สสส
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
สานพลัง สร้างนวัตกรรม สื่อสารสุข

แผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ

พ.ศ. 2568

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ThaiHealth
Annual Plan 2025

“

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 ที่กำหนดให้ผู้จัดการและคณะกรรมการบริหารแผนร่วมจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีให้สอดคล้องกับเป้าหมายตามแผนภายใต้วงเงินงบประมาณประจำปีที่คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพกำหนด และเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาเห็นชอบ ภายในเดือนสิงหาคมของทุกปี

แผนการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. 2568 เป็นแผนการดำเนินงานภายใต้ภายใต้ทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) และแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) ของกองทุน จึงมีการดำเนินงานที่สอดคล้องและเชื่อมโยงกันทั้งหมด เพื่อส่งมอบผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยประกอบด้วยแผนการดำเนินงานประจำปีของ 15 แผน แผนงานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง และแผนงานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน โดยให้ความสำคัญกับความสอดคล้องของนโยบายและยุทธศาสตร์ของประเทศ นโยบายของรัฐ และแผนพัฒนาประเทศในด้านที่เกี่ยวข้อง และกรอบนโยบายการจัดทำแผนของคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนคำนึงถึงสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะที่ดีของประชาชน เช่น การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีดิจิทัล สังคมสูงวัย ปัญหาทางสังคม เป็นต้น ทั้งนี้ในการจัดทำแผนดำเนินงานประจำปี สำนักงานได้ให้ความสำคัญกับการดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาล เน้นความโปร่งใส ตรวจสอบได้ การมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้เสีย การกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่ชัดเจน เพื่อสร้างประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงาน พร้อมทั้งรายละเอียดของคำแถลงประกอบงบประมาณประจำปีที่สอดคล้องกับการดำเนินงานตามข้อบังคับกองทุน

สำนักงานขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ภาคีเครือข่าย และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เพื่อใช้เป็นแนวทางการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกันตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเพื่อประโยชน์แก่คนไทยทุกคนสืบต่อไป

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
สิงหาคม 2567

สารบัญ

บทที่ 1 ภาพรวมแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

1. กรอบนโยบายและแนวทางการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 7
2. นโยบายการบริหารเพื่อกำกับ ติดตาม และประเมินผล 8
3. การบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ 12
4. คำแถลงประกอบงบประมาณแสดงฐานะและนโยบายทางการเงินตามแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 19

บทที่ 2 รายละเอียดแผนการดำเนินงาน

1. แผนควบคุมยาสูบ 27
2. แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด 38
3. แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม 61
4. แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ 80
5. แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ 94
6. แผนสุขภาวะชุมชน 116
7. แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว 127
8. แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร 144
9. แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย 158
10. แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา 168
11. แผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะ 187
12. แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ 208
13. แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ 226
14. แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ 239
15. แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ 252

งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน 265

งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง 275

บรรณานุกรม 280

ภาคผนวก

กรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่และลูกจ้างสำนักงาน พ.ศ. 2568 284

การดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 286

บทที่ 1

ภาพรวมแผนการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

“ การจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. 2568 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. 2568 ดังนี้ ”

1. แนวทางการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีพันธกิจหลักตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดในมาตรา 5 ของ พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.2544 ซึ่งได้กำหนดบทบาทของกองทุน ไว้ 6 ข้อ ดังนี้

1. ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในประชากรทุกวัยตามนโยบายสุขภาพแห่งชาติ
2. สร้างความตระหนักเรื่องพฤติกรรมการเสี่ยงจากการบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสาร หรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ และสร้างความเชื่อในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชากรทุกระดับ
3. สนับสนุนการรณรงค์ให้ลดบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสารหรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ ตลอดจนให้ประชาชนได้รับรู้ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
4. ศึกษาวิจัยหรือสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย ฝึกอบรม หรือดำเนินการให้มีการประชุมเกี่ยวกับการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
5. พัฒนาความสามารถของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนหรือองค์กรเอกชน องค์กร สาธารณประโยชน์ ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ
6. สนับสนุนการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ในลักษณะที่เป็นสื่อเพื่อให้ประชาชนสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์และลดบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสารหรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ

จากวัตถุประสงค์ทั้ง 6 ข้อนี้ เมื่อพิจารณาร่วมกับคำนิยามตามมาตรา 3 แล้ว สามารถสรุปออกมาเป็นเป้าประสงค์การดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ 6 ข้อ ดังนี้

1. สานและเสริมพลังการดำเนินงานของหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง และภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อให้บรรลุผลการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด การลดอุบัติเหตุจราจรและอุบัติภัย และสร้างสุขนิสัยในการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารสุขภาพ
2. พัฒนากลไกที่จำเป็นสำหรับการลดปัจจัยเสี่ยงนอกเหนือจากเป้าประสงค์ที่ 1 โดย สสส. ลงทุนแต่น้อยในส่วนที่จำเป็นและก่อให้เกิดผลกระทบสูง และสร้างขีดความสามารถของบุคคลที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก เยาวชน และกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ
3. เพิ่มขีดความสามารถเชิงสถาบันและส่งเสริมบทบาทของชุมชนและองค์กร ในการพัฒนาสุขภาวะองค์รวม หรือแก้ไขปัญหาสำคัญของตน โดยพัฒนากระบวนการต้นแบบ และกลไกขยายผลเพื่อมุ่งพัฒนาสังคมสุขภาวะในระยะยาวอย่างยั่งยืน
4. สร้างค่านิยมและโอกาสการเรียนรู้ในการสร้างเสริมสุขภาวะให้เกิดขึ้นในสังคมไทย โดยได้รับความร่วมมือจากสังคม ในการรณรงค์เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์
5. ขยายโอกาสและพัฒนาศักยภาพในการสร้างนวัตกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาวะ
6. เพิ่มสมรรถนะระบบบริการและระบบสนับสนุนในการสร้างเสริมสุขภาวะ และเพิ่มประสิทธิภาพกลไกการบริหารจัดการ

จากพันธกิจ บทบาท และเป้าประสงค์ กองทุนได้วางโครงสร้างแผนการดำเนินงานของกองทุน เพื่อให้ตอบสนองและสอดคล้องกัน 15 แผน ดังต่อไปนี้ [1]

เป้าประสงค์ 1

แผน 1: แผนควบคุมยาสูบ

แผน 2: แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

แผน 3: แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม

แผน 9: แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

แผน 14: แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ

เป้าประสงค์ 2

แผน 4: แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

แผน 5: แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ

แผน 7: แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว

เป้าประสงค์ 3

แผน 6: แผนสุขภาวะชุมชน

แผน 8: แผนเสริมสร้างสุขภาวะในองค์กร

เป้าประสงค์ 4

แผน 10: แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา

แผน 15: แผนเสริมสร้างความเข้าใจสุขภาวะ

เป้าประสงค์ 5

แผน 11: แผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะ

เป้าประสงค์ 6

แผน 12: แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ

แผน 13: แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

[1] ความสัมพันธ์ของการตอบสนองต่อเป้าประสงค์ของแผนต่าง ๆ อนึ่ง ในทางปฏิบัติ แต่ละแผนงานมีลักษณะการทำงานที่บูรณาการและตอบสนองต่อเป้าประสงค์ที่หลากหลาย โดยไม่จำกัดเพียงเป้าประสงค์ใดเป้าประสงค์หนึ่งเท่านั้น

กรอบนโยบายการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีมติเห็นชอบกรอบนโยบายและวาระกลางในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. 2568 เมื่อวันที่ 6 มิถุนายน 2567 โดยกรอบนโยบายในการจัดทำแผนมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

1. **ใช้ทิศทางและเป้าหมายกองทุน ระยะ 10 ปี (พ.ศ.2565-2574)** เป็นกรอบในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับสถานการณ์และบริบททางสังคมในปัจจุบัน ความสอดคล้องกับนโยบาย กฎหมาย และทิศทางการพัฒนาประเทศตามยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ นโยบายด้านสุขภาพของรัฐ และแผนระดับชาติที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนนโยบายของรัฐบาลที่เปลี่ยนแปลงไป และให้ความสำคัญกับการใช้ห่วงโซ่ผลลัพธ์ตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนและบูรณาการการทำงาน ตลอดจนการใช้กลไกการกำกับติดตาม และประเมินผลที่มีประสิทธิภาพควบคู่กันไป
2. **สร้างและขยายผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างทั่วถึงและยั่งยืน** โดยการขยายผลงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้ความสำเร็จจากการทำงาน ด้วยการนำองค์ความรู้ ต้นแบบ กลไก และนวัตกรรมเป็นฐานการขยายผลและยกระดับผลลัพธ์ทางสุขภาพเพื่อสร้างระบบนิเวศสุขภาวะที่ตอบสนองต่อสถานการณ์และสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยคำนึงถึงพลวัตและความแตกต่างเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร เพื่อสร้างความยั่งยืนต่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ
3. **สนับสนุนการพัฒนาและใช้ประโยชน์ข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ** โดยนำข้อมูลสารสนเทศมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนการทำงานให้เกิดความแม่นยำ สามารถตอบสนองต่อสภาพปัญหารายพื้นที่ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างเหมาะสม พร้อมคำนึงถึงการลดช่องว่างทางดิจิทัลและความสะดวกในการเข้าถึงองค์ความรู้และฐานข้อมูลการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งคำนึงถึงความปลอดภัยและการเท่าทันการคุกคามทางดิจิทัลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยสร้างการเรียนรู้ การสื่อสาร การพัฒนาศักยภาพ และการจัดการที่รองรับการเปลี่ยนแปลงอันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สภาพแวดล้อม และสังคมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพในยุคดิจิทัล
4. **ให้ความสำคัญกับการลดผลกระทบจากความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอุบัติใหม่** โดยคำนึงถึงการเตรียมความพร้อมต่อประเด็นเสี่ยงหรือความท้าทายใหม่ ที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม วิถีชีวิต สภาพแวดล้อม และสังคม เพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดี และให้กลุ่มเปราะบางสามารถรับมือวิกฤตการณ์ทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมในปัจจุบัน
5. **สานพลังการทำงานกับภาคียุทธศาสตร์ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ตลอดจนภาคีเครือข่ายทุกกลุ่ม พร้อมทั้งสร้างภาคีรุ่นใหม่** เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ ระดับชาติ และระดับสากล ด้วยการผลักดันนโยบาย การพัฒนางานวิชาการ และการประสานทรัพยากรเพื่อสร้างความร่วมมือและส่งเสริมบทบาท และภารกิจด้านการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส.

2. นโยบายและการบริหาร การกำกับ ติดตาม และประเมินผล

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพได้ดำเนินการตามบทบัญญัติภายใต้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยมีการกำหนดโครงสร้างและกลไกทั้งการกำหนดนโยบาย การบริหารงาน การกำกับติดตามและประเมินผล ดังนี้

2.1 นโยบายและการบริหาร

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 โดยกำหนดให้มีคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมีอำนาจหน้าที่ควบคุมดูแลการดำเนินกิจการกองทุนให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการจัดตั้ง และให้คณะกรรมการประเมินผลเป็นผู้ประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนในภาพรวม

โดยคณะกรรมการกองทุนเป็นผู้กำหนดนโยบายในการบริหารกิจการของกองทุน กำหนดกรอบงบประมาณในการดำเนินการ ออกหลักเกณฑ์ ระเบียบ ข้อบังคับที่สำคัญในการดำเนินงาน ให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงาน กำกับดูแลฝ่ายบริหาร รวมทั้งควบคุมผลการปฏิบัติงานของผู้จัดการซึ่งเป็นหัวหน้าฝ่ายบริหารให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 นอกจากนี้คณะกรรมการกองทุนมีอำนาจในการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเฉพาะด้านเพื่อทำหน้าที่กำกับดูแลและให้คำปรึกษาต่อฝ่ายบริหารในการดำเนินกิจการของกองทุน เช่น คณะอนุกรรมการที่ปรึกษาสำนักงาน คณะอนุกรรมการนโยบายการเงิน คณะอนุกรรมการเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นต้น

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

การบริหารจัดการกองทุนและการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

การบริหารจัดการกองทุน มีสำนักงานกองทุนเป็นหน่วยงานปฏิบัติโดยมีผู้จัดการกองทุนเป็นผู้บริหารสูงสุด มีผู้อำนวยการส่วนงานต่างๆ ทำหน้าที่กำกับดูแลการดำเนินงานตามภารกิจหลักของกองทุน ซึ่งเป็นไปตามนโยบายของกองทุน ทั้งนี้ ระเบียบกองทุน ว่าด้วยการจัดแบ่งส่วนงานและการบริหารภายในสำนักงาน ได้แบ่งส่วนงานออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1

ส่วนงานด้านสนับสนุนภารกิจหลักของกองทุน

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

2 ฝ่ายตรวจสอบภายในจัดตั้งขึ้นภายใต้ระเบียบกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยการตรวจสอบภายในของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2565

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

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

ทั้งนี้ ในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ สำนักงานจะรับมอบแนวนโยบายและจุดเน้นการทำงาน โดยแต่ละส่วนงานจะศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ โอกาส หาจุดคานงัด เพื่อสนับสนุนให้กลไกหลักที่มีอยู่ ให้สามารถขับเคลื่อนงานไปสู่ผลสัมฤทธิ์อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสนับสนุนและพัฒนาสมรรถนะและสมรรถภาพของบุคลากรและภาคีเครือข่ายไปพร้อมกัน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนโดยมีประชาชนเป็นผู้รับประโยชน์สูงสุด

2.2 การกำกับ ติดตาม และประเมินผล

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเป็นองค์กรของรัฐที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 ที่กำหนดให้กองทุนจัดเก็บเงินบำรุงกองทุนโดยตรงจากผู้เสียภาษีสุราและยาสูบ โดยไม่ต้องผ่านกลไกการจัดสรรงบประมาณแผ่นดิน ส่งผลให้ สสส. จึงต้องจัดให้มีกลไกการกำกับ ติดตาม และประเมินผลที่เข้มข้นกว่าหน่วยงานของรัฐอื่น ทั้งนี้ กฎหมายจัดตั้งกองทุนยังกำหนดให้มีคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน ที่เป็นอิสระจากคณะกรรมการกองทุน โดยได้รับการแต่งตั้งจากคณะรัฐมนตรี เพื่อทำหน้าที่กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนในภาพรวมอีกด้วย

การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

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

นอกจากนี้ กลไกการติดตามและประเมินผลยังประกอบไปด้วย การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานตามขนาดของวงเงินงบประมาณโดยคณะกรรมการกองทุนผ่านกลไกคณะกรรมการบริหารแผน 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

เพื่อให้การดำเนินงานของสำนักงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สำนักงานมีการดำเนินการเพื่อรองรับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต รวมถึงมีการพัฒนากระบวนการทำงานของสำนักงานให้มีความโปร่งใสสอดคล้องตามหลักธรรมาภิบาล สำนักงานได้จัดให้มีระบบการกำกับดูแล ดังนี้

2.3.1 การควบคุมภายใน (Internal Control)

การควบคุมภายใน คือองค์ประกอบหนึ่งของการกำกับดูแลกิจการที่ดี (Good Corporate Governance) โดยเป็นกระบวนการที่บุคลากรภายในองค์กรทุกระดับตั้งแต่ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ต้องมีบทบาทร่วมกัน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการปฏิบัติงาน โดยมุ่งใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า (2) สร้างความน่าเชื่อถือของรายงานทางการเงินขององค์กร และ (3) ส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติตามกฎหมาย กฎระเบียบ และข้อบังคับอย่างแท้จริง อันเป็นการสร้างเครื่องป้องกันมิให้เกิดความเสียหายต่อองค์กร

2.3.2 การตรวจสอบภายใน (Internal Audit)

การตรวจสอบภายใน เป็นเครื่องมือสนับสนุนสำคัญของฝ่ายบริหาร เพื่อให้การดำเนินงานขององค์กร สามารถบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายได้ ด้วยการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานและระบบการควบคุมภายในขององค์กร ว่ามีการดำเนินงานที่ถูกต้องสมบูรณ์เพียงพอ เหมาะสม มีระบบปฏิบัติงานที่ดี มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และคุณภาพตามมาตรฐานที่ดีเพียงใด รวมถึงให้ความเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบงานต่าง ๆ ขององค์กร อีกทั้งเป็นการสร้างความเชื่อมั่นขององค์กร แก่ประชาชน ภาคี ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ ตลอดจนผู้มีส่วนได้เสียทุกกลุ่ม เพื่อยกระดับการบริหารองค์กรเชิงคุณภาพ เป็นองค์กรโปร่งใส และมีธรรมาภิบาล

ฝ่ายตรวจสอบภายในใช้ยุทธศาสตร์การดำเนินงานเชิงบวก “การตรวจสอบแบบกัลยาณมิตรและเพิ่มคุณค่าการปฏิบัติงาน” เพื่อตอบสนองผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกกลุ่มดังกล่าวได้ใช้ประโยชน์มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ยังมุ่งเน้นการสร้างคุณค่าเพิ่มจากรายงานผลการตรวจสอบภายในด้านระบบปฏิบัติงานต่าง ๆ โดยนำมาสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแบบบูรณาการเชื่อมร้อยงานทุกฝ่ายอย่างเป็นองค์รวม เสนอต่อ ผู้บริหารระดับสูงขององค์กรเพื่อใช้เป็นข้อมูลพิจารณาขับเคลื่อนงานเชิงระบบและโครงสร้าง ทั้งในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว อันจะนำไปสู่การเป็นองค์การที่มีคุณภาพ มีเสถียรภาพมั่นคง สร้างคุณประโยชน์ต่อประชาชน สังคม และประเทศอย่างยั่งยืนต่อไป

2.3.3 การบริหารความเสี่ยง (Risk Management)

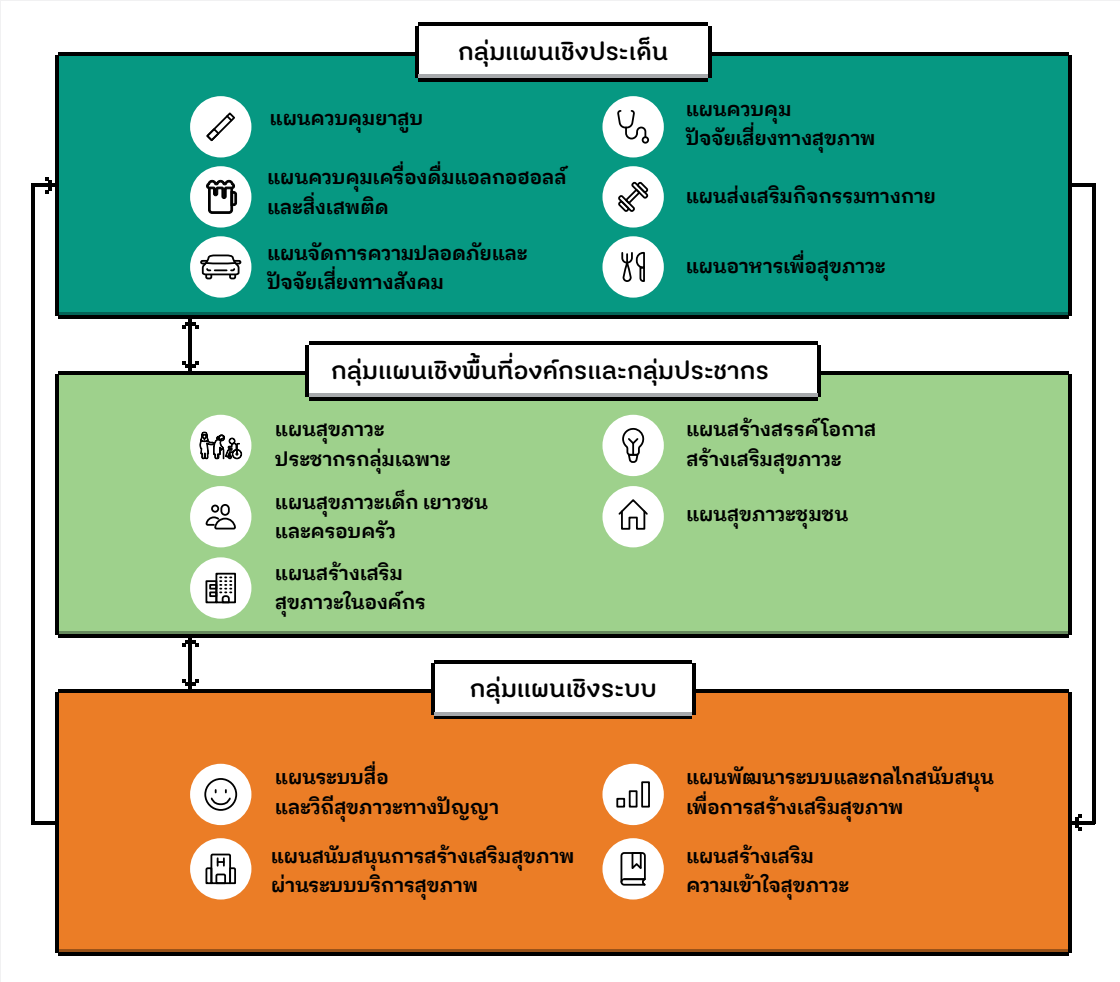
กองทุนดำเนินการบริหารความเสี่ยงระดับองค์กร เพื่อบริหารจัดการความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานของกองทุน ให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้โดยสำนักงานดำเนินการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงระดับองค์กรประจำปี และแผนบริหารความต่อเนื่องทางธุรกิจ (Business Continuity Plan: BCP) ตามความเหมาะสมกับความเสี่ยงแต่ละประเภท เพื่อให้การจัดการความเสี่ยงเป็นไปอย่างทันท่วงที และมีประสิทธิภาพ กระบวนการบริหารความเสี่ยงของ สสส. เป็นไปตามแนวคิดการบริหารความเสี่ยงระดับสากลที่มีมาตรฐาน ได้แก่ COSO ERM และ ISO31000 ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงที่มีองค์ประกอบจากผู้แทนคณะกรรมการกองทุน ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ ตลอดจนผู้บริหารระดับสูงของ สสส. ซึ่งมีการจัดทำรายงานผลการดำเนินงานตามแผนบริหารความเสี่ยงต่อคณะกรรมการกองทุนเป็นรายไตรมาส

3. การบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ

3.1 แนวทางการบูรณาการการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ จำเป็นต้องมีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ สำนักงานได้จัดโครงสร้างกลุ่มแผนเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการและเน้นให้เกิดการทำงานแนวราบเพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยสามารถจำแนกวิธีการทำงานออกเป็น 4 กลุ่มแผน เพื่อให้สอดรับต่อบริบทของงานและสนับสนุนการบูรณาการในการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้

ภาพที่ 1.1 การจัดโครงสร้างกลุ่มแผนดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ



