลประโยชน์ ครบถ้วนตามระเบียบ มีประสิทธิภาพ คุ้มค่าทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมและตอบสนองวัตถุประสงค์ โดยให้มีการทบทวนปรับปรุงและพัฒนาระบบงานด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งจัดให้มีการกำกับติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผล และรายงานผล เพื่อแสดงความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจและสังคม อย่างโปร่งใสตรวจสอบได้
3. **นโยบายต่อภาคีเครือข่าย** เปิดโอกาสและอำนวยความสะดวกให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำงานกับ สสส. ได้โดยสะดวก และเป็นธรรม เปิดเผย รับฟัง สื่อสาร สร้างความเข้าใจร่วมกัน และให้ความร่วมมือในการเสริมสร้างสุขภาพตามวัตถุประสงค์ของกองทุน จัดการสนับสนุนด้านวิชาการ และทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างขีดความสามารถในการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของกองทุน โดยมีหลักเกณฑ์การพิจารณาที่ชัดเจน โปร่งใส ตรวจสอบได้ รวมทั้งจัดให้มีการติดตาม ประเมินผล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อพัฒนาการดำเนินงานร่วมกันให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างต่อเนื่อง
4. **นโยบายต่อบุคลากรของ สสส.** มุ่งดูแลให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จอย่างเต็มศักยภาพ มีขวัญกำลังใจและคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี โดยจัดโครงสร้างและระบบบริหารงานที่ดี 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

ส่วนที่ 1 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

ส่วนที่ 2 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

ส่วนที่ 3 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 ITA และตามข้อเสนอแนะจากผลการประเมิน ITA มาอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 สสส. ยังคงยึดหลักการตามกรอบการประเมิน ITA คือ การเปิดโอกาสให้เกิดการมีส่วนร่วมเหมือนเช่นทุกปีที่ผ่านมา โดยได้มีกระบวนการในการรับฟังความคิดเห็นและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องจากภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อร่วมกันกำหนดทิศทางในการทำงานร่วมกัน

ซึ่งกระบวนการดังกล่าวแสดงถึงการที่ สสส. ให้ความสำคัญต่อการเปิดเผยข้อมูลและการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถเข้าถึงข้อมูล ตรวจสอบการดำเนินงาน รวมถึงการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของ สสส. ถือเป็นหัวใจสำคัญของการส่งเสริมคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน

สสส
สำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ
สานพลัง สร้างนวัตกรรม สื่อสารสุข

99/8 อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ
ซอยงามดูพลี แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120
0 2343 1500

thaihealth.or.th