1. กลุ่มแผนเชิงประเด็น เน้นการทำงานเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพเชิงลึก พัฒนางานวิชาการและนวัตกรรมให้เท่าทันกับปัจจัยเสี่ยงที่มีพลวัตและความเปลี่ยนแปลง โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อสนับสนุนให้เกิดสภาพแวดล้อมที่ดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
2. กลุ่มแผนเชิงองค์กรและกลุ่มประชากร เน้นการนำองค์ความรู้การสร้างเสริมสุขภาพมาใช้พัฒนาศักยภาพ พัฒนาเครือข่าย สร้างความเข้มแข็งให้กับประชากรกลุ่มเป้าหมายและเครือข่ายองค์กรสุขภาวะ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มแผนเชิงพื้นที่ เน้นการสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายชุมชน พื้นที่เข้มแข็ง มีขีดความสามารถในการแก้ปัญหาสุขภาพ เพื่อให้เกิดกลไกการสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงที่ชุมชนเป็นเจ้าของ เป็นผู้ดำเนินการให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และชุมชน
3. 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

วาระกลางเป็นรูปแบบของการบูรณาการการทำงานระหว่างส่วนงานภายในของ สสส. ที่สำคัญ เพื่อกำหนดประเด็นการดำเนินงานที่ทุกแผนการดำเนินงานทั้ง 15 แผน และส่วนงานที่เกี่ยวข้อง สามารถทำงานร่วมกันและเกิดผลลัพธ์ภายในระยะเวลา 1 ปี ตลอดจนเป็นการสร้างความเข้มแข็งในการบูรณาการการทำงานโดยการนำจุดแข็งและทุนการทำงานของแต่ละแผนมาร่วมกันสร้างประโยชน์ต่อภาพรวมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยในปี 2568 สำนักงานกำหนดให้มีการดำเนินงานในรูปแบบวาระกลาง 2 ประเด็น ดังนี้

3.2.1 การลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ

ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ เป็นคำที่เกิดจากการนำนิยามของ “ความเหลื่อมล้ำ” ซึ่งหมายถึง ความไม่เท่าเทียมกันระหว่างผู้มีโอกาสกับผู้ที่ขาดโอกาสที่มีอยู่หลายมิติ เช่น ความมั่งคั่งและรายได้ การกระจายโอกาส สิทธิและอำนาจในการต่อรอง เป็นต้น มารวมกับคำว่า “สุขภาพ” โดยสรุปแล้ว “ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ” หมายถึง ความไม่เท่าเทียมกันของสุขภาพระหว่างประชากรหรือกลุ่มบุคคลซึ่งส่งผลต่อคุณภาพและความยืนยาวของชีวิต และขัดต่อความเป็นธรรมทางสังคม ทั้งนี้ ในบริบทของประเทศไทย ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพมีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกับปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) โดยมีปัจจัยหลักที่เป็นองค์ประกอบพื้นฐานของความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ 4 ประการ [4] ได้แก่

1. สภาพเศรษฐกิจโลก จากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจระดับโลกส่งผลต่อการกระจายรายได้และทางเลือกด้านสุขภาพของประชาชน
2. สภาพแวดล้อมทางสังคมการเมือง (socio-political) ที่เกิดจากสภาพแวดล้อมทางสังคม อาทิ สิทธิในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง รวมถึงนโยบายและกฎหมายที่ส่งผลต่อการกระจายทรัพยากรและโอกาสในสังคม

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

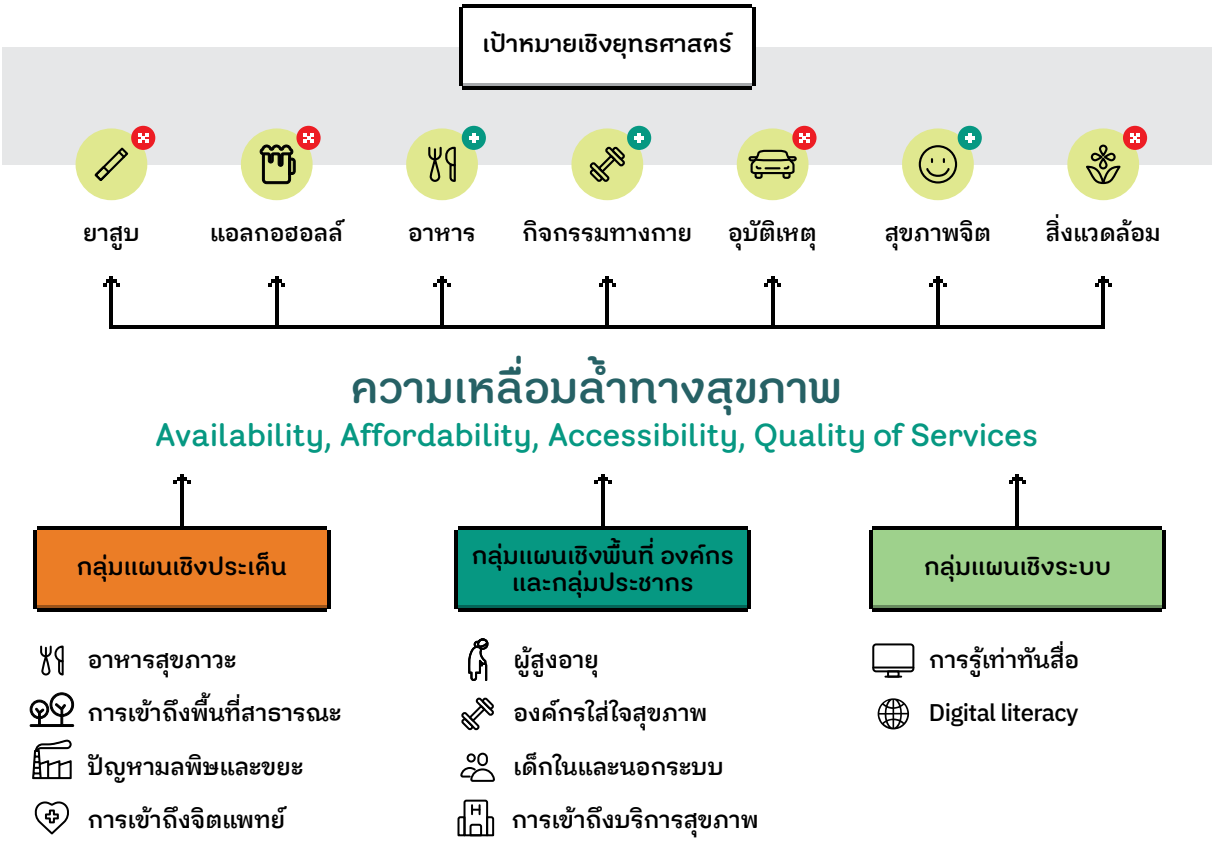
3. การตัดสินใจและการให้ความสำคัญในนโยบายของประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การศึกษา สวัสดิการสังคม และการจ้างงาน ล้วนส่งผลต่อความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ
4. การให้คุณค่าของสังคมต่อความเท่าเทียมและความเป็นธรรม ทัศนคติของสังคมต่อความเท่าเทียมและความเป็นธรรมมีผลต่อการจัดการกับความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ

นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ที่คำนึงถึงลักษณะเฉพาะของสังคมไทย เช่น การเข้าถึงบริการสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ระดับการศึกษา สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคม และปัจจัยทางชีวภาพ ความแตกต่างระหว่างเมืองและชนบท ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความหลากหลายทางวัฒนธรรม เป็นต้น เพื่อให้การแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของประเทศ

นิยามของการทำงานตามวาระกลาง ในประเด็น “การลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ” จึงหมายถึง การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในทุกกลุ่มประชากร มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาความไม่เท่าเทียมในด้านสุขภาพอย่างครอบคลุมและเป็นระบบ โดย สสส. และภาคีเครือข่าย จะดำเนินการเพื่อสนับสนุนให้ประชาชนทุกกลุ่มมีโอกาสที่เท่าเทียมกันในการมีสุขภาพที่ดี ลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดีสำหรับทุกคน

การดำเนินงานในปี 2568 จะมุ่งเน้นการขยายผลขอบเขตการดำเนินงาน จากการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมืองสู่การลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพของทุกคนบนแผ่นดินไทย ทั้งเขตเมือง เขตกึ่งเมืองกึ่งชนบท เขตชนบท และพื้นที่ชายขอบ โดยมีประเด็นสนับสนุนการดำเนินงานตามข้อเสนอวาระกลางประจำปี 2568 ดังนี้

1. สนับสนุนกลไกและกระบวนการเพื่อการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ที่ตอบสนองต่อเป้าหมายความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี ของ สสส.
2. พัฒนารูปแบบการทำงานที่มีประสิทธิภาพและสามารถขับเคลื่อนงานผ่านผู้รับผิดชอบและเครือข่ายที่เป็น New Contribution สร้างความร่วมมือที่ชัดเจนและยั่งยืนระหว่างองค์กรทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในการลดความเหลื่อมล้ำ โดยมี สสส. เป็นกลไกเชื่อมประสานการทำงาน
3. ขยายผลการทำงานวาระกลาง “การลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมือง” ประจำปี 2567 ไปสู่ “การลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ” ในวงกว้าง



กองทุนได้พัฒนาร่างยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อเป็นกรอบการทำงานร่วมกับหน่วยงานระดับประเทศ และระดับพื้นที่ โดยครอบคลุมประเด็นยุทธศาสตร์ ดังนี้

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายเพื่อการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมือง มีกลยุทธ์การขับเคลื่อน ประกอบด้วย (1) พัฒนาองค์ความรู้ งานวิชาการ และข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการขับเคลื่อนการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมือง (2) ขับเคลื่อน ติดตามการผลักดัน ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมือง (3) สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อหนุนเสริมการขับเคลื่อน และติดตามนโยบายเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมือง

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างและขยายความเข้าใจและสร้างความตระหนักเกี่ยวข้องกับการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมือง มีกลยุทธ์การขับเคลื่อน ประกอบด้วย (1) พัฒนาเนื้อหา สื่อ และกระบวนการสื่อสารเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ ความตระหนักเกี่ยวข้องกับการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมือง (2) พัฒนาช่องทางสื่อสาร เชื่อมต่อระบบแฟลตฟอร์มเพื่อสร้างการเรียนรู้ ขยายฐานความเข้าใจ และความตระหนักต่อประเด็นความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมือง

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 การเสริมสร้างศักยภาพแกนนำ เครือข่าย และสร้างความเข้มแข็งชุมชนเพื่อเป็นฐานในการขับเคลื่อนงานการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมือง มีกลยุทธ์การขับเคลื่อน ประกอบด้วย (1) พัฒนาและเสริมศักยภาพแกนนำจากภาคส่วนต่างๆ เพื่อการขับเคลื่อนการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมือง (2) สร้างความร่วมมือ และหนุนเสริมคนรุ่นใหม่เพื่อร่วมขับเคลื่อนการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมือง (3) สานเสริมพลังเครือข่ายเชิงพื้นที่ เชิงประเด็นเพื่อการขับเคลื่อนเชื่อมร้อย และขยายผลการทำงานเพื่อการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมือง

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมือง โดยเฉพาะระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ/ระบบดิจิทัล มีกลยุทธ์การขับเคลื่อน ประกอบด้วย (1) พัฒนาระบบและกลไกพื้นฐานเพื่อสนับสนุนการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมือง และตอบสนองต่อเป้าหมายระยะ 10 ปี (2) สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพไม่ก่อให้เกิดหรือขยายช่องว่างความเหลื่อมล้ำจากการใช้เทคโนโลยี ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมือง โดยเฉพาะการเข้าถึง

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 การสนับสนุนการขับเคลื่อน/ปฏิบัติการเชิงพื้นที่เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมือง มีกลยุทธ์การขับเคลื่อน ประกอบด้วย (1) พัฒนาต้นแบบการดำเนินงานเพื่อลด/ขจัดปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ และสวัสดิการทางสังคม นำไปสู่ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในพื้นที่เขตเมือง โดยให้ความสำคัญกับประชากรกลุ่มเปราะบาง และประชากรกลุ่มเฉพาะ (2) ยกระดับและขยายผลการดำเนินงานเชิงประเด็นผ่านโครงสร้างพื้นฐาน หรือแพลตฟอร์มเชิงพื้นที่ เชิงองค์กร เชิงกลุ่มประชากร และเชิงระบบเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมืองอย่างทั่วถึงและยั่งยืน (3) สร้างความเข้มแข็งชุมชนท้องถิ่นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะและลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในพื้นที่เขตเมือง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีภาวะเสี่ยง/เปราะบาง

ยุทธศาสตร์การดำเนินงานเพื่อการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ

สุขภาพดี 4 มิติ

เป้า 10 ปี สสส.	**ยาสูบ แอลกอฮอล์ อาหาร กิจกรรมทางกาย ความปลอดภัยทางถนน สุขภาพจิต มลพิษทางสิ่งแวดล้อม ปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่**
	ความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ

เป้าหมายปี 67: ยุทธศาสตร์การดำเนินงานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมือง และความร่วมมือระหว่างองค์กร

5 ประเด็นยุทธศาสตร์วาระกลาง	การ**พัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย** เพื่อการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมือง	การ**สร้างและขยายความเข้าใจ**และสร้างความตระหนักเกี่ยวข้องกับการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมือง	การเสริมสร้างศักยภาพ**แกนนำเครือข่าย และคนรุ่นใหม่** เพื่อเป็นฐานในการขับเคลื่อนงานการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมือง	การพัฒนา**ระบบและกลไกสนับสนุน**การลดความเหลื่อมล้ำฯ โดยเฉพาะระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ/ระบบดิจิทัล	การสนับสนุนการ**ขับเคลื่อน/ปฏิบัติการเชิงพื้นที่**เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมือง
13 กลยุทธ์ขับเคลื่อน	• พัฒนาองค์ความรู้งานวิชาการ ฐานข้อมูล และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย • ขับเคลื่อนติดตามการผลักดันข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อลดความเหลื่อมล้ำฯ • สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อหนุนเสริมการขับเคลื่อนและติดตามนโยบายฯ	• พัฒนาเนื้อหาสื่อและกระบวนการสื่อสารเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจความตระหนัก • พัฒนาช่องทางการสื่อสารเชื่อมต่อระบบแพลตฟอร์มเพื่อสร้างการเรียนรู้ ความเข้าใจ	• พัฒนาและเสริมศักยภาพแกนนำเชิงพื้นที่เชิงประเด็น • พัฒนาและเสริมศักยภาพคนรุ่นใหม่เพื่อร่วมขับเคลื่อนฯ • สานเสริมพลังเครือข่ายเพื่อเป็นฐานในการขับเคลื่อนเชื่อมร้อยและขยายผล	• พัฒนาระบบและกลไกพื้นฐานเพื่อสนับสนุนการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมือง • สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ไม่ก่อให้เกิดหรือขยายช่องว่างความเหลื่อมล้ำ	• พัฒนาต้นแบบการดำเนินงานเพื่อลด/ขจัดปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพและสวัสดิการทางสังคม • ยกระดับและขยายผลการดำเนินงานเชิงประเด็นผ่านโครงสร้างพื้นฐานหรือแพลตฟอร์มเชิงพื้นที่ เชิงองค์กร เชิงกลุ่มประชากร และเชิงระบบ • สร้างความเข้มแข็งชุมชนโดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีภาวะเสี่ยง/เปราะบาง

ทั้งนี้ แนวการการดำเนินการตามวาระกลางของปี พ.ศ. 2568 เรื่อง "การลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ" จะเน้นการทำงานร่วมกันของทั้ง 3 กลุ่มแผน ได้แก่ กลุ่มแผนเชิงประเด็น กลุ่มแผนเชิงพื้นที่ องค์กร และกลุ่มประชากร และกลุ่มแผนเชิงระบบกลไก โดยบูรณาการการทำงานร่วมกับองค์กรและหน่วยงานระดับประเทศที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และองค์กรภาคประชาสังคมที่ทำงานด้านสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการสร้างกลไกความร่วมมือที่เข้มแข็ง เพื่อให้มีการคัดเลือกประเด็นการทำงาน วางแผนการดำเนินงาน และกำหนดแนวทางการวัดผลร่วมกันกับทั้ง 15 แผนของ สสส. และแผนงานขององค์กรพันธมิตร โดยมีเป้าหมายในการสร้างผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมในการลดช่องว่างความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพระหว่างกลุ่มประชากรและพื้นที่ต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

3.2.2 การขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาสำคัญในพื้นที่เฉพาะ

เงื่อนไขทางสังคมและสภาพแวดล้อมเป็นหนึ่งในปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ส่งผลอย่างยิ่งต่อสุขภาวะของคน ส่งผลให้แต่ละพื้นที่ ซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งทางวัฒนธรรม โครงสร้างพื้นฐาน หรือภูมิศาสตร์มีลักษณะของปัญหาทางสุขภาพและภาระโรค (Burden of Disease) ที่แตกต่างกัน การใช้ข้อมูลสุขภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการวางแผนและพัฒนายุทธศาสตร์สำหรับการส่งเสริมการมีสุขภาวะที่ดี ทั้งในระดับบุคคล และระดับพื้นที่ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ สถิติการเจ็บป่วย หรือปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ สามารถนำมาใช้วิเคราะห์เพื่อสร้างแนวทางในการป้องกันโรคและส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในระดับพื้นที่ อีกทั้งยังช่วยให้สามารถประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การคำนวณปีสูญเสียสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) เป็นดัชนีชี้วัดทางสุขภาพที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลายในหลายประเทศ โดยประเมินภาระโรคและผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของประชากร จากการคำนวณผลรวมของจำนวนปีที่ประชากรสูญเสียไปเนื่องจากการตายก่อนวัยอันควร (Years of Life Lost due to premature mortality: YLL) และปีที่สูญเสียจากความเจ็บป่วยหรือพิการ (Years Lost due to disability: YLD) ซึ่งมีประโยชน์ต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพ ดังนี้

1. **การวัดผลกระทบจากภาระโรคแบบองค์รวม** โดยช่วยให้เห็นภาพรวมของผลกระทบจากโรคหรือการบาดเจ็บที่มีต่อประชากร ทั้งในแง่ของการเสียชีวิตและความเจ็บป่วย
2. **การจัดลำดับความสำคัญของโรค** โดยช่วยให้สามารถระบุได้ว่า โรคใดสร้างภาระมากที่สุดต่อ ทำให้สามารถจัดลำดับความสำคัญในการวางแผนทรัพยากร การป้องกัน และการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. **การประเมินผลการดำเนินงาน** โดยสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการวัดผลลัพธ์ของโครงการด้านสุขภาพ เช่น การลดภาระโรคจากการรณรงค์ป้องกันโรคที่มีเป้าหมายในการลดจำนวนปีที่สูญเสียไป และเปรียบเทียบประสิทธิภาพการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ และแต่ละช่วงเวลา

"การขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาสำคัญในพื้นที่เฉพาะ" (Specific area-based) จะเป็นการดำเนินงานที่ใช้ข้อมูลในการวางแนวทางการขับเคลื่อนงานให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่ทำให้ประชากรสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ของประชากรรายพื้นที่ โดยเน้นการทำงานในประเด็นที่สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 7 ประเด็น และประเด็นปัญหาทางสุขภาพเฉพาะพื้นที่ แนวทางการทำงานจะวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาสุขภาพ ภาระโรค และปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ที่ส่งผลต่ออายุคาดเฉลี่ยของประชากรในพื้นที่ เพื่อนำมาใช้ในการกำหนดประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับพื้นที่ (รายจังหวัด) รวมทั้งสร้างความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์และภาคี

เครือข่ายในพื้นที่เพื่อวางแผนการทำงานร่วมกับชุมชน ตลอดจนต้องมีแนวทางการวัดผลลัพธ์จากการทำงานที่เป็นรูปธรรมได้อย่างชัดเจน โดยมีแนวทางการดำเนินงานในปี 2568 ดังนี้

1. ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติจากการสำรวจและข้อมูลเชิงพฤติกรรมเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ ที่เน้นการวิเคราะห์ปัญหา (pain point) ทางสุขภาพเฉพาะของพื้นที่ (รายจังหวัด) ในประเด็นปัญหาที่สอดคล้องกับทิศทางการดำเนินงานตาม 7 เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์
2. สร้างความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ระดับจังหวัด เพื่อระดมทรัพยากรและการวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพที่ตรงกับสภาพปัญหาของชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาสุขภาวะ
3. วัดผลสัมฤทธิ์ (Achievement) ซึ่งประกอบด้วยแนวทางการวัดผลผลิต (Output) ผลลัพธ์ (Outcome) หรือผลกระทบ (Impact) จากการดำเนินงานได้ในระยะยาว เช่น การลดจำนวนผู้ป่วยในโรคที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ประชากรในพื้นที่มีอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เป็นต้น

4. คำแถลงประกอบงบประมาณแสดงฐานะและนโยบายทางการเงิน ตามแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ตามข้อบังคับกองทุนว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2562 และที่แก้ไขเพิ่มเติม กำหนดว่า ข้อ 7 (1) การจัดทำแผนหลัก “ให้ผู้จัดการจัดทำแผนหลักที่ประกอบด้วยแผนต่าง ๆ ที่มีรายละเอียดสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายกองทุน และกรอบวงเงินงบประมาณประจำปีที่คณะกรรมการกำหนด เพื่อขอความเห็นชอบต่อคณะกรรมการภายในเดือนสิงหาคมของปีที่พิจารณา โดยอาจทบทวนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ได้ทุกปี และให้จัดทำฉบับใหม่ทุก 5 ปี...” และตามข้อบังคับกองทุนว่าด้วยการงบประมาณ การเงินและการบัญชีของกองทุน พ.ศ. 2562 หมวดที่ 2 ส่วนที่ 1 กำหนดให้สำนักงาน กองทุนต้องจัดทำ “คำแถลงประกอบงบประมาณแสดงฐานะและนโยบายทางการเงิน สาระสำคัญของงบประมาณและความสัมพันธ์ระหว่างรายรับและงบประมาณรายจ่ายที่ขอตั้ง” เพื่อให้เป็นไปตามที่กำหนดในข้อบังคับดังกล่าว สำนักงานจึงได้จัดทำคำแถลงงบประมาณฯ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

4.1 กรอบนโยบายทางการเงิน

การจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณสำหรับการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สำนักงานได้จัดทำกรอบวงเงินภายใต้ “แนวนโยบายทางการเงิน” ที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด ดังนี้

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

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

4.2 กระบวนการในการจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณ

การดำเนินงานที่ผ่านมา คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงิน ร่วมกับสำนักงาน ใช้การติดตามสถานการณ์รายได้รับจริงและผลการดำเนินงานจริง 6 เดือนที่ผ่านมาของปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 และการประมาณการแนวโน้มของช่วง 6 เดือนหลัง ร่วมกับการใช้ข้อมูลจากกรมสรรพสามิตและข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และได้คำนึงถึงปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการประมาณการรายได้กองทุน ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ด้านเศรษฐกิจไทยและเศรษฐกิจโลก เช่น แนวโน้มการฟื้นตัวของเศรษฐกิจไทย ปัญหาเชิงโครงสร้างของเศรษฐกิจไทย และสถานการณ์ความขัดแย้งทางด้านภูมิรัฐศาสตร์ของโลก แนวโน้มของตลาดแอลกอฮอล์และพฤติกรรมการบริโภคยาสูบเถื่อนของประเทศไทย รวมถึงการบังคับใช้กฎหมายและมาตรการต่าง ๆ ที่น่าจะส่งผลต่อการบริโภคบุหรี่ สุรา และเบียร์ เพื่อทบทวนกรอบวงเงินงบประมาณประจำปี พ.ศ. 2567 (6 เดือนหลัง) และกรอบวงเงินงบประมาณ 5 ปี ประจำปี พ.ศ. 2568-2572 จากกรอบเดิมที่คณะกรรมการกองทุนได้อนุมัติไว้ รวมถึงใช้การประเมินภาระผูกพันของโครงการล่าช้า เพื่อรักษายอดเงินรวมผูกพันโครงการต่าง ๆ มิให้สูงเกินจริง ซึ่งมีหลักการในการจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณของกองทุนดังนี้

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

4.3 สาระสำคัญของงบประมาณและความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับงบประมาณสำหรับการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

4.3.1 คำอธิบายเกี่ยวกับประมาณการรายได้ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ในการจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณประจำปี คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงิน ได้ประมาณการรายได้ของกองทุน เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์ด้านรายจ่ายที่พึงสามารถใช้จ่ายได้ในปีงบประมาณนั้น ๆ ทั้งนี้การพยากรณ์ประมาณการรายได้ของกองทุน ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567–2572 โดยความร่วมมือของศูนย์ความเป็นเลิศทางเศรษฐมิติ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีการใช้ข้อมูลตั้งต้น ดังนี้

1. ข้อมูลรายได้และค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานของสำนักงานกองทุน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2550-กุมภาพันธ์ 2567
2. ข้อมูลรายเดือน รายไตรมาส และรายปีของมูลค่าภาษีที่จัดเก็บได้ และปริมาณบุหรี่ (มวน) สุรา (ล้านลิตร) และเบียร์ (ล้านลิตร) ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2550-กุมภาพันธ์ 2567
3. อัตราภาษีบุหรี่ สุรา และเบียร์ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2550-กุมภาพันธ์ 2567
4. ข้อมูลรายได้ประชาชาติ (Gross Domestic Product) ตั้งแต่ไตรมาส 1/2553-4/2566

5. ข้อมูลอัตราเงินเฟ้อ (Inflation Rate) ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2553-ธันวาคม 2566
6. ข้อมูลความไม่แน่นอนทางเศรษฐกิจ (Economic Policy Uncertainty) ตั้งแต่ไตรมาส 1/2553-4/2566
7. ข้อมูลความเสี่ยงทางภูมิรัฐศาสตร์ (Geopolitical Risks) ตั้งแต่ไตรมาส 1/2553-4/2566
8. ข้อมูลสถานการณ์ด้านเศรษฐกิจไทย และเศรษฐกิจโลก เช่น แนวโน้มการฟื้นตัวของเศรษฐกิจไทย ปัญหาเชิงโครงสร้างของเศรษฐกิจไทย และสถานการณ์ความขัดแย้งทางด้านภูมิรัฐศาสตร์ของโลก เป็นต้น
9. ข้อมูลการบังคับใช้มาตรการต่าง ๆ มาตรการกระตุ้นทางเศรษฐกิจของภาครัฐ รวมถึงนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ที่อาจส่งผลต่อการบริโภคบุหรี่ สุรา และเบียร์ รวมถึงสถานการณ์แนวโน้มของตลาดแอลกอฮอล์และพฤติกรรมการบริโภคยาสูบเถื่อนของประเทศไทย

4.3.2 วิธีการในการพยากรณ์รายได้ของกองทุน มีกระบวนการดังนี้

1. พยากรณ์ปริมาณบุหรี่ สุรา และเบียร์ ด้วยวิธี Recursive Forecasting
2. ในกระบวนการพยากรณ์ทั้งหมดได้พิจารณาความถี่ของข้อมูลต่าง ๆ เพื่อเช็คความสอดคล้อง (Consistency) ของผลการพยากรณ์ โดยทำการประเมินความถี่ตั้งแต่ รายเดือน รายไตรมาส และรายครึ่งปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (6 เดือนหลัง) และปีงบประมาณ พ.ศ. 2568-2572 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

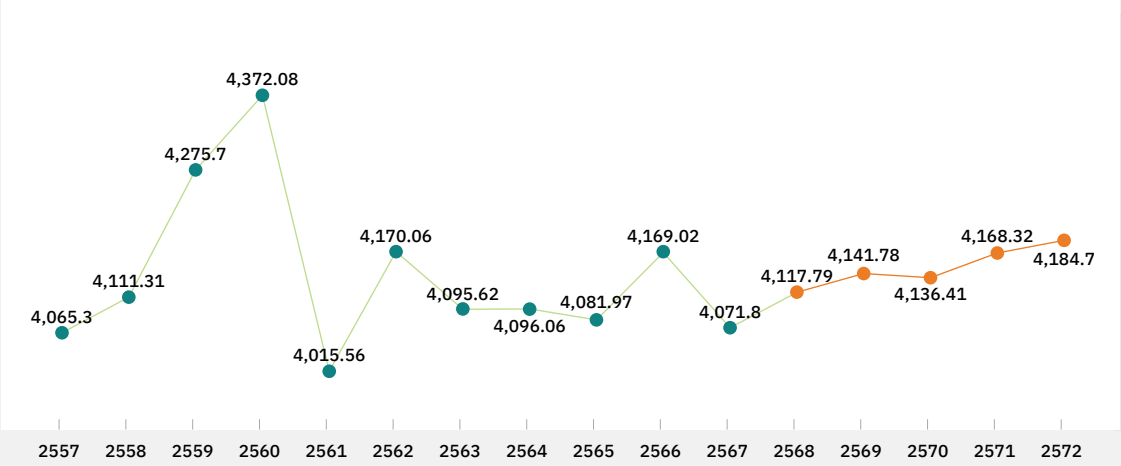
การที่ไม่พยากรณ์ที่รายได้โดยตรงเนื่องจาก ราคาเป็นสิ่งที่ค่อนข้างคงที่ เนื่องจากถูกกำหนดจากรัฐเป็นหลัก แต่สิ่งที่ผันผวนและไม่แน่นอนคือปริมาณ ดังนั้นการที่พยากรณ์ปริมาณที่ถูกต้องจะนำไปคำนวณรายได้ในอนาคตได้แม่นยำกว่า และถึงแม้จะมีการปรับค่าภาษีในอนาคต ก็จะสามารถปรับผลพยากรณ์รายได้ให้ทันตามสถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว

จากผลการประมาณการใหม่ของศูนย์เศรษฐมิติฯ พบว่าประมาณการรายได้ภาษีของกองทุน ปี พ.ศ. 2567 รายได้ภาษีของกองทุน มีจำนวน 4,071.80 ล้านบาท ขณะที่ประมาณการเดิม จำนวน 4,314.58 ล้านบาท เนื่องมาจากสถานการณ์เศรษฐกิจที่ฟื้นตัวช้ากว่าที่คาดการณ์ไว้ ด้วยปัญหาเชิงโครงสร้างของเศรษฐกิจไทย รวมถึงมาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจของภาครัฐที่ยังขาดความชัดเจนและยังไม่สามารถดำเนินการได้ในเวลานี้และจากการติดตามผลการจัดเก็บรายได้ของกองทุน 10 เดือน แรกพบว่า กองทุนมีรายได้ภาษี จำนวน 3,419.65 ล้านบาท (จากประมาณการ 3,647.26 ล้านบาท) ซึ่งต่ำกว่าประมาณการจำนวน 227.61 ล้านบาท หรือร้อยละ 6.24 และคาดว่าปี พ.ศ. 2567 แนวโน้มรายได้ภาษีอาจลดลง 242.78 ล้านบาท

ผลการพยากรณ์ประมาณการรายได้ภาษีของกองทุน ปี พ.ศ. 2568 จำนวน 4,117.79 ล้านบาท ขณะที่ประมาณการเดิม จำนวน 4,345.56 ล้านบาท และคาดว่าปี พ.ศ. 2568 แนวโน้มรายได้ภาษีอาจลดลง 227.77 ล้านบาท พร้อมทั้งคาดการณ์ว่ารายได้ภาษีของกองทุน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569-2572 จะมีจำนวน 4,141.78 4,136.41 4,168.32 และ 4,184.7 ล้านบาทตามลำดับ

กราฟแสดงผลการประมาณการรายได้ภาษีของกองทุน ปี 2567-2572

หน่วย : ล้านบาท



4.4 สรุปกรอบวงเงินงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงิน ได้ดำเนินการทบทวนกรอบวงเงินงบประมาณ พ.ศ.2568 จากสถานการณ์รายได้ที่เปลี่ยนไป เพื่อเสนอคณะกรรมการกองทุนใช้เป็นกรอบวงเงินงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ดังนี้

วงเงินอนุมัติโครงการใหม่

จากแผนเดิม **4,340.06 ล้านบาท**

ปรับลดเป็น

4,135.99 ↓

ล้านบาท

วงเงินเบิกจ่ายอุดหนุนโครงการ

จากแผนเดิม **4,277.04 ล้านบาท**

ปรับลดเป็น

4,055.18 ↓

ล้านบาท

วงเงินค่าใช้จ่ายบุคลากรและบริหารจัดการสำนักงาน

จากแผนเดิม **462.03 ล้านบาท**

ปรับเพิ่มเป็น

464.06 ↑

ล้านบาท

กรอบวงเงินงบประมาณประจำปี พ.ศ. 2568 ของกองทุน โดยจัดทำเป็นระยะเวลา 5 ปี ที่คณะกรรมการกองทุนพิจารณาเห็นชอบ มีรายละเอียดดังนี้

หน่วย : ล้านบาท

	ปี 2566(A)	ปี 2567(P)	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	ปี 2571	ปี 2572
วงเงินอนุมัติโครงการใหม่	**4,011.84**	**4,439.51**	**4,135.99**	**4,095.39**	**4,046.89**	**4,080.57**	**4,097.39**
รายได้เงินบำรุงกองทุน	**4,169.02**	**4,071.80**	**4,117.79**	**4,141.78**	**4,136.41**	**4,168.32**	**4,184.70**
รายได้อื่น	211.63	194.30	205.45	203.79	201.18	203.47	202.81
รายได้จากการดำเนินงาน 2 BU	8.74	17.10	26.00	25.10	21.92	24.00	26.40
รายได้รวม	**4,389.39**	**4,283.20**	**4,349.24**	**4,370.67**	**4,359.51**	**4,395.79**	**4,413.91**
ค่าใช้จ่ายอุดหนุนโครงการ	**3,775.00**	**4,184.96**	**4,055.18**	**3,968.83**	**3,858.02**	**3,871.71**	**3,870.28**
เบิกจ่ายโครงการใหม่	1,879.19	1,842.40	1,716.44	1,699.59	1,679.46	1,693.44	1,700.42
เบิกจ่ายโครงการต่อเนื่อง	1,895.81	2,342.56	2,338.74	2,269.24	2,178.56	2,178.27	2,169.86
ค่าใช้จ่ายบุคลากร สสส.	216.51	239.72	257.07	279.01	295.44	314.43	335.21
ค่าใช้จ่ายบุคลากร สสส.	199.56	216.64	235.30	255.12	269.50	286.90	305.55
ค่าใช้จ่ายบุคลากร 2 BU	16.95	23.08	21.77	23.89	25.94	27.53	29.66
ค่าใช้จ่ายบริหารจัดการสำนักงาน	135.63	201.30	206.99	202.83	206.05	209.65	208.42
ค่าเสื่อมราคา	75.51	73.47	64.05	50.15	40.27	31.74	31.74
ค่าใช้จ่ายรวม	**4,202.65**	**4,699.45**	**4,583.29**	**4,500.82**	**4,399.78**	**4,427.53**	**4,445.65**
รายรับสูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ	186.74	-416.25	-234.05	-130.15	-40.27	-31.74	-31.74
เงินทุนสำรองเพื่อลงทุนปลายงวด	1,646.93	1,666.53	1,686.36	1,706.43	1,726.74	1,747.29	1,768.08
เงินทุนที่ยังไม่ถึงกำหนดเบิกจ่าย	775.42	350.50	180.50	100.50	100.50	100.50	100.50
เงินทุนหมุนเวียนปลายงวด	117.86	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00
สถานะเงินปลายงวด ณ สิ้นปี	2,540.21	2,217.03	2,066.86	2,006.93	2,027.24	2,047.79	2,068.58
ค่าใช้จ่ายบริหารสำนักงาน ข้อ 14 (2.1)	352.14	434.68	456.46	474.34	492.89	516.58	536.13
ค่าใช้จ่ายบริหารสำนักงาน ต่องบประมาณทั้งหมด (ร้อยละ)	8.38%	9.25%	9.96%	10.54%	11.20%	11.67%	12.06%

4.5 คำชี้แจงเกี่ยวกับงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568

ในการประชุมครั้งที่ 4/2567 คณะกรรมการกองทุนได้เห็นชอบกรอบวงเงินงบประมาณสำหรับแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โดยมีวงเงินอนุมัติโครงการใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จำนวน 4,135.99 ล้านบาท และวงเงินค่าใช้จ่ายบุคลากรและบริหารจัดการสำนักงาน (ไม่รวมค่าเสื่อมราคา) จำนวน 464.06 ล้านบาท เนื่องจากกรอบวงเงินงบประมาณดังกล่าวจะทำให้กองทุนสามารถรักษาวินัยทางการเงินไว้ได้ในอนาคต รวมถึงได้คำนึงถึงข้อสังเกตของหน่วยตรวจสอบและการรองรับความเสี่ยงด้านรายได้ไว้ด้วยแล้ว

จากวงเงินอนุมัติโครงการใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ดังกล่าว คาดว่าจะเกิดการเบิกจ่ายโครงการใหม่ในปีงบประมาณเดียวกันจำนวน 1,716.44 ล้านบาท นอกจากนั้น ยังมีการเบิกจ่ายโครงการต่อเนื่องซึ่งเป็นการอนุมัติจากปีก่อนหน้าจำนวน 2,338.74 ล้านบาท รวมการเบิกจ่ายเงินอุดหนุนโครงการรวมทั้งสิ้น 4,055.18 ล้านบาท ทั้งนี้ การอนุมัติตามกรอบงบประมาณและการเบิกจ่ายทั้งหมดจะไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อกองทุน เนื่องจากคาดการณ์ว่าสถานะเงินลงทุนปลายงวดสุทธิ ณ สิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ของกองทุนจะยังเหลืออยู่อีก 1,686.36 ล้านบาท

อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การบริหารจัดการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สำนักงานได้ทำงานร่วมกับศูนย์ความเป็นเลิศทางเศรษฐมิติ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อย่างต่อเนื่อง และจะนำกรอบวงเงินงบประมาณนี้กลับมาให้คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินทบทวนใหม่อีกครั้ง หากระหว่างปีงบประมาณ ระดับเงินทุนสำรองของกองทุนมีมากเกินไปจนเป็นการไม่มีประสิทธิภาพหรือน้อยเกินไปจนไม่เพียงพอรองรับความเสี่ยงหรือมีสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจนอาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินงาน

4.6 แนวทางการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

การจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในการดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ได้คำนึงถึงความสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายกองทุน ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 – 2574) กรอบนโยบายการจัดทำแผนดำเนินงานประจำปี พ.ศ. 2568 ทั้ง 5 ข้อจากคณะกรรมการกองทุน ซึ่งสอดคล้องกับห่วงโซ่ผลลัพธ์ตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนและบูรณาการการทำงาน รวมถึงการตอบสนองยุทธศาสตร์ชาติ นโยบายรัฐบาล และความจำเป็นเร่งด่วนของประเด็นปัญหาสุขภาพตามลำดับของภาระโรค ตลอดจนประสิทธิภาพการอนุมัติและการเบิกจ่ายรายแผน และปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย โดยกรอบการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการ แบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. งบประมาณสำหรับสนับสนุนงานตามเป้าหมายและยุทธศาสตร์ของแผน จัดสรรไม่เกินร้อยละ 90 ของกรอบวงเงินอนุมัติ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพตามพันธกิจของแผนให้เกิดผลสำเร็จสะท้อนเป้าหมายและผลลัพธ์ตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ผลลัพธ์ตามแผนหลัก 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) และตอบสนองต่อแนวนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติ
2. งบประมาณสำหรับสนับสนุนงานตามนโยบายหรือจุดมุ่งเน้นการดำเนินงานที่สำคัญ จัดสรรไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 ของกรอบวงเงินอนุมัติ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพตามนโยบายหรือจุดมุ่งเน้นการดำเนินงาน ที่สำคัญเร่งด่วน และสอดคล้องกับแนวโน้มสถานการณ์สำคัญของปี 2568 ได้แก่ ประเด็นบุหรี่ไฟฟ้า สิ่งเสพติด สุขภาวะเด็ก สุขภาพจิต และมลพิษสิ่งแวดล้อม (PM2.5)
3. งบประมาณสำหรับสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาสำคัญในพื้นที่เฉพาะ (Specific area-based) จัดสรรไม่เกินร้อยละ 5 ของกรอบวงเงินอนุมัติ เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงานให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่ทำให้ประชากรสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ของประชากรรายพื้นที่ โดยเน้นแนวทางการทำงานในประเด็นที่สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 7 ประเด็น และประเด็นปัญหาสุขภาพภาระโรค และปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของพื้นที่ ที่ส่งผลต่ออายุคาดเฉลี่ยของประชากรในพื้นที่ และมีแนวทางการวัดผลลัพธ์จากการทำงานที่เป็นรูปธรรมได้อย่างชัดเจน

4.7 การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

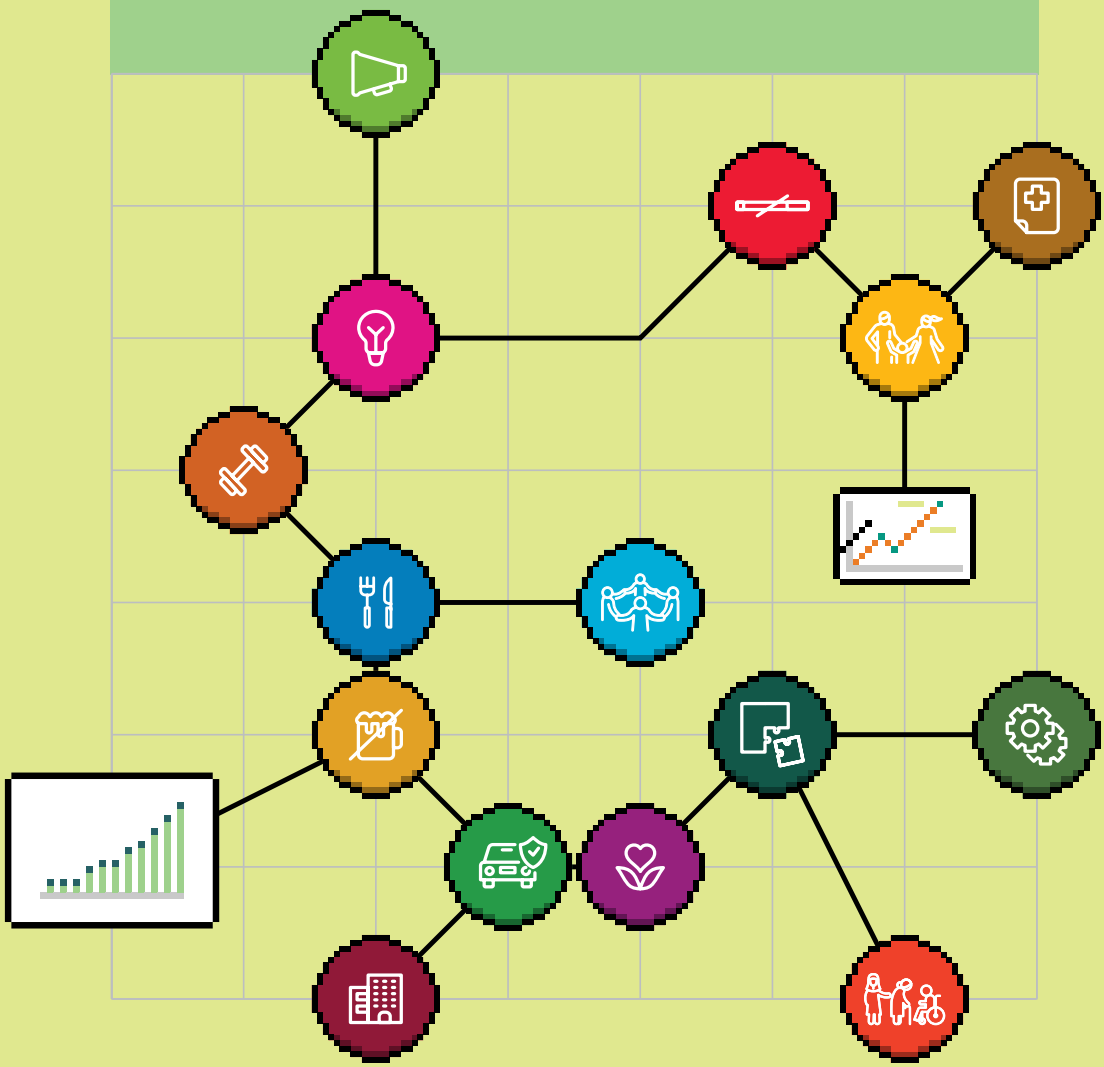
จำแนกรายแผน รวม 15 แผน 1 งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง และ 1 งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน

หน่วย : ล้านบาท

		ปี 2568
1	แผนควบคุมยาสูบ	320.00
2	แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	320.00
3	แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม	225.00
4	แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	220.00
5	แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ	330.00
6	แผนสุขภาวะชุมชน	330.00
7	แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	240.00
8	แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร	125.00
9	แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	220.00
10	แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา	200.00
11	แผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะ	340.00
12	แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	170.00
13	แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	167.00
14	แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ	150.00
15	แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ	510.00
	รวม 15 แผน	**3,867.00**
16	งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง	268.99
	กลุ่มงานขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาสำคัญในพื้นที่เฉพาะ (Specific area-based)	(150.00)
	กลุ่มแผนงานบูรณาการ	(80.00)
	กลุ่มงานกลาง	(38.99)
	รวมงบประมาณสนับสนุนโครงการ	**4,135.99**
17	งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน	464.06
	รวมงบประมาณทั้งหมด	**4,600.05**

บทที่ 2

รายละเอียดแผนการดำเนินงาน



แผน 1

แผนควบคุมยาสูบ

1. สถานการณ์และแนวโน้ม

แผนควบคุมยาสูบประจำปี 2568 นี้ มุ่งตอบสนองเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (The Sustainable Development Goals: SDGs) ไม่น้อยกว่า 3 เป้าประสงค์ ได้แก่ เป้าประสงค์ที่ 1) ขจัดความยากจน เป้าประสงค์ที่ 3) สร้างหลักประกันการมีสุขภาวะที่ดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงอายุ และ เป้าประสงค์ที่ 5) สร้างความเท่าเทียมระหว่างเพศและส่งเสริมความเข้มแข็งให้แก่สตรีและเด็กผู้หญิง 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 เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดของห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome: CoO) นั่นคือ การลดความชุกของการเสพยาสูบของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป

เมื่อพิจารณาผลกระทบของการบริโภคยาสูบ ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า ยาสูบยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการมีสุขภาวะที่ดี โดยในปี พ.ศ. 2562 องค์การอนามัยโลกพบว่า ทั่วโลกมีผู้สูบบุหรี่ 1,100 ล้านคน โดยร้อยละ 80 อยู่ในกลุ่มประเทศที่รายได้ปานกลาง-ต่ำ และในแต่ละปี มีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่มากกว่า 8 ล้านคน ในจำนวนนี้พบว่าเป็นการเสียชีวิตโดยตรงจากการสูบบุหรี่กว่า 7 ล้านคน และอีกประมาณ 1.2 ล้านคน เสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง [6] นอกจากนั้นแล้ว ยังพบว่า ทั่วโลกมีเด็ก 65,000 คน เสียชีวิตก่อนอายุ 5 ปี โดยมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างที่เกิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง พร้อมกันนี้ ยังพบว่าคนสูบบุหรี่ แม้สูบไม่ทุกวันมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตก่อนเวลาเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 โดยคนสูบทุกวัน มีความเสี่ยงเสียชีวิตเพิ่มขึ้นตามจำนวนมวนของบุหรี่ที่สูบต่อวัน สำหรับคนที่สูบน้อยกว่า 20 มวนต่อวัน 20-40 มวนต่อวัน และมากกว่า 40 มวนต่อวันมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 54 เป็นร้อยละ 109 และร้อยละ 178 ตามลำดับ [7] สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลองค์การสหประชาชาติร่วมกับองค์การอนามัยโลก และกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2564 พบว่าในแต่ละปี มีผู้เสียชีวิตจากบุหรี่กว่า 80,000 คน หรือร้อยละ 18 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ในจำนวนนี้ เสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่มือสองกว่า 6,000 คน คิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจเฉลี่ย 352,000 ล้านบาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 2.1 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) นอกจากนั้น ข้อมูลจากรายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2562 พบว่า บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 15.6 ของจำนวนการเสียชีวิตทั้งหมด ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาสาเหตุของการเสียชีวิตแล้วพบว่า บุหรี่ทำให้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งมากที่สุด ถึง 22,561 คน คิดเป็นร้อยละ 26.1 ของการเสียชีวิตจากบุหรี่ทั้งหมด และบุหรี่ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยคิดเป็นร้อยละ 12.0 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดของประชากรไทย

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) (หน้า 504-512).
เข้าถึงได้จาก https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S074937972100009X

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

เมื่อพิจารณาสถานการณ์การบริโภคยาสูบ จากผลสำรวจระดับประเทศล่าสุดในปี 2564 พบประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่รวมทั้งสิ้น 9.9 ล้านคน คิดเป็นอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 17.4 ถือเป็นแนวโน้มที่ลดลงอย่างชะลอตัว หากวิเคราะห์ในภาพรวมของอัตราการสูบบุหรี่ตั้งแต่ พ.ศ. 2534-2564 พบว่า เพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง 26 เท่า โดยเพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงต่อปี ร้อยละ 1.40 และเพศหญิงมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงต่อปี ร้อยละ 2.50 หากพิจารณาแยกตามกลุ่มอายุ จะเห็นว่ากลุ่มวัยทำงาน (25-40 ปี) มีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงมากที่สุดหรือมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงต่อปี ร้อยละ 2.05 ทั้งนี้ประชาชนที่อยู่อาศัยในภาคใต้ มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับอีก 3 ภูมิภาคและกรุงเทพมหานคร ซึ่งประชาชนที่อาศัยอยู่พื้นที่นอกเขตเทศบาล มีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าพื้นที่ในเขตเทศบาล (ไม่นับรวมกรุงเทพมหานคร) (ร้อยละ 19.0 และ 15.6 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน สูบบุหรี่ประเภทโรงงาน (หรือบุหรี่ซอง) ในสัดส่วนใกล้เคียงกับบุหรี่มวนเอง (ร้อยละ 9.8 และร้อยละ 8.1 ตามลำดับ) มีปริมาณการสูบเฉลี่ย 10 มวนต่อวัน ในส่วนของค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่เฉลี่ย 486 บาทต่อคนต่อเดือน

สำหรับสถานการณ์การได้รับควันบุหรี่มือสอง แม้พบการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น แต่ประชาชนยังได้รับควันบุหรี่มือสองในสถานที่สาธารณะที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ตามที่กฎหมายกำหนด โดยสถานที่สาธารณะที่ประชาชนได้รับควันบุหรี่มือสองสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ตลาดสด/ตลาดนัด สถานที่บริการอาหาร/เครื่องดื่ม และบริการขนส่งสาธารณะ และขณะเดียวกัน พบว่ามีการสูบบุหรี่ในบ้าน ร้อยละ 23.7 และพบมากที่สุดในพื้นที่ภาคใต้

1.1 สถานการณ์การบริโภคบุหรี่ไฟฟ้า

การสำรวจของสำนักสถิติแห่งชาติ 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 นอกจากนั้น ในการสำรวจการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในปี 2565 พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นเป็น 709,677 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 1.21

นอกจากนี้ ผลสำรวจการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบในเยาวชนไทย (Global Youth Tobacco Survey: GYTS ปี 2565) โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย และศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) สำรวจนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นอายุ 13-15 ปี 6,752 คน 87 โรงเรียนทั่วประเทศ มีข้อค้นพบสำคัญดังนี้ (1) การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเด็กและเยาวชนเพิ่มสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดดเพิ่มขึ้นถึง 5.3 เท่า จากร้อยละ 3.3 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 17.6 ในปี 2565 (2) กลยุทธ์ทางการตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ โดยเฉพาะโฆษณาในช่องทางออนไลน์ มุ่งเน้นไปที่กลุ่มเด็กและเยาวชนมากขึ้น โดยมีการพบเห็นการโฆษณาและการส่งเสริมการขายบนช่องทางอินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.0 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 48.0 ในปี 2565 (3) นักเรียนมีทัศนคติที่ดี

ต่อบุหรี่ซองหรือบุหรี่ไฟฟ้าที่มีรสชาติ เมื่อเปรียบเทียบกับบุหรี่ธรรมดา โดยร้อยละ 31.1 เห็นด้วยว่าบุหรี่ซองหรือบุหรี่ไฟฟ้าที่มีรสชาติสูบง่ายกว่าบุหรี่รสชาติธรรมดา และร้อยละ 36.5 เห็นด้วยว่าบุหรี่ซองหรือบุหรี่ไฟฟ้าที่มีรสชาติจะทำให้เด็กและวัยรุ่นสนใจการสูบมากขึ้น ขณะที่ผลวิจัยในโครงการศึกษาการรับรู้และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชนไทย พ.ศ. 2565 [9] เก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสารเสพติดอื่น ๆ จากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศ 6,045 คน พบว่า เด็กนักเรียนที่ไม่เคยสูบบุหรี่มาก่อน หากเริ่มสูบบุหรี่จะมีแนวโน้มสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น 5 เท่า และมีแนวโน้มสูบทั้งบุหรี่ไฟฟ้าและบุหรี่เพิ่มขึ้นถึง 7 เท่า ด้วยสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กไทยติดบุหรี่ไฟฟ้า ได้แก่ คนในครอบครัวและเพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อนและคนรอบข้างมองว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องปกติ และมีความเข้าใจผิดว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่มีอันตราย ดังนั้นบุหรี่ไฟฟ้าจึงถือว่าเป็นประตูสู่การสูบบุหรี่และสิ่งเสพติดชนิดอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กและเยาวชนโดยตรง

1.2 การเฝ้าระวังบุหรี่ไฟฟ้าในแพลตฟอร์มออนไลน์

การขายบุหรี่ไฟฟ้าในแพลตฟอร์มออนไลน์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยข้อมูลจากการเฝ้าระวังตลาดบุหรี่ไฟฟ้าในแพลตฟอร์มออนไลน์ ปี 2567 (มกราคม – กุมภาพันธ์) [10] ได้ติดตามผู้ขายบุหรี่ไฟฟ้าทั้งแพลตฟอร์มของสื่อสังคมออนไลน์ เว็บไซต์ขายบุหรี่ไฟฟ้า และเว็บไซต์อีคอมเมิร์ซ 309 บัญชีรายชื่อ กระจายอยู่ในพื้นที่ 23 จังหวัดทั่วประเทศ พบว่าร้อยละ 66.7 เป็นผู้ขายรายเก่าที่ใช้แพลตฟอร์มมาก่อนปี 2567 รองลงมาคือ ผู้ขายรายใหม่ที่ลงทะเบียนใช้แพลตฟอร์มปี 2567 ร้อยละ 33.0 โดยจำแนกลักษณะการขายส่วนใหญ่เป็นผู้ขายรายย่อย ร้อยละ 54.4 ผู้ขายส่ง/รับตัวแทนขายร้อยละ 44.7 ทั้งนี้แพลตฟอร์มออนไลน์ที่พบการขายบุหรี่ไฟฟ้ามากที่สุดคือ แพลตฟอร์มเอ็กซ์ (ทวิตเตอร์) ร้อยละ 29.1 รองลงมาคือ เฟซบุ๊ค (ร้อยละ 26.9) อินสตาแกรม (ร้อยละ 17.5) เว็บไซต์ (ร้อยละ 15.2) ไลน์ (ร้อยละ 7.4) ติ๊กต๊อก (ร้อยละ 3.6) และยูทูป (ร้อยละ 0.3) ตามลำดับ ซึ่งในจำนวนนี้มีสัดส่วนการขายบุหรี่ไฟฟ้าอย่างเดียวมากถึงร้อยละ 95.0 รองลงมาเป็นผู้ขายบุหรี่ไฟฟ้าร่วมกับยาเสพติดประเภทไอซ์ ยาบ้า ยาอี และลูกอมเมา เป็นต้น โดยกลยุทธ์ทางการตลาดของบุหรี่ไฟฟ้าในแพลตฟอร์มออนไลน์ เน้นสร้างการรับรู้ของผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้า การรักษาลูกค้าด้วยการจัดส่งฟรี แจก-แถม และลดราคา ซึ่งช่วยกระตุ้นให้เกิดการซื้อขายผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้า นอกาจากนี้บุหรี่ไฟฟ้าที่นิยมโพสต์ขายมากที่สุดคือ พอต (ร้อยละ 89.3) รองลงมาคือ ชุดบุหรี่ไฟฟ้าพร้อมสูบ (ร้อยละ 6.3) และเครื่องเปล่า (ร้อยละ 4.0) ดังนั้นแนวโน้มของการออกแบบผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้ารุ่นใหม่จะเน้นให้เข้ากับไลฟ์สไตล์ความชอบของคนรุ่นใหม่ ในแบบเรียบง่ายแฝงความสวย เท่ มีขนาดที่พกพาง่าย เหมาะสำหรับทุกเพศทุกวัย

จากสถานการณ์และแนวโน้มของการดำเนินงานควบคุมยาสูบที่กล่าวถึงข้างต้น โดยภาพรวมแผนควบคุมยาสูบได้ประมวลผลการดำเนินงานที่สำคัญของปีที่ผ่านมาและวิเคราะห์ช่องว่างและโอกาส ในการดำเนินงานของแผนควบคุมยาสูบในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

9 Patanavanich R, Worawattanakul M, Glantz S. (2024). “Longitudinal bidirectional association between youth electronic cigarette use and tobacco cigarette smoking initiation in Thailand”. Tobacco Control. 2024 Apr 19;33(3):310-316

10 สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2567). “การเฝ้าระวังตลาดบุหรี่ไฟฟ้าบนอินเทอร์เน็ต พ.ศ. 2567 (มกราคม-กุมภาพันธ์)”

ปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จของการบรรลุเป้าหมายของการดำเนินงานควบคุมยาสูบ ประกอบด้วย (1) มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2565-2570) และแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (2) มีกลไกเชิงโครงสร้างของการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับชาติ (คผยช.) และระดับจังหวัด (คผยจ.) รวมถึงกลไกสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น (3) มีมาตรการห้ามนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้า ห้ามโฆษณาส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบเบ็ดเสร็จ และห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะที่ขยายพื้นที่ครอบคลุมอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการพัฒนาและปรับปรุงอนุบัญญัติภายใต้พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 อย่างต่อเนื่อง (4) มีสถาบันทางวิชาการที่รับผิดชอบในการพัฒนาและเผยแพร่งานวิชาการอย่างต่อเนื่อง (5) มีการพัฒนาหลักสูตรและการพัฒนาสมรรถนะด้านการควบคุมยาสูบให้แก่นักวิชาการควบคุมยาสูบและบุคลากรสาธารณสุขเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ/ความเข้มแข็งในการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับส่วนกลางและระดับจังหวัด ตลอดจนขยายเครือข่ายในการทำงานควบคุมยาสูบ (6) มีกลยุทธ์ในการสื่อสารเชิงรุกเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในแพลตฟอร์มออนไลน์ (7) มีการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลฉบับที่ 5 กำหนดให้ผู้สูบบุหรี่ทุกคนต้องได้รับการรักษา และศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติให้บริการให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ภายใต้สิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (8) ตัวชี้วัดการประเมินประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Local Performance Assessment: LPA) กำหนดตัวชี้วัดที่ 85 โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และ (9) กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานที่ชัดเจน อาทิ เด็กเยาวชน ผู้หญิง และผู้สูบบุหรี่ เป็นต้น

ปัจจัยที่มีส่วนในการชะลอการบรรลุเป้าหมายการดำเนินงานควบคุมยาสูบ ประกอบด้วย (1) นโยบายของผู้บริหารระดับพื้นที่ในบางแห่งยังไม่ได้ให้ความสำคัญของงานควบคุมยาสูบ รวมถึงผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบระดับพื้นที่ของหน่วยงานภาครัฐมีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบในหลายปัจจัยเสี่ยง (2) การบังคับใช้กฎหมายยังไม่เข้มงวด โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ การจำหน่ายบุหรี่มวนและแบ่งขายให้แก่เด็กเยาวชน และการจำหน่ายบุหรี่ผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์และร้านค้า (3) การติดตามผลการดำเนินงานควบคุมยาสูบ โดยเฉพาะการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคยาสูบระดับชาติไม่สม่ำเสมอ (4) การขับเคลื่อนในบางประเด็นยังมีน้อยและไม่เพียงพอ เช่น ครอบครัว/ผู้ปกครอง เศรษฐศาสตร์ควบคุมยาสูบ และการเฝ้าระวังนโยบายการค้าระหว่างประเทศ เป็นต้น (5) ขาดการขยายต้นแบบการควบคุมยาสูบในรูปแบบต่าง ๆ (6) ระบบบริการช่วยเลิกบุหรี่ในหน่วยบริการสุขภาพเป็นเชิงรับมากกว่าเชิงรุก (7) ภาคีเครือข่ายควบคุมยาสูบยังไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลบุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างครบถ้วนและรอบด้าน รวมถึงยังขาดการเชื่อมร้อยและสานพลังการดำเนินงานร่วมกับภาคีอื่น ๆ และ (8) การสื่อสารข้อมูลบุหรี่ไฟฟ้ายังไม่สามารถแสดงผลเชิงประจักษ์ต่อการปรับพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายได้

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

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

แสดงให้เห็นว่าในแต่ละปี มีจำนวนผู้สูบบุหรี่ลดลง 157,497 คนต่อปี ดังนั้น การบรรลุค่าเป้าหมายของแผนฯ ฉบับที่ 3 จำเป็นต้องเร่งกระบวนการทำงานควบคุมยาสูบจากปัจจุบันให้เพิ่มขึ้น 2 เท่า ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่มีจำนวนลดลงสูงถึง 330,251 คนต่อปี รวมทั้งป้องกันไม่ให้จำนวนผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าที่เพิ่มสูงขึ้นทั้งในกลุ่มเยาวชน และประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ด้วยเหตุนี้ แผนควบคุมยาสูบ ประจำปี 2568 จึงให้ความสำคัญทั้งการส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งและยั่งยืนของประเด็นที่เอื้อต่อความสำเร็จของการบรรลุเป้าหมายของการดำเนินงานควบคุมยาสูบ พร้อมกับการกระตุ้นและสานพลังภาคีเพื่อเร่งขจัดหรือบรรเทาประเด็นที่เป็นอุปสรรคในการชะลอการบรรลุเป้าหมายการดำเนินงานควบคุมยาสูบ

2. จุดเน้นของแผน

แผนควบคุมยาสูบ ประจำปี 2568 มีจุดเน้นที่สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ.2565 - 2570) และห่วงโซ่ผลลัพธ์ของการลดการอัตราการบริโภคยาสูบ (CoO1) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดของการลดความชุกของการเสพยาสูบของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เสริมสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่เด็กและเยาวชนจากบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าในรูปแบบหรือช่องทางหรือแพลตฟอร์มที่หลากหลาย และสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมยาสูบ (Tobacco Control Literacy) ผ่านการสื่อสารเชิงรุกทั้งในรูปแบบออฟไลน์และออนไลน์
2. หนุนเสริมการดำเนินงานด้านการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชนของหน่วยงานต่าง ๆ ให้เข้มแข็งขึ้นทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม โดยขยายการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กรมศุลกากร กระทรวงการคลัง สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายห้ามนำเข้าและห้ามขายบุหรี่ไฟฟ้าทั้งหน้าร้านค้าและแพลตฟอร์มออนไลน์ พร้อมทั้งบังคับใช้กฎหมายห้ามสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าในสถานที่ที่กฎหมายกำหนด
3. พัฒนาศักยภาพและขยายเครือข่ายร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมยาสูบ อาทิ เครือข่ายครอบครัว เครือข่ายผู้ปกครอง เยาวชนทั้งในระบบและนอกระบบการศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ตลอดจนนักสื่อสารสุขภาวะรุ่นใหม่ เป็นต้น
4. สนับสนุนระบบและกลไกการสร้างเสริมสุขภาพในการให้บริการบำบัดการเสพติดนิโคตินในหน่วยบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อลดอัตราการบริโภคยาสูบของผู้สูบเดิม

จากจุดเน้นของแผนควบคุมยาสูบในข้างต้นและกรอบนโยบาย 5 ด้านตามที่คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเห็นชอบ สามารถสรุปเป็นแนวทางในการจัดทำแผนการดำเนินงานของแผนควบคุมยาสูบระยะ 1 ปี ดังนี้

2.1 ใช้ทิศทางและเป้าหมายกองทุน ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)

สถานการณ์และบริบททางสังคมในปัจจุบัน เป็นกรอบในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับนโยบาย กฎหมาย และทิศทางการพัฒนาประเทศตามยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ นโยบายด้านสุขภาพของรัฐ และแผนระดับชาติที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนนโยบายของรัฐบาลที่เปลี่ยนแปลงไป และให้ความสำคัญกับการใช้ห่วงโซ่ผลลัพธ์ตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนและบูรณาการการทำงาน ตลอดจนการใช้กลไกการกำกับ ติดตาม และประเมินผลที่มีประสิทธิภาพควบคู่กันไป

2.2 สร้างและขยายผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างทั่วถึงและยั่งยืน

โดยการขยายผลงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้ความสำเร็จจากการทำงาน ด้วยการนำองค์ความรู้ ต้นแบบ กลไก และนวัตกรรมเป็นฐานในการขยายผลและยกระดับผลลัพธ์ทางสุขภาพเพื่อสร้างระบบนิเวศสุขภาวะที่ตอบสนองต่อสถานการณ์และสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยคำนึงถึงพลวัตและความแตกต่างเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร เพื่อสร้างความยั่งยืนต่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ

2.3 สนับสนุนการพัฒนาและใช้ประโยชน์ข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

โดยนำข้อมูลสารสนเทศมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนการทำงานให้เกิดความแม่นยำ สามารถตอบสนองต่อสภาพปัญหารายพื้นที่ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างเหมาะสม พร้อมคำนึงถึงการลดช่องว่างทางดิจิทัลและความสะดวกในการเข้าถึงองค์ความรู้และฐานข้อมูลการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งคำนึงถึงความปลอดภัยและการเท่าทันการคุกคามทางดิจิทัลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยสร้างการเรียนรู้ การสื่อสาร การพัฒนาศักยภาพ และการจัดการที่รองรับการเปลี่ยนแปลงอันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สภาพแวดล้อม และสังคมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพในยุคดิจิทัล

2.4 ให้ความสำคัญกับการลดผลกระทบจากความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอุบัติใหม่

โดยคำนึงถึงการเตรียมความพร้อมต่อประเด็นเสี่ยงหรือความท้าทายใหม่ ที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม วิถีชีวิต สภาพแวดล้อม และสังคม เพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถรับมือต่อวิกฤตการณ์ทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมในปัจจุบัน

2.5 สานพลังการทำงานกับภาคียุทธศาสตร์ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ภาคีปฏิบัติการ และภาคีเครือข่ายทุกกลุ่ม พร้อมทั้งสร้างภาคีรุ่นใหม่

เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ ระดับชาติ และระดับสากล ด้วยการผลักดันนโยบาย การพัฒนางานวิชาการ และประสานทรัพยากร เพื่อสร้างความร่วมมือและส่งเสริมบทบาท และภารกิจด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

3. เป้าหมายการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก

1. องค์ความรู้เชิงวิชาการในด้านสถานการณ์ ปัญหา การควบคุม การป้องกัน การแก้ไขปัญหา การสนับสนุนการบำบัดรักษา และผลกระทบจากยาสูบและผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ ครอบคลุมประเด็นบุหรี่ไฟฟ้า การบังคับใช้กฎหมาย และ/หรือการป้องกันนักสูบหน้าใหม่
2. หลักสูตรกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้เรียนนอกระบบการศึกษาให้มีความรอบรู้ในประเด็นบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า
3. การขยายผลการใช้ชุดสื่อกิจกรรมยาสูบหรือผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ สร้างภูมิคุ้มกันให้เด็กเล็กมีทักษะรู้เท่าทันยาสูบหรือผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่
4. เครื่องมือวัดผลการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมยาสูบในกลุ่มเยาวชน

ตัวชี้วัดร่วม

การนำใช้ข้อมูล นวัตกรรม ชุดความรู้เพื่อดำเนินการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาวะทั้ง 4 มิติ และสนับสนุนการทำงานเชิงพื้นที่ เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ผลการเปลี่ยนแปลงของสุขภาวะใน 50 องค์กร และมีแผนการดำเนินงานในการนำใช้ข้อมูล นวัตกรรม ชุดความรู้เพื่อดำเนินการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาวะทั้ง 4 มิติ ในประชากรกลุ่มเฉพาะเป้าหมาย จำนวน 1 แผนปฏิบัติการ

4. วัตถุประสงค์

4.1 เพื่อพัฒนาและหนุนเสริมระบบหรือกลไกการสร้างเสริมสุขภาพการเพื่อการป้องกันนักสูบหน้าใหม่และลดผู้สูบรายเดิม

4.2 เพื่อพัฒนาและสนับสนุนให้เกิดกลไกทางด้านนโยบาย กฎหมาย ระเบียบ มาตรการ แนวทางปฏิบัติ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบและมีการบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.3 เพื่อพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพภาคีเครือข่ายทั้งในระดับส่วนกลาง ภูมิภาค ท้องถิ่น ชุมชน และครอบครัวในการดำเนินงานควบคุมยาสูบและรู้เท่าทันธุรกิจยาสูบทั้งทางตรงและทางอ้อม

4.4 เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมยาสูบ (Tobacco Control Literacy) ที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

5. แนวทางการดำเนินงาน

5.1 กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

1. ป้องกันนักสูบหน้าใหม่ในกลุ่มเด็กและเยาวชนทั้งในระบบและนอกระบบการศึกษา รวมถึงสถาบันอาชีวศึกษา
2. ลดอัตราการบริโภคยาสูบในกลุ่มผู้สูบเดิมหรือผู้สูบสูง เช่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มแรงงาน ผู้ที่อาศัยในและนอกเขตชนบท เป็นต้น
3. สร้างสิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ครอบคลุมถึงบ้าน ชุมชน และสถานที่สาธารณะต่าง ๆ ตามที่กฎหมายกำหนด
4. หน่วยบริการสุขภาพระดับต่างๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสำหรับการจัดบริการช่วยเลิกการเสพติดนิโคติน

ทั้งนี้ มีการเชื่อมประสานการดำเนินงานในด้านการพัฒนานโยบาย งานวิชาการ และการขับเคลื่อนทางสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งส่งเสริมให้เกิดการพัฒนานวัตกรรมหรือพื้นที่ต้นแบบในการลด ละ เลิกการบริโภคยาสูบ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดี

5.2 ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบสอดคล้องตามยุทธศาสตร์ สานสามพลัง โดยเชื่อมประสานการดำเนินงานด้านการพัฒนานโยบาย งานวิชาการ และการขับเคลื่อนทางสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งส่งเสริมให้เกิดการพัฒนานวัตกรรมหรือพื้นที่ต้นแบบด้านลด ละ เลิกการบริโภคยาสูบ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดี โดยกำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงาน 4 ด้านสำคัญ ได้แก่ (1) การพัฒนานโยบายและการบังคับใช้กฎหมาย (2) การพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร (3) การสร้างเครือข่ายการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ และการขยายสถานที่ปลอดบุหรี่ และ (4) การสนับสนุนบริการบำบัดรักษาการติดนิโคติน ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2565 – 2570) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดของห่วงโซ่ผลลัพธ์ของการลดการบริโภคยาสูบของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป

5.3 กลุ่มแผนงาน

แผนควบคุมยาสูบ ประกอบด้วย 4 กลุ่มแผนงาน โดยมีภารกิจดังนี้

1. **กลุ่มแผนงานด้านพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย โดยพัฒนาองค์กรหลักของรัฐด้านการควบคุมยาสูบ** รวมถึงสนับสนุน เสริมสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนให้แก่หน่วยจัดการหลักในภาครัฐ เพื่อขับเคลื่อนทางนโยบายด้านการควบคุมยาสูบตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 และตามกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก มุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการกำหนดนโยบาย เฝ้าระวัง กำกับติดตาม และบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ
2. **กลุ่มแผนงานด้านพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร** โดยสนับสนุนงานวิจัยหรืองานวิชาการที่สำคัญด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบทั้งในเชิงนโยบาย การศึกษาผลลัพธ์หรือผลกระทบจากการบริโภคยาสูบในมิติด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม รวมถึงประเมินผลการดำเนินงานการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทยตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (WHO-FCTC) นอกจากนี้ยังมีการสังเคราะห์งานวิจัยหรืองานวิชาการจากการถอดบทเรียนและการจัดการองค์ความรู้ควบคุมยาสูบเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อน

ทางนโยบายด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ และพัฒนาศักยภาพเครือข่ายภาควิชาการและภาคประชาสังคม ให้มีความรอบรู้และเท่าทันกลยุทธ์อุตสาหกรรมยาสูบ พร้อมทั้งสื่อสารข้อมูลเชิงรุกต่อผู้กำหนดนโยบายและผู้ขับเคลื่อนในระดับนานาชาติ ประเทศ และพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

3. **กลุ่มแผนงานด้านพัฒนาเครือข่าย รณรงค์ประชาสัมพันธ์ และการขยายสถานที่ปลอดบุหรี่** โดยสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมยาสูบ (Tobacco Control Literacy) ผ่านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและองค์กรต่าง ๆ ขยายการดำเนินงานกับกลุ่มเยาวชนเพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่ เน้นนวัตกรรมการสื่อสารที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ที่มีอัตราการบริโภคยาสูบสูง รวมถึงสนับสนุนการขับเคลื่อนให้เกิดการรณรงค์พัฒนา หรือแก้ไขปรับปรุงนโยบายหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
4. **กลุ่มแผนงานด้านสนับสนุนบริการบำบัดรักษาการติดนิโคติน** โดยสนับสนุนกลไกหรือระบบการให้บริการเลิกบุหรี่ในหน่วยบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ และสนับสนุนศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ ให้มีความเข้มแข็ง รวมถึงพัฒนาระบบส่งต่ออย่างเป็นระบบ ตลอดจนขยายแนวร่วมและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครในการให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่และพัฒนานวัตกรรมเลิกบุหรี่รูปแบบใหม่

5.4 ภาคีหลัก

แผนควบคุมยาสูบ เชื่อมประสานการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งหน่วยงานภาครัฐ สถาบันทางวิชาการ องค์กรวิชาชีพ หน่วยงานภาคเอกชนและภาคประชาสังคม ร่วมดำเนินงานควบคุมยาสูบ ดังนี้

1. **หน่วยงานภาครัฐ**: คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ (คผยช.) คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด (คผยจ.) กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงการคลัง กระทรวงมหาดไทย กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงยุติธรรม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
2. **สถาบันวิชาการ**: มหาวิทยาลัยมหิดล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. **องค์กรวิชาชีพ**: แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี สภาเภสัชกรรม มูลนิธิเภสัชกรรมชุมชน ทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สภาเทคนิคการแพทย์ สภากายภาพบำบัด สมาคมแพทย์แผนไทย
4. **องค์กรภาคประชาสังคม**: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย สภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย เครือข่ายพระสงฆ์ มูลนิธิสร้างสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย มูลนิธิสร้างสุขมุสลิมไทย มูลนิธิสื่อเพื่อสุขภาวะ มูลนิธิคนเห็นคน บริษัทสร้างสรรค์ทางปัญญา บริษัทห้องปฏิบัติการทางสังคม (ประเทศไทย) ศูนย์สร้างสรรค์สื่อเพื่อเด็กเยาวชนและครอบครัว ศูนย์พัฒนาศักยภาพกำลังคนด้านการควบคุมยาสูบ สถาบันส่งเสริมบทบาทพ่อแม่เพื่อสังคม และสื่อมวลชนภาคธุรกิจเอกชนต่าง ๆ

6. งบประมาณ

รวม
320.00
ล้านบาท

กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย	กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร	กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่าย การรณรงค์ประชาสัมพันธ์และการขยายสถานที่ปลอดบุหรี่	การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ
10.50 ล้านบาท	**26.50** ล้านบาท	**281.50** ล้านบาท	**1.50** ล้านบาท

แผน 2

แผนควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสิ่งเสพติด

1. สถานการณ์และแนวโน้ม

แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ประจำปี 2568 มุ่งตอบสนองเป้าประสงค์ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs: The Sustainable Development Goals) เพื่อมีสุขภาวะในการดำรงชีวิตและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกช่วงอายุ และสอดรับกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ในประเด็นปรับเปลี่ยนค่านิยมและวัฒนธรรม และประเด็นเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี รวมถึงสอดรับกับยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคมในประเด็นการเสริมสร้างพลังทางสังคม และยุทธศาสตร์ที่ 6 ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐในประเด็นกฎหมายมีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทต่าง ๆ และมีเท่าที่จำเป็น

แผนฯ มุ่งดำเนินการให้เกิดผลลัพธ์สำคัญ ประกอบด้วย ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสอดคล้องตามแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 พ.ศ. 2565 –2570 ซึ่งดำเนินการตามกรอบนโยบายองค์การอนามัยโลก (SAFER) เพื่อสร้างสังคมที่ปลอดภัยจากปัญหาผลกระทบการบริโภคแอลกอฮอล์ มีเป้าหมายการดำเนินการ 4 ประการ คือ (1) ควบคุมและลดปริมาณการบริโภคของประชาชน (2) ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ และควบคุมจำนวนผู้บริโภค (3) ลดความเสี่ยงจากการบริโภค ทั้งในมิติของปริมาณการบริโภค รูปแบบการบริโภค และพฤติกรรมหลังการบริโภค และ (4) จำกัดและลดความรุนแรงของปัญหาจากการบริโภค ที่สำคัญสอดคล้องกับการบรรลุเป้าหมายสูงสุดของห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome: CoO) ของแผนฯ ในการลดอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

1.1 สถานการณ์ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

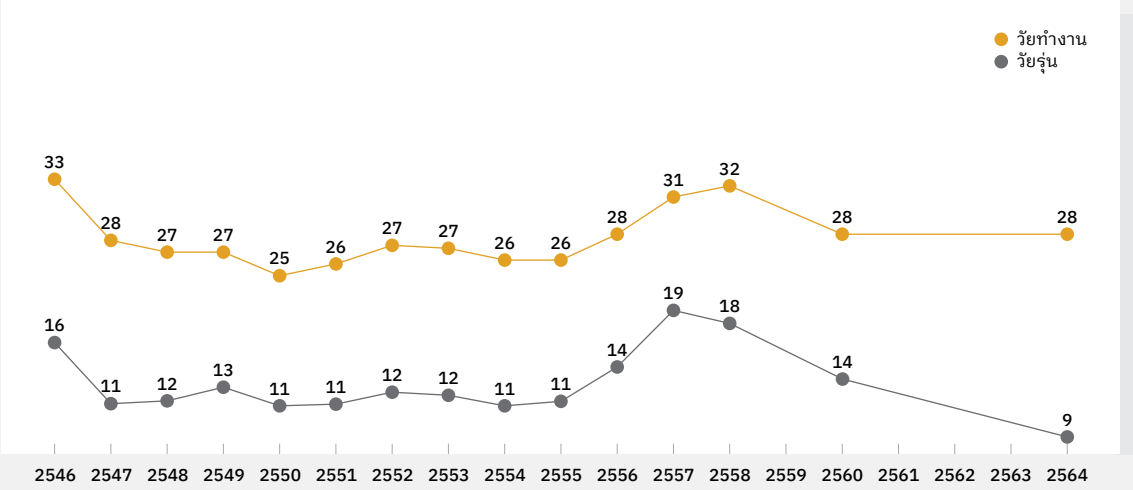
1. ความชุกของนักดื่มปัจจุบัน

ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ [12] **การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 พบว่าภาพรวมความชุกของนักดื่มปัจจุบันมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยในช่วง 10 ปีผ่านมา**

ในปี 2564 ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป 15.96 ล้านคน หรือร้อยละ 28 เป็นนักดื่มปัจจุบัน (หมายถึง ผู้ที่ดื่มสุราอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ใน 12 เดือนที่ผ่านมา [13] โดยการดื่มหนึ่งครั้งนี้ไม่รวมการจิบหรือชิมเพียงเล็กน้อย แต่หมายถึงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณอย่างน้อยหนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐาน (standard drink) ต่อครั้ง) โดยอัตราความชุกของนักดื่มปัจจุบันนี้ **ลดลงเล็กน้อยจากปี 2560 (ร้อยละ 28.41)**

[12] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564) การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ.2564 นนทบุรี: สำนักงานสถิติแห่งชาติ
[13] World Health Organization (WHO). (2022). Definition of current drinkers. เข้าถึงได้จาก: https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3680#:~:text=Definition%3A,in%20the%20last%2012%20months

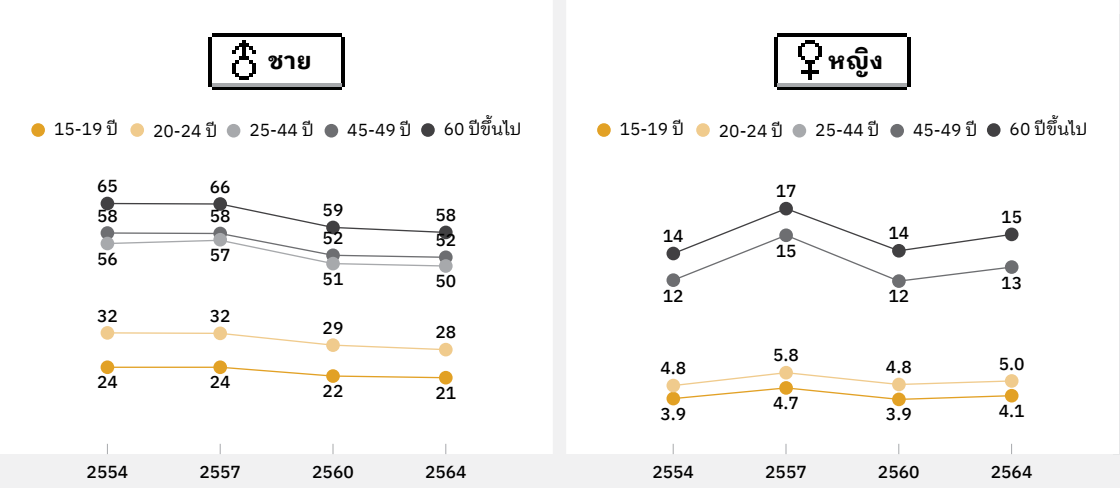
ภาพที่ 1 ความชุกของการดื่มสุราระหว่าง พ.ศ. 2546 – 2564



เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า **ประชากรชาย 12.77 ล้านคน (ร้อยละ 46.44) เป็นนักดื่มปัจจุบัน สำหรับประชากรหญิง มีเพียง 3.20 ล้านคน (ร้อยละ 10.83)** เท่านั้นที่เป็นนักดื่มปัจจุบัน ซึ่งอัตราความชุกในประชากรหญิงน้อยกว่าความชุกในประชากรชายถึงประมาณสี่เท่า และเมื่อจำแนกตามกลุ่มวัย **ความชุกของการดื่มสุราในปัจจุบันสูงที่สุดในประชากรกลุ่มวัยทำงานตอนต้น (อายุ 25-44 ปี) โดยประชากรกลุ่มนี้ร้อยละ 36.53 เป็นนักดื่มปัจจุบัน** และความชุกของนักดื่มปัจจุบันนี้ต่ำสุดในประชากรอายุ 15-19 ปี (ร้อยละ 8.97) และ 60 ปีขึ้นไป (15.06) ตามลำดับ

เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มนักดื่มเพศชายที่มีอายุยังไม่ถึงเกณฑ์ (15-19 ปี) มีความชุกลดลงจากร้อยละ 23.9 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 21.5 ในปี 2564 คิดเป็นจำนวนนักดื่มที่ลดลงเฉลี่ยประมาณ 24,535 คนต่อปี กลุ่มอายุ 25-44 ปี มีอัตราความชุกของนักดื่มปัจจุบันลดลงมากที่สุดระหว่างปี 2554 - 2564 โดยลดลงจากร้อยละ 64.7 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 58.1 ในปี 2564 หรือคิดเป็นจำนวนนักดื่มปัจจุบันลดลงรวมประมาณสองแสนคนในรอบสิบปี สำหรับนักดื่มปัจจุบันผู้หญิง พบว่า แนวโน้มการดื่มเพิ่มสูงขึ้นในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา โดยกลุ่มอายุ 45-59 ปี มีอัตราความชุกเพิ่มขึ้นสูงสุด คิดเป็นการเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 0.7 หรือเป็นจำนวนนักดื่มปัจจุบันเพิ่มขึ้นประมาณเกือบสามหมื่นคนในรอบสิบปี และนักดื่มปัจจุบันเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดในกลุ่มเพศหญิงที่อายุไม่ถึงเกณฑ์ จากร้อยละ 3.9 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 4.1 ในปี 2564

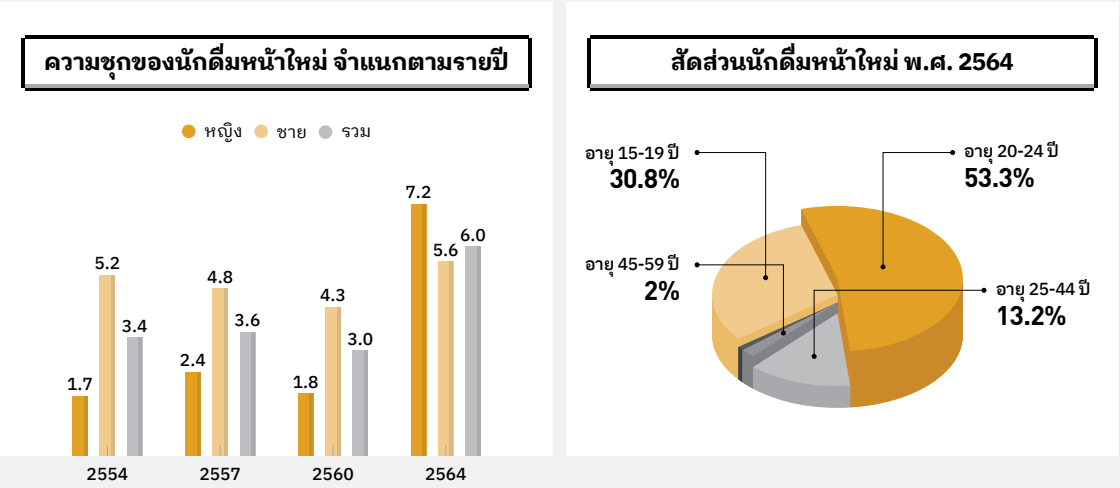
ภาพที่ 2 แนวโน้มอัตราความชุกนักดื่มปัจจุบันจากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ และปีที่สำรวจ (พ.ศ. 2554 -2564)



2. ความชุกและสัดส่วนของนักดื่มหน้าใหม่

นักดื่มหน้าใหม่ หรือประชากรที่เพิ่งเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นครั้งแรกในชีวิตภายใน 3 ปีก่อนการสำรวจในปี 2564 มีจำนวนทั้งสิ้น 1,381,449 คน คิดเป็นร้อยละ 5.93 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป แบ่งเป็นนักดื่มหน้าใหม่ที่มีอายุปัจจุบันในช่วง 15-19 ปี ซึ่งเป็นอายุก่อนเกณฑ์ที่จะซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ตามกฎหมายจำนวน 425,400 คน คิดเป็นร้อยละ 30.79 ของนักดื่มหน้าใหม่ทั้งหมด กลุ่มอายุ 20-24 ปี จำนวน 736,624 คน หรือร้อยละ 53.32 ของนักดื่มหน้าใหม่ทั้งหมด และนักดื่มหน้าใหม่ที่เหลืออีกประมาณร้อยละ 15.88 อยู่ในกลุ่มอายุ 25 ปีขึ้นไป

ภาพที่ 3 อัตราความชุกของนักดื่มหน้าใหม่รวม และจำแนกรายเพศในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป (พ.ศ. 2554 2557 2560 และ 2564)

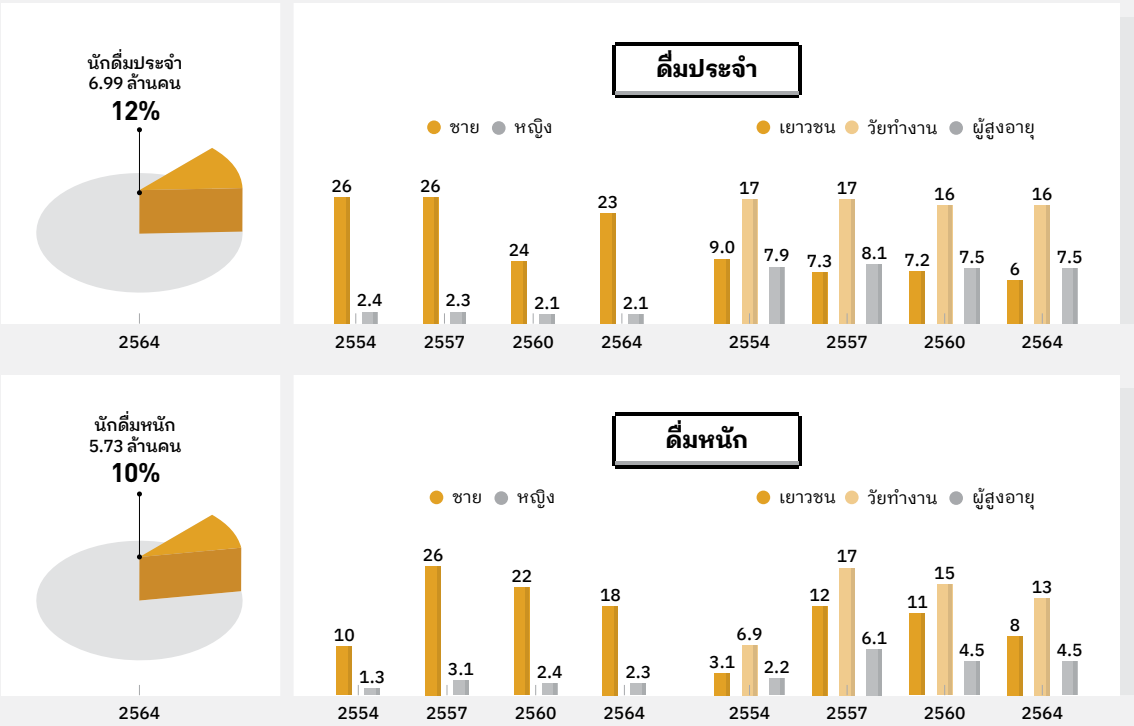


หากเทียบเป็นความชุกในประชากรทั่วไปในแต่ละช่วงอายุ พบว่า กลุ่มประชากรอายุ 20-24 ปี มีความชุกของนักดื่มหน้าใหม่สูงที่สุด (ร้อยละ 15.22) และน้อยที่สุดในกลุ่มประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 0.07) นอกจากนั้นการสำรวจในปี พ.ศ. 2564 พบอัตราความชุกของนักดื่มหน้าใหม่ในประชากรหญิงเพิ่มสูงขึ้นมาก ถึงร้อยละ 7.2 โดยสูงกว่าความชุกในประชากรชาย (ร้อยละ 5.6) อีกด้วย อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มครั้งแรกของนักดื่มปัจจุบันและผู้เคยดื่มแต่เลิกแล้ว อยู่ที่ 20.43 ปี อายุต่ำสุดที่เริ่มดื่ม คือ 8 ปี และสูงสุดที่ 73 ปี

3. ความชุกของนักดื่มประจำและนักดื่มหนัก

ความชุกของ “นักดื่มประจำ” หมายถึง ดื่มอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อสัปดาห์ และ “นักดื่มหนัก” หมายถึง ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณ 5 หน่วยดื่มมาตรฐานขึ้นไปในช่วงการดื่มแต่ละครั้ง มีแนวโน้มลดลงมาเรื่อย ๆ โดยเห็นได้ชัดเจนในประชากรเพศชายมากกว่าในประชากรเพศหญิง

ภาพที่ 4 อัตราความชุกของนักดื่มประจำและนักดื่มหนักจำแนกตามเพศและอายุ (พ.ศ. 2554 2557 2560 และ 2564)



ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 6.99 ล้านคนเป็น**นักดื่มประจำ** (หมายถึง ดื่มอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อสัปดาห์) ซึ่งคิดเป็นความชุกของการดื่มประจำเท่ากับร้อยละ 12.26 (ร้อยละ 23.15 ในประชากรชาย และร้อยละ 2.12 ในประชากรหญิง) เมื่อคิดเป็นจำนวนประชากรจะพบว่า ในปี 2564 มีนักดื่มประจำเพศชายอยู่ 6.36 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นกว่า 10 เท่า ของจำนวนนักดื่มประจำเพศหญิงที่มีอยู่ 0.63 ล้านคน ซึ่งแสดงว่านักดื่มปัจจุบันชาวไทยมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.21 ของนักดื่มปัจจุบันทั้งหมด) จะดื่มเป็นครั้งคราว หรือดื่มน้อยกว่าหนึ่งครั้งต่อสัปดาห์

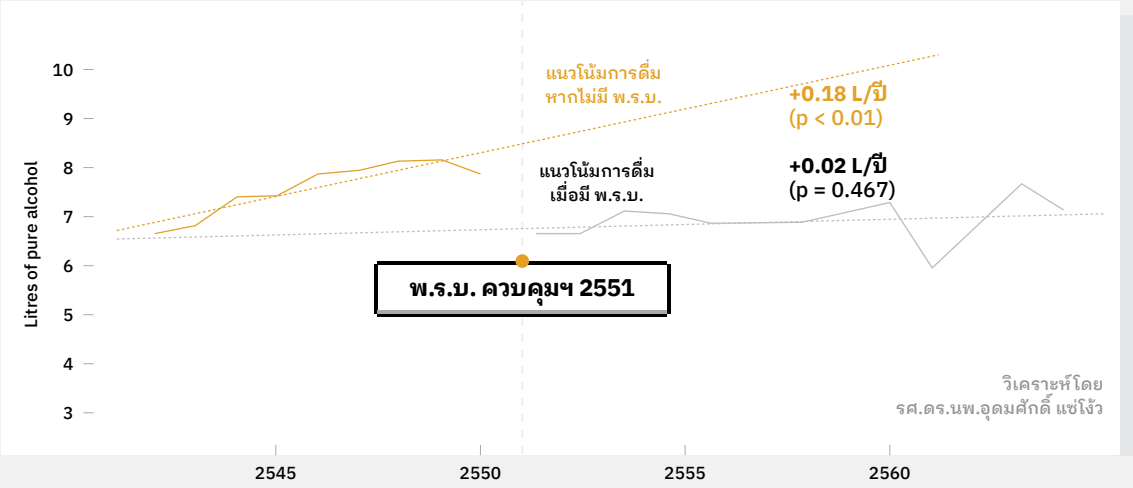
ในส่วนของ**นักดื่มหนัก** (หมายถึง ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณ 5 หน่วยดื่มมาตรฐานขึ้นไปในช่วงการดื่มแต่ละครั้ง) ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปประมาณ 5.73 ล้านคนเคยดื่มหนักใน 12 เดือนที่ผ่านมา หรือคิดเป็นความชุกร้อยละ 10.05 โดยแบ่งเป็นนักดื่มหนักเพศชาย 5.05 ล้านคน (ความชุกร้อยละ 18.38 ในประชากรเพศชายอายุ 15 ปีขึ้นไป) และเพศหญิง 0.68 ล้านคน (ความชุกร้อยละ 2.29) นักดื่มหนักส่วนใหญ่ (4.36 ล้านคน) ดื่มหนักเป็นครั้งคราวเท่านั้น (ความถี่ของการดื่มน้อยกว่าหนึ่งครั้งต่อสัปดาห์) มีนักดื่มปัจจุบันเพศชายเพียงร้อยละ 2.81 และเพศหญิงร้อยละ 0.92 ที่ดื่มหนักทุกวันหรือเกือบทุกวัน (5-7 วันต่อสัปดาห์)

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มวัย ประชากรวัยทำงานตอนต้น (อายุ 25-44 ปี) มีความชุกของการดื่มหนักสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 13.77 ประชากรที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์ดื่ม (อายุ 15-19 ปี) มีความชุกของการดื่มอย่างหนักต่ำที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.88

4. ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทย

ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (คิดเป็นลิตรของเอธานอลบริสุทธิ์) ต่อหัวประชากรต่อปี ในช่วงปี 2549–2561 มีแนวโน้มลดลง โดยที่ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ลดลงต่ำสุดเท่ากับ 5.95 ลิตร/คน/ปี ในปี 2561 แล้วปริมาณการบริโภคกลับเพิ่มขึ้นในปี 2562–2563 โดยเพิ่มเป็น 7.67 ลิตร/คน/ปี ในปี 2563 และเมื่อคิดเป็นปริมาณการบริโภคโดยน้ำหนัก จะได้เท่ากับปริมาณเอธานอลบริสุทธ์ 16.67 กรัมต่อคนต่อวัน หรือประมาณ 1.7 หน่วยดื่มมาตรฐาน (หนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐานเท่ากับ 10 กรัมเอธานอลบริสุทธิ์)

ภาพที่ 5 แนวโน้มปริมาณการบริโภคเอธานอลบริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี (ลิตร) เปรียบเทียบก่อนและหลังพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551



ปริมาณบริโภคต่อหัวประชากรต่อปี คิดจากข้อมูลปริมาณการผลิตเพื่อจำหน่ายภายในประเทศ และปริมาณที่นำเข้าจากต่างประเทศ
ที่มา : กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง

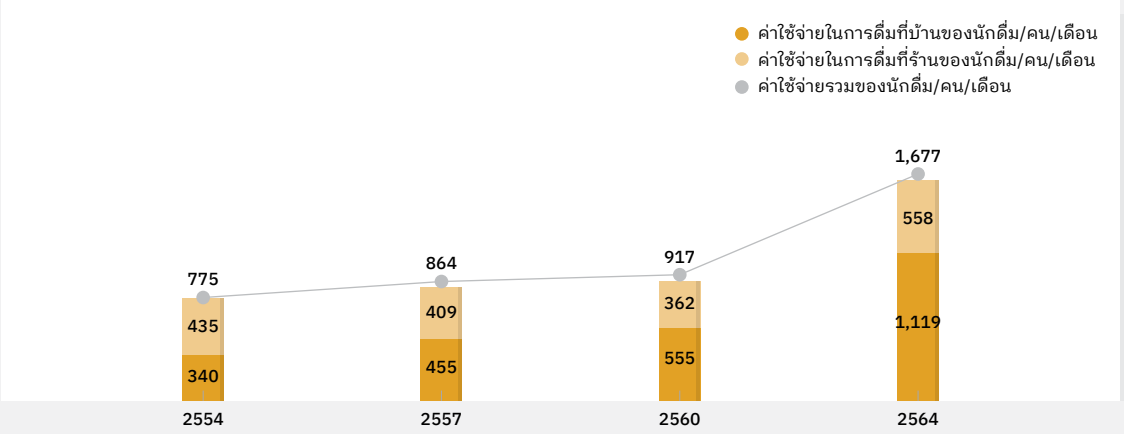
เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังมีพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 พบว่า อัตราการเพิ่มของปริมาณการบริโภคก่อนปี 2551 เฉลี่ยปีละ 0.18 ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวต่อปี โดยแนวโน้มมีลักษณะเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ในขณะที่หลังปี 2551 อัตราการเพิ่มเฉลี่ยปีละ 0.02 ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวต่อปี ซึ่งเป็นแนวโน้มของการเพิ่มขึ้นของการบริโภคที่แตกต่างกันอย่างชัดเจนในช่วงก่อนและหลังที่พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ถูกบังคับใช้ ซึ่งเป็นข้อสนับสนุนว่า พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 มีประสิทธิผลในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

5. ค่าใช้จ่ายในการดื่มสุราของนักดื่มไทย

แนวโน้มค่าใช้จ่ายในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักดื่มปัจจุบันเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา โดยค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า และแนวโน้มของการซื้อมาดื่มที่บ้านสูงมากขึ้นในรอบการสำรวจปี 2560 และ 2564

ในปี 2564 นักดื่มไทยมีค่าใช้จ่ายในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยต่อคน เท่ากับ 1,677.23 บาทต่อเดือน แบ่งเป็นค่าใช้จ่ายจากการดื่มที่บ้าน 1,119.25 บาท และจากการดื่มที่ร้าน 557.98 บาท ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของนักดื่มเพศชายจะสูงกว่าของนักดื่มเพศหญิงประมาณ 2 เท่า คือ 1,876.42 บาท เทียบกับ 802.36 บาทต่อเดือน

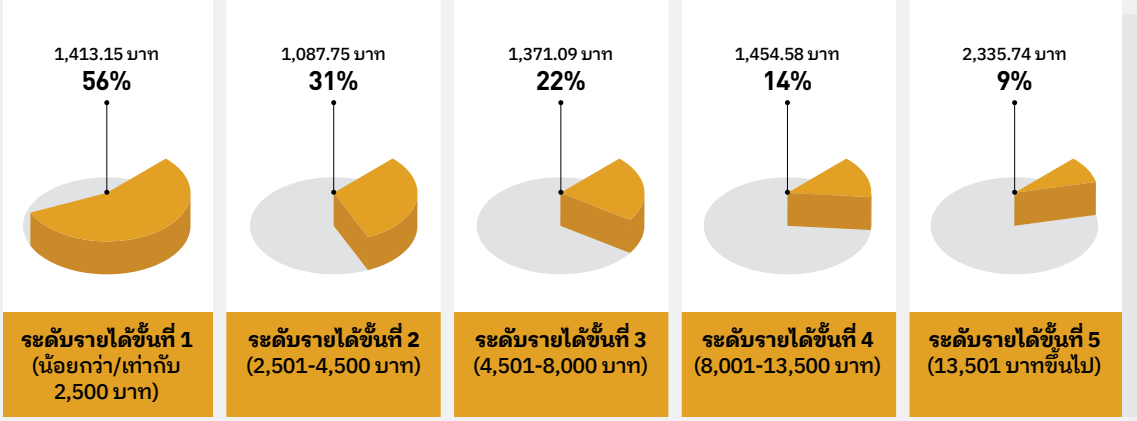
ภาพที่ 6 ค่าใช้จ่ายในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นักดื่มระหว่าง พ.ศ. 2554 -2564 เฉลี่ยต่อคนต่อเดือน (บาท)



เมื่อพิจารณาระดับรายได้และค่าใช้จ่ายในการดื่มสุรา พบว่า ค่าใช้จ่ายในการดื่มสุราเพิ่มขึ้นตามระดับรายได้ กลุ่มนักดื่มที่มีระดับรายได้มากกว่า 13,500 บาทต่อเดือน มีค่าใช้จ่ายการดื่มสุราอยู่ที่ 2,335 บาทต่อเดือน ในขณะที่ผู้มีรายได้ที่ประมาณ 2,501 ถึง 4,500 บาท มีค่าใช้จ่ายการดื่มสุราต่ำที่สุดอยู่ที่ 1,088 บาท อย่างไรก็ตาม ผู้มีรายได้ที่ระดับต่ำสุด (น้อยกว่า 2,500 บาทต่อเดือน) กลับเสียค่าใช้จ่ายในการดื่มสุราสูงเกือบเท่ากับผู้มีระดับรายได้ขั้นที่ 4 คือ 1,413 บาทต่อเดือน

เมื่อเทียบค่าใช้จ่ายในการดื่มสุรากับรายได้ พบว่า กลุ่มระดับรายได้ขั้นที่ 1 และ 2 มีค่าใช้จ่ายจากการดื่มสุรา คิดเป็นประมาณร้อยละ 50 ของค่ารายได้ (เทียบกับรายได้ประมาณ 2,500 บาทต่อเดือน) เช่นเดียวกันกลุ่มรายได้ประมาณ 2,501 ถึง 4,500 บาท มีค่าใช้จ่ายในการดื่มสุราประมาณ 1 ใน 3 ของรายได้ (เทียบกับรายได้ 3,480 บาทต่อเดือน) ในขณะกลุ่มระดับรายได้ขั้นที่ 5 มีค่าใช้จ่ายจากสุราที่ร้อยละ 7.57 (เทียบกับรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 30,877) ดังนั้น เมื่อเทียบกับรายได้ แสดงให้เห็นว่า **ผู้ที่มีรายได้น้อยเสียค่าใช้จ่ายในการดื่มเป็นสัดส่วนที่มากกว่าผู้ที่อยู่ในกลุ่มรายได้สูงเป็นอย่างมาก** ดังนั้น การลดค่าใช้จ่ายในส่วนนี้จะทำให้กลุ่มผู้มีรายได้น้อยสามารถออมเงินได้เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า หรือนำไปใช้เป็นค่าใช้จ่ายอื่นภายในบ้านได้ในแต่ละเดือน

ภาพที่ 7 สัดส่วนของค่าใช้จ่ายในการดื่มสุราต่อรายได้ต่อเดือนของนักดื่มไทย พ.ศ. 2564



6. จำนวนและอัตราของผู้เสียชีวิตและภาระโรคของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2562 [14] พบว่า การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตของ**ประชากรไทยเพศชาย ถึง 36,920 คน และเพศหญิง 6,760 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 11.83 และร้อยละ 2.81** ของการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรชายและหญิงตามลำดับในปี พ.ศ. 2562 สาเหตุการเสียชีวิตที่พบมากที่สุดได้แก่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ การทำร้ายตนเองและความรุนแรงระหว่างบุคคล และการบาดเจ็บโดยไม่เจตนา

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (ภาระโรค) ของประชากรชายถึง 1,559,000 ปี ในปี 2562 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 13.99 ของการสูญเสียปีสุขภาวะจากทุกสาเหตุในประชากรเพศชายทั้งหมด ส่วนในผู้หญิง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งสิ้น 249,750 ปี คิดเป็นร้อยละ 3.37 ของการสูญเสียปีสุขภาวะจากทุกสาเหตุในประชากรเพศหญิงทั้งหมด [15]

14 มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2566). รายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

15 มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2562)

เมื่อเทียบกับปี 2557 การเสียชีวิตและภาระโรคที่มีสาเหตุจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีค่าเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (ในปี 2557 การสูญเสียปีสุขภาวะในประชากรเพศชาย เท่ากับ 1,039,760 ปี (ร้อยละ 12.02) และในเพศหญิงเท่ากับ 81,580 ปี (ร้อยละ 1.30))

7. ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย ในปี 2564 **เท่ากับ 165,450.5 ล้านบาท หรือเท่ากับร้อยละ 1.02 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP)** ซึ่งในจำนวนนี้แบ่งเป็น การสูญเสียทางอ้อมจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และการขาดงานหรือสูญเสียผลิตภาพจากการทำงานเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.3 ของการสูญเสียทั้งหมด) และการสูญเสียทางตรงจากค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในกระบวนการยุติธรรม และมูลค่าความเสียหายต่อทรัพย์สินจากอุบัติเหตุจราจรทางบก 6,091.7 ล้านบาท

8. ผลกระทบจากการดื่มสุราต่อผู้อื่น

การดื่มสุราก่อให้เกิดปัญหาไม่เฉพาะเพียงผู้ดื่ม แต่ยังก่อผลกระทบหลายรูปแบบต่อบุคคลรอบข้าง/ผู้อื่นอย่างมาก การศึกษาผลกระทบของการดื่มสุราต่อผู้อื่น ในปี พ.ศ. 2565 โดยสำรวจข้อมูลในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล 9 แห่ง กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการจำนวน 442 คน สถานีตำรวจ 9 แห่ง จำนวน 103 คน หน่วยสวัสดิการสังคม 9 แห่ง จำนวน 35 คน พบว่า มีผู้ได้รับอุบัติเหตุจราจรจากการดื่มสุราของผู้อื่นร้อยละ 14.7 (คิดจากผู้ทราบสถานะการดื่มสุราของคู่กรณี) มีผู้ได้รับความรุนแรงจากการทำร้ายร่างกาย จิตใจ (รวมลักขโมย ข่มขู่) ร้อยละ 29 ผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรที่ได้รับผลกระทบจากการดื่มสุราของผู้อื่นส่วนใหญ่เป็นผู้ขับขี่ไม่รู้จักกับคู่กรณี และไม่ทราบสถานะการดื่มสุราของคู่กรณี แต่ร้อยละ 19.2 มีข้อสงสัยว่า คู่กรณีอาจใช้สารเสพติดหรือสารออกฤทธิ์มึนเมาอื่น ๆ

กลุ่มตัวอย่างผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรร้อยละ 10.5 เป็นผู้ดื่มสุราด้วย โดยดื่มภายใน 6 ชั่วโมงก่อนเกิดเหตุและผู้ดื่มเหล่านี้ร้อยละ 52.6 ดื่มมากกว่า 50 กรัม (ดื่มปริมาณสูง) ผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรเกือบร้อยละ 80 ได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐขณะเกิดเหตุ โดยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยบริการกู้ภัยมากที่สุด รองลงมาได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเหตุการณ์ และได้รับความช่วยเหลือจากสถานพยาบาล สถานีตำรวจ และเพื่อนในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันประมาณร้อยละ 20

ผู้ได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย จิตใจ จากการดื่มสุราของผู้อื่นรายงานว่า ผู้กระทำส่วนใหญ่มีอายุ 20-60 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 80-95 เป็นคนในครอบครัวหรือคนรู้จัก สถานที่เกิดเหตุส่วนใหญ่เป็นบ้านตนเอง บ้านคนรู้จัก หรือสถานที่สาธารณะ อย่างไรก็ตาม ผู้ได้รับผลกระทบเกิดเหตุการณ์ทำร้ายร่างกายในสถานที่ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณสี่เท่าของเหตุการณ์ความรุนแรงที่ไม่เกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่น และความรุนแรงส่วนใหญ่เกิดเวลากลางคืน โดยมีเพียงร้อยละ 20 ขอความช่วยเหลือในเบื้องต้น ส่วนใหญ่ขอความช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคนในครอบครัว

โดยสรุปแล้ว ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อบุคคลอื่นเป็นปัญหาสำคัญในประเทศไทย มีลักษณะความรุนแรงขนาดปานกลางถึงมากที่สุด และการดูแลช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐอาจไม่เพียงพอ

9. สรุปแนวโน้มพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (ภาระโรค) [16] ของประชากรไทย พ.ศ. 2562 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ จากการศึกษาวิจัยอายุเฉลี่ยของประชาชน พบว่าผู้ชาย มีอายุเฉลี่ย 70.5 ปี ผู้หญิงมีอายุเฉลี่ย 78 ปี ซึ่งต่างกันอยู่ 8 ปี หากสามารถควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนได้ ก็จะทำให้ผู้ชายไทยมีอายุเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.5 ปี ทำให้เห็นว่าเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้ประชาชนโดยเฉพาะผู้ชายเสียชีวิตและมีอายุเฉลี่ยลดลง **โดยมีการคาดการณ์สถานการณ์การเสียชีวิตและการสูญเสียปีสุขภาวะของคนไทยในปี 2573 บนพื้นฐานของแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในอดีตที่ผ่านมา คาดว่าโรคหลอดเลือดสมอง หัวใจขาดเลือด เบาหวาน และมะเร็งตับยังคงครองอันดับแรกของการเสียชีวิต** และยังไม่ใช่ปัญหาเฉพาะผู้ดื่ม แต่ยังเกิดผลกระทบไปยังผู้ไม่ดื่มด้วย การเกิดอุบัติเหตุ ความรุนแรง ทะเลาวิวาท และอาชญากรรม ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ จึงเป็นเหตุสำคัญที่การทำงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัจจัยเสี่ยงจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทย

ในขณะที่สถานการณ์ด้านการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในภาพรวม ความชุกของนักดื่มปัจจุบันมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยในช่วง 10 ปีผ่านมา โดยมีแนวโน้มลดลงได้อย่างชัดเจนในกลุ่มของ “นักดื่มประจำ” และ “นักดื่มหนัก” ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสก่อให้เกิดปัญหามาก **ทั้งนี้ สาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้แนวโน้มของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง** ตั้งแต่เริ่มมีพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในปี พ.ศ. 2551 ที่ทำให้ประเทศไทยมีการควบคุมจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อปรับสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเพิ่มขึ้นให้กับประชากรส่วนใหญ่ซึ่งเป็นผู้ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเริ่มเห็นได้อย่างชัดเจนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ซึ่งเป็นช่วงที่ประชาชนไทยไว้อาลัยต่อการสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 จึงงดงานเลี้ยงรื่นเริงต่าง ๆ ที่มีการบริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งประชาชนบางส่วนยังหยุดดื่มสุราเพื่อถวายเป็นพระราชกุศลอีกด้วย

จากผลการสำรวจปี 2564 พบว่า มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทยตั้งแต่ต้นปี 2563 ทำให้นักดื่มบางส่วนหยุดหรือลดการดื่มลงเพื่อรักษาสุขภาพ รวมทั้งนโยบายภาครัฐที่แข็งแรงจากทั้งมาตรการจำกัดการขายหรือบริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามวันเวลาและสถานที่ต่าง ๆ และมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม ทำให้การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการรวมกลุ่มของประชาชนเพื่อดื่มสุราในกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงในช่วงที่มีการประกาศใช้มาตรการอย่างเข้มข้นในระยะสองปีที่ผ่านมานี้

นอกจากนี้ ข้อมูลการสำรวจนักดื่มประจำหลังเข้าพรรษา ในปี 2566 พบว่า นักดื่มร้อยละ 40.9 ร่วมงดและลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเข้าพรรษา [17] แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของมาตรการเด่นของภาครัฐ คือ การลดการเข้าถึงเชิงกายภาพซึ่งมีการออกมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้น โดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 อาทิ การห้ามขายในวันพระใหญ่ (พ.ศ. 2552) การห้ามขายและห้ามดื่มในโรงงาน หน่วยงานราชการ และรัฐวิสาหกิจ (พ.ศ. 2555) การห้ามดื่มบนถนน และบนยานพาหนะ (พ.ศ. 2555) การจำกัดเวลาขาย ห้ามดื่มตามสถานีขนส่งประเภทต่าง ๆ (พ.ศ. 2558) ตลอดจนการดำเนินมาตรการ

16 มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2562)
17 โครงการประเมินผลการรณรงค์ “งดเหล้าเข้าพรรษา ปี 2566” กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปใน 12 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ ภายใต้การสนับสนุนของศูนย์วิจัยปัญหาสุรา

รณรงค์ระดับประเทศอย่างต่อเนื่องโดยภาคประชาสังคมและ สสส. อาทิ **งดเหล้าเข้าพรรษา งานบุญงานเทศกาลปลอดเหล้า การรณรงค์ "ให้เหล้าเท่ากับแช่ง"**

ในขณะที่แนวโน้มของนักดื่มหน้าใหม่มีแนวโน้มเริ่มเพิ่มขึ้น จากปัจจัยความเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ที่เปลี่ยนผ่านไปในแต่ละช่วงเวลา ปัจจุบันคนรุ่นใหม่มีทรรศนะต่อเรื่องเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสินค้าปกติ สิทธิและเสรีภาพส่วนบุคคลในการดื่ม ส่งผลให้ **ความชุกของนักดื่มหน้าใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมากในการสำรวจปี 2564 ข้อมูลนี้อาจจะสะท้อนให้เห็นถึง อิทธิพลของโฆษณาหรือการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่พยายามทำให้เกิดนักดื่มหน้าใหม่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะนักดื่มเยาวชนและนักดื่มหญิง** โดยการออกโฆษณาและทำผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดึงดูดความสนใจของเยาวชนและผู้หญิง เช่น เครื่องดื่มผสมพร้อมดื่ม (Ready to Drink: RTD) น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มที่นิยมดื่มกันในภาพยนตร์ต่างประเทศ และทำบรรจุภัณฑ์ให้มีสีสันสวยงามน่าลิ้มลอง เป็นต้น รวมทั้งทำการตลาดในสื่อสมัยใหม่ [18] โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อินเทอร์เน็ต หรือสื่อออนไลน์ที่มีการนำอินฟลูเอนเซอร์มาสื่อสารนั้น บางประเทศ เช่น ประเทศลิทัวเนียมีกฎหมายห้ามไว้ แต่ก็ยังมีผู้ฝ่าฝืนจำนวนมาก สะท้อนให้เห็นถึงอันตรายของการตลาดดิจิทัล โดยเฉพาะระบบอัลกอริทึมที่สามารถกำหนดการสื่อสารได้ตรงกลุ่มเป้าหมายโดยวนภาพโฆษณาซ้ำ ๆ ให้เกิดการกระตุ้นการรับรู้เป็นภาพจำ ยิ่งไปกว่านั้น ถ้าให้มีการขายได้ในตู้กดอัตโนมัติ ยิ่งทำให้แอลกอฮอล์กลายเป็นสินค้าปกติ เป็นการเพิ่มโอกาสในการดื่ม เพิ่มความเสี่ยงได้รับผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนกว่า 2.6 ล้านคนต่อปีทั่วโลก

นอกจากนี้ ประเด็นกฎหมายได้แก่ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นกฎหมายหลักในการดำเนินมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2554-2563) และ ระยะที่2 (พ.ศ. 2565 - 2570) เป็นแผนแม่บทในการวางนโยบายในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศ ปัจจุบันอยู่ระหว่างการพิจารณาปรับปรุงแก้ไข (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... โดยคณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติหลักการและรับประเด็นข้อเสนอแก้ไขตามร่างพระราชบัญญัติทั้ง 3 ฉบับและของกระทรวงสาธารณสุข ไปพิจารณาแก้ไขปรับปรุง โดย พิจารณาคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ความเห็นของคณะกรรมการพัฒนากฎหมาย และความเห็นของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา โดยมีการทบทวนสาระให้เกิดสมดุลระหว่างมิติด้านสุขภาพและด้านการกระตุ้นเศรษฐกิจอย่างรอบด้าน

จากสถานการณ์นโยบายการขับเคลื่อนแอลกอฮอล์อยู่ในช่วงกำลังเปลี่ยนแปลงตามข้างต้น จึงเป็นโจทย์ท้าทายอย่างยิ่งในการมุ่งเน้นการดำเนินงานในระดับพื้นที่ เพื่อสร้างระบบนิเวศสุขภาวะเพื่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดในชุมชน [19] เพื่อลดผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด โดยสร้างความตระหนักรู้และการให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งในด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ การมีมาตรการ กติกา แนวทางการบริหารจัดการ และการบังคับใช้กฎหมาย รวมทั้งการส่งเสริมพื้นที่สร้างสรรค์ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ตลอดจนการสนับสนุนการฟื้นฟูและบำบัดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

[18] ข้อมูลจากงานเสวนา ดร.เดวิด เจอร์นิเก้น ศาสตราจารย์ด้านกฎหมาย และนโยบายสุขภาพ จาก Boston University School of Public Health สหรัฐอเมริกา

[19] **การสร้างระบบนิเวศสุขภาวะเพื่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน เพื่อรับมือกับผลกระทบของการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์** โดยเน้นการขับเคลื่อนโยบาย มาตรการ และกติกาในชุมชน (1) การสร้างความตระหนักรู้ (2) การออกกติกาชุมชน (3) การสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมาย (4) การส่งเสริมกิจกรรมพื้นที่สร้างสรรค์ และ (5) การสนับสนุนการฟื้นฟูและบำบัด

โดยสร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยงานทุกภาคส่วน ทั้งผู้นำชุมชน ประชาชน สถาบันการศึกษา องค์กรเอกชน ประชาสังคม และภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดผลสำเร็จในการสร้างนิเวศสุขภาวะที่ยั่งยืน ให้กับ“เด็กและเยาวชน” เพื่อป้องกันมิให้เป็นนักดื่มหน้าใหม่และนักดื่มประจำต่อไปในอนาคต

1.2 สถานการณ์ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

สรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

1. ปัญหายาเสพติดนับเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลกมายาวนาน

และทวีความรุนแรงมากขึ้นทุกวัน ส่งผลกระทบในหลายด้าน ทั้ง**ด้านสุขภาพทางกายและจิตของผู้เสพ** ผลกระทบต่อสังคมและคนรอบข้าง นอกจากนี้ยังส่งผลไปใน**ด้านการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนความมั่นคงของประเทศ** ปัญหายาเสพติด จึงเป็นปัญหาที่มิใช่เฉพาะเนื่องจากการระบาดและการเจ็บป่วยจากโรคเท่านั้น แต่ยังมีความเกี่ยวเนื่องกับปัญหาพื้นฐานของสังคมอีกด้วย ในบทนี้จะกล่าวถึงสถานการณ์และปัญหายาเสพติดตั้งแต่ระดับโลก ระดับภูมิภาค และระดับประเทศตามลำดับ

ปัจจุบันสถานการณ์**ผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดในประเทศไทยมีประมาณ 1.9 ล้านคน และในจำนวนนี้มีถึง 1.4 ล้านคน ที่เป็นผู้ใช้ยาที่ไม่มีอาการ** มีการตั้งศูนย์คัดกรองทั่วประเทศ 9,852 แห่ง ทำหน้าที่คัดกรองและแบ่งการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดเป็น 3 กลุ่ม คือ **(1) ผู้ป่วยกลุ่มสีแดง อาการรุนแรง หรือผู้ติดยาเสพติด มีประมาณร้อยละ 2 หรือ 38,000 คน** มีสถานพยาบาลกรมสุขภาพจิตและกรมการแพทย์ 27 แห่ง ดูแลแบบผู้ป่วยในระยะยาว 3-6 เดือน มีศักยภาพรองรับประมาณ 3,500 ราย เมื่ออาการดีขึ้นจะจัดเป็นกลุ่มสีส้ม มีสถานฟื้นฟูฯ ของกองทัพและกรมการปกครอง 61 แห่ง และได้เปิดมินิธัญญารักษ์ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้การดูแลอีก 42 แห่ง มีศักยภาพรองรับประมาณ 20,000 คน **(2) ผู้ป่วยกลุ่มสีเหลือง หรือผู้เสพ มีประมาณร้อยละ 24 หรือ 4.56 แสนคน** มีโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปดูแลแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในระยะสั้น 120 แห่ง และระดับปฐมภูมิคือโรงพยาบาลชุมชนดูแลเฉพาะผู้ป่วยนอก 935 แห่ง ทั้งหมดมีศักยภาพรองรับ 120,000 ราย และ **(3) ผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว หรือผู้ใช้ยาเสพติด มีประมาณร้อยละ 74 หรือ 1.4 ล้านคน** จะบำบัดยาโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน มีประมาณ 10,000 แห่ง และเมื่อทุกกลุ่มอาการดีขึ้น จะมีศูนย์ฟื้นฟูสถานภาพทางสังคมกระทรวงมหาดไทย 3,258 แห่ง ดูแลเพื่อคืนคนดีสู่สังคม

นอกจากนี้ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายยกระดับ 30 บาทพลัส โดยมี 12 ประเด็น ซึ่งหนึ่งในนั้นคือเรื่องจิตเวช/ยาเสพติด มี Quick Win ในระยะ 100 วัน ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยจัดทำทะเบียน คัดกรอง บำบัดรักษา และฟื้นฟูกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ทั่วประเทศ เร่งรัดจัดตั้ง 4 สหายและมินิธัญญารักษ์ให้ครอบคลุมทั่วประเทศแบบไร้รอยต่อ ซึ่งจะเสนอกำหนดตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษในโรงพยาบาลที่เปิดมินิธัญญารักษ์ 42 แห่ง และกำหนดกรอบอัตรากำลังนักจิตวิทยาคลินิกเพื่อรองรับการดำเนินงาน รวมทั้งสนับสนุนการดำเนินงานบำบัดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานให้ครอบคลุมทุกตำบล/ชุมชนทั่วประเทศ ร้อยละ 50 ส่วนในระยะ 6 เดือน จะใช้เทเลเมดิซีนและปรับระบบบำบัดให้สอดคล้องกับประมวลกฎหมาย พัฒนา System Manager และ Care Manager ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด และพัฒนาความร่วมมือระหว่างกองทัพและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ในการดูแลผู้ป่วย Long Term Care และผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

2. สถานการณ์กัญชาในประเทศไทย

การปรับปรุงพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2562 โดยมีประเด็นคลายล็อกการใช้กัญชาทางการแพทย์ นำไปสู่การนิรโทษกรรมการครอบครองกัญชาตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข จนถึงการนำร่องเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล คลินิกบริการกัญชาการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นยาเสพติดประเภทที่ห้าตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ให้**นำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ การศึกษาวิจัย และการผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพ** แม้จะยังกำหนดให้เป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 แต่สามารถนำมาใช้ทางการแพทย์ได้ จากนั้นจึงมีการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์กว่า 986 แห่งทั้งภาครัฐและเอกชน และมีการจ่ายกัญชารักษาโรคไปมากกว่า 4.5 แสนครั้ง ในผู้ป่วยกว่า 1.4 แสนคน รวมทั้งมีการวิจัยด้านการปลูก แปรรูปและอื่น ๆ กว่า 60 เรื่อง (ข้อมูลเดือนกรกฎาคม 2565)

ต่อมามีการประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2566 เพื่อปลดล็อกบางส่วนของกัญชาและกัญชงให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้โดยไม่จัดเป็นยาเสพติด ยกเว้นส่วนช่อดอก และเมล็ดกัญชา ไปใช้ประโยชน์ในผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทั้งอาหาร เครื่องสำอาง และผลิตภัณฑ์สมุนไพร

ประกาศดังกล่าวก่อให้เกิด “ภาวะสุญญากาศกัญชา” โดยมีการเปิดจุดจำหน่ายร้านค้ารายเล็กรายย่อย “แคนนาบิสช็อป” ที่มีการขายช่อดอกเพื่อนันทนาการอย่างเปิดเผย ไม่ถูกจับกุม และมีการผสมกัญชาในอาหารและเครื่องดื่มขายทั่วไปโดยไม่มีการควบคุมแต่อย่างใด ซึ่งเกิดผลกระทบสุขภาพในด้านสุขภาพจิต เช่น มีภาวะซึมเศร้า จิตเวช และการทำร้ายตัวเอง ขณะที่การใช้ “กัญชา”รักษาลมชักดื้อยา หาก CBD ผิดสัดส่วนอาการยิ่งรุนแรง นอกจากนี้มีการนำกัญชาไปเป็นสารตั้งต้นไปสู่การเสพเฮโรอีน หลังพบข้อมูลเยาวชนร้อยละ 40 ติดเฮโรอีนโดยเริ่มจากกัญชา ปัจจุบันนำ “กัญชา” กลับเป็นยาเสพติด โดยมีการวิพากษ์วิจารณ์ถึงผลกระทบด้านสุขภาพและสังคม ในภาวะสุญญากาศทางกฎหมาย โดยเฉพาะการเปิดข้อมูลทางวิชาการพบว่าเยาวชนสูบกัญชาเพิ่ม 10 เท่า หลังปลดล็อกกัญชาออกจากบัญชียาเสพติด รวมถึงการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญ ขณะเดียวกันยังเกิดความตื่นตัวในเชิงธุรกิจที่เกี่ยวกับกัญชาเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่สิ่งที่เกิดขึ้นตามมา คือ ความเห็นต่างในเชิงนโยบาย ทว่าการผ่านพิจารณาวาระแรกของร่าง พ.ร.บ.กัญชากัญชงมาแล้ว แต่ยังเป็นข้อถกเถียงด้านสาระสำคัญของกฎหมายที่ยังมีช่องโหว่ ประกอบกับประชาชนมีความรู้ความเข้าใจการใช้กัญชาที่ไม่ถูกต้อง ในปริมาณที่มากเกินไปจนถึงแก่ชีวิต มีการเปิดร้านค้าจุดจำหน่ายใกล้สถานศึกษา มีการลักลอบขายกัญชาในโรงเรียน เป็นต้น

โดยสรุปแล้ว ถึงแม้ว่ากัญชาจะมีประโยชน์ทางการแพทย์และประโยชน์อื่นมากมาย แต่การเสพกัญชาก็ทำให้เกิดอันตรายหลายอย่าง โดยเฉพาะความเสี่ยงในการติดสารเสพติดชนิดอื่น และสัมพันธ์กับการเกิดโรคทางจิตเวชได้หลายชนิด ดังนั้นการช่วยให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกัญชา การเพิ่มการเข้าถึงกัญชาเฉพาะสำหรับทางการแพทย์แต่ลดการเข้าถึงกัญชาในเด็กและเยาวชนรวมถึงประชาชนทั่วไป และการทบทวนการใช้กัญชา จึงเป็นเรื่องที่จำเป็นและเร่งด่วน

1.3 สถานการณ์และความท้าทายที่ส่งผลกระทบต่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด

1. ทิศทางของนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลง

จากการเสนอปรับเปลี่ยนกฎหมายเพื่อมุ่งลดการผูกขาด ในขณะเดียวกันจะก่อให้เกิดการขยายฐานกลุ่มผู้ประกอบธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กว้างขวางยิ่งขึ้น สร้างให้เกิดพลังจากธุรกิจที่มุ่งการแข่งขัน การทำการตลาดนำสู่การต่อรอง ลดทอนนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยบุคลากรเจ้าหน้าที่ทางการควบคุมบังคับใช้กฎหมายต่าง ๆ ตลอดจนด้านการกำกับจัดเก็บภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีจำนวนน้อยก็อาจไม่สามารถดูแลได้อย่างทั่วถึง ประกอบกับอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความแข็งแรงทั้งภายในและภายนอกที่มุ่งใช้กลยุทธ์ทางการตลาดที่แยบยลและทุ่มงบประมาณมหาศาลเจาะกลุ่มเป้าหมายนักดื่มหน้าใหม่ โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้หญิง รวมถึงการสร้างบรรทัดฐานการยอมรับและการส่งเสริมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. การควบคุมสุรานอกระบบภาษีทั้งการผลิตและการขาย

ยังเป็นปัญหาสำคัญ โดยรูปแบบของสุรานอกระบบได้เปลี่ยนแปลงตามยุคสมัย จากสุราพื้นบ้าน และการลักลอบนำเข้าตามแนวชายแดน มาเป็นการใช้สื่อดิจิทัลในการขายและจัดส่ง

3. การตระหนักและมีส่วนร่วมของภาคส่วนอื่น จากหน่วยรับผิดชอบโดยตรง

ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม และประชาชนทั่วไป ในการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2564-2570) ยังมีข้อจำกัดการบังคับใช้กฎหมาย การขับเคลื่อนนโยบาย/มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่ พบว่า หลายหน่วยงานยังขาดงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงาน

4. ความผันผวนของเทคโนโลยีสารสนเทศและสื่อดิจิทัลที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรง ประชาชนสามารถเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ในพื้นที่สื่อต่างๆ (social media platform)

รูปแบบการเปิดรับข้อมูลข่าวสารของที่เปลี่ยนไป การสื่อสารเดิมถูกแทนที่ด้วยนวัตกรรมใหม่ ๆ ส่งผลต่อการบริโภคข้อมูลของประชาชน จากการได้รับข้อมูลจากโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และวิทยุ กลายเป็นการรับข้อมูลข่าวสารจากช่องทางออนไลน์และแอปพลิเคชันต่าง ๆ เกิดธุรกิจสื่อใหม่และโซเชียลมีเดียผ่านการนำเสนอของผู้ทรงอิทธิพลด้านสื่อ (อินฟลูเอนเซอร์) และที่สำคัญทุกคนสามารถเป็นผู้ผลิตสื่อได้เอง โดยยังไม่มีหน่วยงานภาครัฐเข้าไปดำเนินงานติดตาม ตรวจสอบ และกำกับเนื้อหาความถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลกระทบทั้งต่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด

5. กฎหมายฉบับเดิมไม่มีรายละเอียดทางกฎหมายที่ครอบคลุมการทำการตลาดในช่องทางสื่อสังคมออนไลน์อย่างชัดเจน

จึงกลายเป็นช่องว่างของกฎหมายที่เปิดให้อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำกลยุทธการสื่อสารการตลาดอย่างแพร่หลาย และเป็นช่องทางหลักในการสื่อสารด้านการตลาดโดยเฉพาะกับกลุ่มคนรุ่นใหม่ นักดื่มเยาวชน และนักดื่มหญิง

6. ปัญหาการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่คลาดเคลื่อนกับข้อเท็จจริง ให้ข้อมูลไม่รอบด้าน ให้ข้อมูลที่ตั้งใจให้ผู้อื่นเกิดความเข้าใจผิด หรือข่าวปลอม (Fake new)

ทำได้อย่างแพร่หลายยิ่งขึ้น ในขณะที่หน่วยงานรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบกำกับดูแลทำงานได้ไม่เท่าทันต่อขนาดของปัญหาและสถานการณ์ ณ ปัจจุบัน เป็นช่องว่างสำคัญที่ก่อให้เกิดความไม่เท่าทันและการสร้างความเข้าใจผิดให้กับผู้บริโภคได้ง่ายขึ้น อาจก่อให้เกิดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/การเสพสารเสพติด หรือการใช้พืชกระท่อมกัญชาไปในทางที่ไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดอันตรายทั้งทางสุขภาพและปัญหาอื่น ๆ เช่น อุบัติเหตุทางถนน ความรุนแรงในครอบครัว อาชญากรรม ฯลฯ ตามมา

2. จุดเน้นของแผน

แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ประจำปี 2568 มีจุดเน้น ที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของแผนซึ่งสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565 - 2570) และครอบคลุมปัจจัยที่ส่งผลต่อตัวกำหนดสุขภาพ ตามห่วงโซ่ผลลัพธ์ของการลดอัตราการบริโภคสุราและสิ่งเสพติด (CoO2) ระยะ 5 ปี (ปี 2566-2570) โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 กลไกการป้องกันนักดื่ม/นักเสพหน้าใหม่ และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้มีปัญหาจากแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

สนับสนุนการป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ โดยพัฒนานวัตกรรม เครื่องมือ สื่อ และช่องทางการสื่อสาร ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนการขยายความร่วมมือกับหน่วยงานภาคส่วนต่าง ๆ ในการสนับสนุนให้เกิดกิจกรรม/พื้นที่สร้างสรรค์ ในรูปแบบต่างๆ อาทิ งานดนตรี กีฬา ศิลปวัฒนธรรม ในกลุ่มเด็กและเยาวชนในทุกภูมิภาค

2.2 นโยบาย กฎหมาย ระเบียบ มาตรการ แนวทางปฏิบัติ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในการป้องกัน ควบคุม และลดอันตรายจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสร้างความตระหนักในคุณค่าของงานประเพณีวัฒนธรรมที่มีความปลอดภัย หนุนให้เกิดบรรทัดฐานทางสังคม (วิถีชุมชน จารีตประเพณี และการบัญญัติกฎหมาย) ที่ไม่พึ่งพาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผ่านการสนับสนุนงานบุญประเพณี งานเทศกาล งานวัฒนธรรม โดยมุ่งขยายความร่วมมือกับหน่วยงาน ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ทั้งในระดับพื้นที่และส่วนกลาง ก่อให้เกิดการกำหนดนโยบายสาธารณะและมาตรการการกำกับดูแลพื้นที่/การจัดงานต่าง ๆ

2.3 พัฒนาองค์ความรู้ งานวิจัย งานวิชาการ ทั้งด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และด้านการป้องกันแก้ไขปัญหาจากยาเสพติด

ที่จำเป็นต่อการดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบาย (evidence-based policy) การทำงานในระดับพื้นที่/ชุมชน/สังคม การสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย การสนับสนุนด้านการบำบัดรักษาที่ปรับเปลี่ยนกระบวนการทางความคิดและเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง ตลอดจนการประเมินประสิทธิผลของนโยบาย มาตรการ และกลไกการดำเนินงานที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย

2.4 ความรอบรู้ทางสุขภาพและทักษะความรู้เท่าทันด้านการควบคุมและแก้ไขปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

สนับสนุนให้เกิดการสื่อสารเชิงรุกเพื่อสร้างบรรทัดฐานสังคมให้เห็นว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสินค้าไม่ธรรมดา (de-normalization) อย่างต่อเนื่อง การเฝ้าระวังกลยุทธ์ธุรกิจที่ขาดความรับผิดชอบต่อสังคม ตลอดจนการสร้างความรู้เท่าทันกลยุทธ์การโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เฉพาะแต่ละกลุ่มเป้าหมาย อาทิ กลุ่มเด็กเยาวชน กลุ่มคนรุ่นใหม่ กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงวัย กลุ่มผู้หญิง กลุ่มเปราะบาง

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

1. **ใช้ทิศทางและเป้าหมายกองทุน ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)** เป็นกรอบในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีของแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565- 2570) และการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ห่วงโซ่ผลลัพธ์ของการการลดอัตราการบริโภคสุราและสิ่งเสพติด
2. **สร้างและขยายผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างทั่วถึงและยั่งยืน** แนวทางการดำเนินงานของแผนควบคุมแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ผ่านงานบูรณาการทำงานร่วมกับแผนเชิงประเด็นอื่น ๆ แผนเชิงกลุ่มประชากร และพื้นที่ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ของ สสส. ในประเด็น ยาสูบ แอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด การบริโภคอาหารที่สมดุล มีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ ความปลอดภัยทางถนน สุขภาพจิต มลพิษทางสิ่งแวดล้อม รวมถึงปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น เป็นต้น
3. **สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ** โดยการนำใช้ผ่านข้อมูลความรู้ทางวิชาการของแผนฯ ผ่านงานรณรงค์ประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องของสังคมในประเด็น เช่น การควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ การป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ รวมถึงการรู้เท่าทันกลยุทธ์การตลาดของธุรกิจแอลกอฮอล์ เป็นต้น
4. **ให้ความสำคัญกับการลดผลกระทบจากความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอุบัติใหม่** โดยแผนฯ มีแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย อาทิ กลุ่มเด็กเยาวชน กลุ่มผู้ใช้แรงงาน กลุ่มผู้มีเศรษฐฐานะต่ำ กลุ่มผู้หญิง กลุ่มชาติพันธ์ และเชิงพื้นที่/จังหวัดที่มีอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูง ได้แก่ ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นต้น
5. **เชื่อมโยงเครือข่ายการทำงานกับภาคีเครือข่ายทุกกลุ่ม** โดยเฉพาะกลุ่มคนรุ่นใหม่ เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ ระดับชาติ และระดับสากล โดยการดำเนินงานพัฒนาและขยายเครือข่ายร่วมขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ ผ่านสถาบันการศึกษา เครือข่ายคนรุ่นใหม่ ท้องถิ่น (องค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น) ท้องที่ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) ชุมชน สื่อมวลชน รวมถึงสนับสนุนให้เกิดผู้นำการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ และการมีส่วนร่วมกับการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับสากล

3. เป้าหมายการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก

1. กระบวนการสนับสนุนเพื่อพัฒนานโยบาย มาตรการ กติกา โดยร่วมกับหน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อควบคุมและลดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ทั้งในระดับพื้นที่ ระดับจังหวัด และระดับชาติ **ไม่น้อยกว่า 3 เรื่อง**
2. การพัฒนาองค์ความรู้เชิงวิชาการในการเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพด้านสถานการณ์ปัญหา การควบคุม การป้องกัน การแก้ไขปัญหา และผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Control Literacy) จากการวิจัย เอกสารเชิงวิชาการ หรือการจัดการความรู้ **ไม่น้อยกว่า 10 เรื่อง**
3. กระบวนการสนับสนุนกิจกรรมสร้างสรรค์ในกลุ่มเด็กและเยาวชนเพื่อป้องกันนักดื่มและนักเสพหน้าใหม่จากปัจจัยเสี่ยงประเด็นแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด โดยสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานและภาคส่วนต่าง ๆ
4. กระบวนการขับเคลื่อนงานบุญประเพณีและงานเทศกาลต่าง ๆ ตามนโยบายปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยมีความร่วมมือของหน่วยงาน ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อให้ชุมชนเกิดการรับรู้ ลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ทั่วประเทศ **ไม่น้อยกว่า 50 แห่ง**
5. การสร้างระบบนิเวศสุขภาวะเพื่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในระดับพื้นที่ **ไม่น้อยกว่า 10 แห่ง**
6. การพัฒนาองค์ความรู้เชิงวิชาการในการเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพด้านสถานการณ์ปัญหา การป้องกัน การแก้ไขปัญหา และผลกระทบจากสิ่งเสพติด (Drug Protection Literacy) จากการวิจัย เอกสารเชิงวิชาการ หรือการจัดการความรู้ **ไม่น้อยกว่า 6 เรื่อง**

ตัวชี้วัดร่วม

การนำใช้ข้อมูล นวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อดำเนินการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาวะทั้ง 4 มิติ และสนับสนุนการทำงานเชิงพื้นที่ เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ผลการเปลี่ยนแปลงของสุขภาวะใน 50 องค์กร และมีแผนการดำเนินงานในการนำใช้ข้อมูล นวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อดำเนินการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาวะทั้ง 4 มิติ ในประชากรกลุ่มเฉพาะเป้าหมาย จำนวน 1 แผนปฏิบัติการ

4. วัตถุประสงค์

4.1 เพื่อสนับสนุนและพัฒนากลไกการป้องกันเด็กเยาวชนและกลุ่มเสี่ยงนักดื่ม/นักเสพ (หน้าใหม่) และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้มีปัญหาจากแอลกอฮอล์/สิ่งเสพติด

4.2 เพื่อพัฒนานโยบาย กฎหมาย ระเบียบ มาตรการ แนวทางปฏิบัติ ที่เกี่ยวข้องในการควบคุม ลดอันตราย และลดผลกระทบจากแอลกอฮอล์/สิ่งเสพติด และการบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.3 เพื่อเสริมสร้างศักยภาพและแนวปฏิบัติของชุมชน/องค์กร/ภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน รณรงค์และสื่อสาร สร้างความเข้าใจในการขับเคลื่อนงานด้านการควบคุม ป้องกัน แก้ไขปัญหา และลดผลกระทบจากแอลกอฮอล์/สิ่งเสพติด

4.4 เพื่อพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและทักษะความรู้เท่าทันสถานการณ์ การควบคุม ป้องกัน แก้ไขปัญหา และลดผลกระทบจากแอลกอฮอล์/สิ่งเสพติด

5. แนวทางการดำเนินงาน

5.1 กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

สามารถแบ่งกลุ่มเป้าหมาย 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

5.2 ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ดำเนินการตามยุทธศาสตร์ไตรพลังหรือสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา (พลังนโยบาย พลังปัญญา และพลังสังคม) โดยมีบทบาทในการเชื่อมโยงและสนับสนุนการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การขับเคลื่อนสังคมและการพัฒนานโยบายให้เชื่อมโยงและสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. ควบคุมการเข้าถึงทางเศรษฐศาสตร์และทางกายภาพ

1.1 การพัฒนาแนวทาง/แนวปฏิบัติ เพื่อควบคุมจุดจำหน่าย

1.2 การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเพื่อการควบคุมการเข้าถึงของกลุ่มเปราะบาง (เด็กและเยาวชน ผู้สูงอายุ ฯลฯ) เช่น การกำหนดอายุผู้ซื้อ-ผู้ขาย

1.3 การกำหนดพื้นที่ปลอดภัย พื้นที่ห้ามขาย-ห้ามดื่ม

1.4 การสนับสนุนแนวทางการขึ้นภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

1.5 การสนับสนุนมาตรการต่าง ๆ ด้านราคา เพื่อลดการเข้าถึงและลดการเอาเปรียบผู้บริโภค และข้อตกลงทางการค้า

2. ปรับเปลี่ยนค่านิยมและลดแรงสนับสนุนในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

2.1 การสื่อสาร สร้างความตระหนัก เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ป้องกันหน้าใหม่

2.2 การเฝ้าระวังการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย การกระตุ้นการเข้าถึง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2.3 การส่งเสริมการรู้เท่าทันกลยุทธการโฆษณาและสื่อสารการตลาดของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2.4 การพัฒนาศักยภาพและขยายเครือข่ายนักรณรงค์

3. ลดอันตรายจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

3.1 การสนับสนุนการควบคุมพฤติกรรมการขับขี่หลัง การดื่ม/เสพ การพัฒนาระบบ/ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

3.2 การสนับสนุนการป้องกันและลดปัญหาจิตเวชอันเนื่องมาจากผู้ติดสิ่งเสพติด

3.3 การสนับสนุนการพัฒนาหลักเกณฑ์และระบบติดตามผลการบำบัด ฟื้นฟูสภาพ

3.4 การสนับสนุนการพัฒนาการบริการบำบัดรักษาทั้งในและนอกระบบบริการสุขภาพ

4. การจัดการปัญหาในระดับพื้นที่

4.1 การพัฒนานโยบาย/มาตรการ/กฎกติกา/ข้อตกลงร่วม ระดับพื้นที่/ชุมชน

4.2 การพัฒนาศักยภาพแกนนำ/คณะทำงานป้องกันแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่

4.3 การขยายชุมชน สถานศึกษา สถานประกอบการ ตลอดจนชุมชนออนไลน์ ควบคุมป้องกันเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

4.4 การขยายเครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหา เช่น อุบัติเหตุ ความรุนแรงในครอบครัว อาชญากรรม เป็นต้น

4.5 การส่งเสริมกิจกรรม/พื้นที่สร้างสรรค์ เพิ่มทางเลือกเชิงบวก

4.6 การบูรณาการการทำงานร่วมทั้งเชิงประเด็น เชิงพื้นที่ และเชิงกลุ่มเป้าหมาย

5. การพัฒนากลไกการจัดการและสนับสนุนที่เข้มแข็ง

5.1 การพัฒนานโยบายสาธารณะ กฎหมาย เพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

5.2 สนับสนุนกลไกการบังคับใช้กฎหมาย และการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการบังคับใช้กฎหมาย

5.3 ศึกษาวิจัย พัฒนาวิชาการเพื่อสนับสนุนนโยบาย กฎหมาย มาตรการ แนวปฏิบัติ ตลอดจนสนับสนุนการสื่อสารสร้างความตระหนัก/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

5.4 สนับสนุนการขับเคลื่อนงานของกลไกการจัดการส่วนกลาง ระดับพื้นที่

5.5 กระตุ้น หนุนเสริมบทบาทหน่วยงานเจ้าภาพหลัก หน่วยงานร่วมรับผิดชอบ ดำเนินการเพื่อการป้องกันควบคุม

5.6 การจัดทำระบบฐานข้อมูล และประเมินประสิทธิภาพนโยบาย มาตรการ การดำเนินการเพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

5.3 กลุ่มแผนงาน

แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ประกอบด้วย 4 กลุ่มแผนงาน ซึ่งแต่ละกลุ่มแผนงานมีภารกิจโดยสังเขป ดังนี้

1. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย

สนับสนุนสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยการพัฒนาข้อเสนอผลักดันให้เกิดกลไกการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ เพราะนโยบายและกฎหมายเป็นเครื่องมือหลักที่ใช้ในการขับเคลื่อนเพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งการดำเนินตามกลไกนี้ สสส. เน้นการสร้างความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ ทุกภาคส่วน และทุกระดับ ทั้งระดับพื้นที่และระดับชาติ เช่น มาตรการหลักเกณฑ์ การห้ามโฆษณาผ่านโซเชียลมีเดีย ซึ่งเป็นสื่อสมัยใหม่ที่มีอิทธิพลมากในยุคนี้ การห้ามโฆษณาดังกล่าวอยู่ในรูปแบบต่าง ๆ และกิจกรรมส่งเสริมการขายทุกรูปแบบ มาตรการจำกัดจำนวนใบอนุญาต/เพิ่มค่าธรรมเนียมกำหนดหลักเกณฑ์ในการขอ/ต่อใบอนุญาต และอัตราโทษการขึ้นภาษี และปกป้องการแทรกแซงนโยบายแอลกอฮอล์จากการค้าเสรีและมาตรการเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (demand side) ของประชาชนและเยาวชน

2. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร

สนับสนุนศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพัฒนางานวิจัยและวิชาการเพื่อสนับสนุนการผลักดันนโยบาย การขับเคลื่อนสังคม และการสื่อสารสาธารณะ โดยทำงานร่วมกับภาคีวิชาการร่วมกันในการสนับสนุน/ให้ทุนสำหรับภาคีเพื่อการสร้างองค์ความรู้ที่ตอบการสนองการขับเคลื่อนนโยบายและการทำงานในพื้นที่ ตลอดจนการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อกำกับติดตามสถานการณ์และการประเมินผล

3. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

สนับสนุนสำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า (สคล.)/ สคล.ระดับภาค/ สคล.ระดับจังหวัด รวมทั้งเครือข่ายภาคประชาสังคมควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อดำเนินกิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายต่าง ๆ บรรลุเป้าหมายได้ เครือข่ายทำให้การดำเนินกิจกรรมเข้าถึงมวลชนได้ในกลไกนี้ สสส. สนับสนุนให้เกิดการสร้างเครือข่ายต่าง ๆ เช่น เครือข่ายคนหัวใจหิน (คนงดเหล้าครบพรรษา) และคนเลิกเหล้าตลอดชีวิต (คนหัวใจเพชร) เพื่อให้มีบทบาทเป็นคนเลิกเหล้านักรณรงค์ ชวนคนเลิกเหล้าในองค์กรต่าง ๆ เช่น โรงเรียน โรงงาน หน่วยงานราชการ สถานประกอบการต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องและเป็นกลไกสำคัญในการรณรงค์งดเหล้าตามเทศกาล งานบุญประเพณีต่าง ๆ นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนศูนย์ปรึกษาปัญหาการเลิกสุราและการเสพติด (1413 สายด่วนเลิกสุราและการเสพติด) และสนับสนุนสมาคมฮักชุมชนในการขับเคลื่อนการดูแลผู้มีปัญหาสุราโดยชุมชน

4. กลุ่มแผนงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาสิ่งเสพติด

สนับสนุนศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเป็นศูนย์วิชาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดและเพื่อให้เกิดการพัฒนางานวิชาการอย่างต่อเนื่องทันต่อสถานการณ์ปัญหาของยาเสพติด และมูลนิธิศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ เพื่อจัดทำฐานข้อมูลเครือข่ายภาคประชาชนที่ดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการแก้ไขปัญหาและมีแกนนำภาคประชาชนที่ขับเคลื่อนงานในระดับพื้นที่

นอกจากนี้ **แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติดได้สนับสนุนการทำงานเพื่อให้เกิดการบูรณาการงานร่วมกัน โดยเฉพาะแผนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงหลักและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม ดังนี้**

1. **มุ่งเน้นบูรณาการทำงานระหว่างภาคีเครือข่ายภายในแผนฯ เพื่อหนุนเสริมการทำงานร่วมกัน และบูรณาการการทำงานร่วมกับแผนควบคุมยาสูบ ภายในสำนัก 1** ในประเด็นปัจจัยเสี่ยง (แอลกอฮอล์ ยาเสพติด กัญชา บุหรี่ และบุหรี่ไฟฟ้า) โดยมีคณะทำงานผู้ทรงคุณวุฒิประชุมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเป็นระยะ เพื่อร่วมกันกำหนดยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด กลุ่มเป้าหมาย และมีการจัดทำข้อมูลเชื่อมโยงพื้นที่ดำเนินงานของแต่ละภาคี เพื่อใช้ประกอบการคัดเลือกพื้นที่และเชื่อมการทำงานร่วมกัน รวมทั้งวางแผนการสื่อสารสาธารณะเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสิ่งเสพติด โดยมีเป้าหมายร่วมอยู่ที่การส่งเสริมและรณรงค์ให้ประชาชนในกลุ่มเป้าหมาย มีการ ลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยง และการรู้เท่าทันสื่อ
2. **ร่วมกับแผนต่างๆ ในการร่วมกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) (ควบคุมยาสูบ ความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม สุขภาวะชุมชน สุขภาวะเด็กเยาวชนและครอบครัว สุขภาวะในองค์กร กิจกรรมทางกาย และระบบบริการสุขภาพ)** โดยมุ่งเป้าให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับผลลัพธ์ที่ระดับประชาชน ด้วยการส่งเสริมให้ประชาชนมีการลดพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
3. **ร่วมกับแผนต่าง ๆ พัฒนานวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อสื่อสารสร้างความรู้ ความเข้าใจ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการลด ละ เลิก การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์** (แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ แผนเสริมสร้างสุขภาวะในองค์กร แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ และแผนสร้างสรรค์โอกาสและสร้างเสริมสุขภาวะ)
4. **ร่วมกับแผนต่างๆ จัดการความรู้และถอดบทเรียนการส่งเสริมพฤติกรรมการลด ละ เลิก การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ในสถาบันการศึกษา ชุมชน และองค์กรต่าง ๆ เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์** โดยแผนฯ จะนำองค์ความรู้และบทเรียนความสำเร็จที่เกิดขึ้นไปใช้ขยายผลโดยประสานการทำงานร่วมกับแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว (สำนัก 4) แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร (สำนัก 8) แผนสุขภาวะชุมชน (สำนัก 3) แผนควบคุมยาสูบ (สำนัก 1) แผนเสริมสร้างความเข้าใจสุขภาวะ (ศูนย์เรียนรู้เพื่อสุขภาวะ) และแผนสร้างสรรค์โอกาสและสร้างเสริมสุขภาวะ (สำนัก 6)
5. **พัฒนางานสื่อสารด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ** (ศูนย์เรียนรู้เพื่อสุขภาวะและสำนักสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม) ด้วยการสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และก่อให้เกิดความตื่นตัว/ รู้เท่าทันต่อสถานการณ์พิษภัยของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนค่านิยม ทัศนคติ และพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อลด ละ เลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผ่านช่องทางการสื่อสารในรูปแบบต่าง ๆ โดยเฉพาะช่องทางออนไลน์ เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในยุคปัจจุบัน และขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้กว้างขวางขึ้น

5.4 ภาคีหลัก

1. ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง
- กระทรวงยุติธรรม
- กรมพลศึกษา กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย
- สำนักเฝ้าระวังทางวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรม
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ
- กรุงเทพมหานคร
- สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า (สคล)
- มูลนิธิเครือข่ายพลังสังคม
- มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล
- มูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม (มอส.)
- มูลนิธิชีววิถี (BioThai)
- มูลนิธิรณรงค์หยุดพนัน
- มูลนิธิเครือข่ายเด็ก เยาวชน และครอบครัว
- มูลนิธิทองทศไวทยานนท์ เพื่อการศึกษาและสาธารณประโยชน์
- มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)
- มูลนิธิขวัญชุมชน
- สมาคมฮักชุมชน
- สมาคมเครือข่ายหมออนามัยวิชาการ
- คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- มหาเถรสมาคม และเครือข่ายพระภิกษุสงฆ์
- ภาคธุรกิจเอกชนต่างๆ ฯลฯ

2. ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติด

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

6. งบประมาณ

รวม
320.00
ล้านบาท

- กลุ่มแผนงานพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย **10.00 ล้านบาท**
- กลุ่มแผนงานพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร **60.00 ล้านบาท**
- กลุ่มแผนงานพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ **230.00 ล้านบาท**
- กลุ่มแผนงานการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด **17.00 ล้านบาท**
- การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ **3.00 ล้านบาท**

แผน 3

แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม

1. สถานการณ์และแนวโน้ม

1.1 ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

สถานการณ์และแนวโน้มของอุบัติเหตุในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงตามลำดับในรอบ 13 ปี ที่ผ่านมา จากข้อมูลของศูนย์ข้อมูลกลางด้านการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค โดยพบว่าตั้งแต่ปี 2554 มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ 21,996 คน (คิดเป็นเสียชีวิต 34 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน) และในปี 2566 มีจำนวนผู้เสียชีวิต 17,498 คน (คิดเป็นเสียชีวิต 26 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน) สอดคล้องกับรายงาน Global Status Reports on Road Safety 2023 ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ฉบับล่าสุด ที่จัดอันดับให้ประเทศไทยมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อยู่อันดับที่ 18 ของโลก หากย้อนกลับไปเมื่อปี 2553 WHO ได้จัดทำรายงานขึ้นเป็นครั้งแรก พบว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อยู่ในอันดับที่ 3 ของโลก จากผลการจัดอันดับครั้งล่าสุดนี้ WHO ได้กล่าวชื่นชมการทำงานของประเทศไทยว่าสามารถลดจำนวนผู้เสียชีวิตลงได้ค่อนข้างดี และมีการดำเนินงานที่สามารถเป็นต้นแบบให้กับประเทศสมาชิกได้ในหลายมิติ ทั้งเรื่องการสร้างเครือข่าย การขยายความร่วมมือทุกภาคส่วน การบูรณาการข้อมูลจากฐานสำคัญของประเทศเพื่อใช้เป็นฐานหลักในการรายงานข้อมูลกลางของประเทศ อย่างไรก็ตาม ได้เน้นย้ำและแนะนำให้ประเทศไทยค้นหามาตรการ แนวปฏิบัติ รวมถึงนวัตกรรมที่จะช่วยสนับสนุนให้ลดอุบัติเหตุทางถนนและความสูญเสียให้ได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อมูลภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุขที่ต้องจ่ายเพื่อรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในแต่ละปีจำนวนมาก ทั้งที่ปัญหาอุบัติเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมการขับขี่ที่ทุกคนป้องกันได้จากการมีวินัยจราจรและมีพฤติกรรมขับขี่ที่ปลอดภัย โดยจากข้อมูลคลังสุขภาพ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 5 ปี (พ.ศ. 2561-2565) พบว่า มีผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสะสม 5,763,235 คน และมีค่าใช้จ่ายในส่วนของการรักษาพยาบาลรวม 37,989 ล้านบาท (เฉพาะปี 2565 ค่ารักษาพยาบาลรวม 7,827 ล้านบาท) โดยมีจำนวนผู้ป่วยหนักสะสม 5 ปี รวม 1,170,708 คน ในจำนวนนี้ ร้อยละ 4.6 จะกลายเป็นผู้พิการ ล่าสุดในปี 2565 คาดว่าจะมีผู้พิการรายใหม่ถึง 9,764 คน ในจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน พบว่า **"ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ เป็นกลุ่มที่เสียชีวิตสูงสุด ร้อยละ 75" และ "กลุ่มวัยรุ่น อายุ 15-24 ปี เป็นกลุ่มที่เสียชีวิตสูงสุด"** เชื่อมั่นว่าหากสามารถส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยในผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์และกลุ่มเยาวชน จะช่วยลดความสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนนลงได้ รวมถึงอาจช่วยส่งผลให้ประเทศมี GDP สูงขึ้น เพราะสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศ (TDRI) ได้ศึกษาเอาไว้ พบว่า ผลกระทบทางเศรษฐกิจจากปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย ประมาณการเป็นมูลค่าราว 545,435 ล้านบาทต่อปี (ร้อยละ 5.9 ของ GDP)

อุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลสามารถดำเนินการได้ดี ปัจจุบัน ภาพรวมทั้งปีจะมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเฉลี่ยวันละ 48 คน ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการเสียชีวิตในช่วงเทศกาลปีใหม่-สงกรานต์ (7 วันควบคุมเข้มข้น) ที่พบว่ามีผู้เสียชีวิตเฉลี่ยวันละ 45 คน อนุมานได้ว่าภาคีเครือข่ายด้านความปลอดภัยทางถนนทุกภาคส่วนได้ร่วมกันทำงานส่งผลให้สถิติอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลลดลงโดยมีค่าใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยภาพรวมทั้งปี ซึ่งลดลงได้มากหากย้อนกลับไปเมื่อ 10 กว่าปีก่อน ที่มีผู้เสียจากอุบัติเหตุในช่วงเทศกาล เฉลี่ยวันละ 100 คน โดยสาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล คือ การขับรถเร็ว การดื่มแล้วขับ การขับรถในระยะกระชั้นชิน รวมถึง

ไม่สวมหมวกนิรภัยและไม่คาดเข็มขัดนิรภัยเพื่อป้องกันตนเอง ข้อมูลของบริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด พบว่า ในช่วงเทศกาลและช่วงที่มีการฉลองพบผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ **เสียชีวิตในระยะไม่ไกลจากบ้านหรือที่พัก ในระยะ 5-10 กิโลเมตร** เป็นข้อมูลที่สะท้อนถึงการวางแผนการทำงานการป้องกันของชุมชนท้องถิ่นต้องเข้มข้นมากขึ้นในช่วงเทศกาล มีมาตรการของชุมชน/หมู่บ้าน/ท้องถิ่น เพื่อดูแลการเดินทาง การฉลองงานประเพณีต่าง ๆ ซึ่งการดื่มแล้วขับน่าจะมีส่วนสำคัญที่ส่งผลให้มีอุบัติเหตุและทำให้เกิดการเสียชีวิตในระยะไม่ไกลจากบ้าน รวมถึงต้องมีแผนการทำงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องตลอดทั้งปี

ในช่วงปลายปีที่ผ่านมา 15 ธันวาคม 2566 มี**การประกาศอนุญาตให้มีการขยายเวลาเปิดสถานบริการ ผับ บาร์ ถึงเวลา 04.00 น. ใน 5 จังหวัดนำร่อง** ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ภูเก็ต ชลบุรี เชียงใหม่ และเกาะสมุย สุราษฎร์ธานี นั้นพบว่า ภาพรวมทั้งประเทศ อัตราการดื่มแล้วขับและเกิดอุบัติเหตุทางถนน เกิดสูงในช่วงเวลา 18.00-04.00 น. (ร้อยละ 20-58) โดยสูงที่สุดในช่วงเวลา 01.00-03.00 น. (ร้อยละ 50) ซึ่งเป็นช่วงเวลากลับบ้านหลังจากดื่มกิน และหลังจากมีการประกาศขยายเวลา วันที่ 15 ธันวาคม 2566 พบว่า อัตราดื่มแล้วขับแล้วเกิดอุบิติเหตุทางถนน ภาพรวมทั้งประเทศสูงขึ้นเกือบทุกช่วงเวลา โดยเพิ่มสูงสุด 2 ช่วงเวลา คือ 23.00-24.00 น. (เพิ่มจากร้อยละ 41 เป็น 47) และในช่วงเวลา 04.00-05.00 น. (เพิ่มจากร้อยละ 29 เป็น 34) และหากเจาะลึกเฉพาะพื้นที่นำร่องทั้ง 5 จังหวัด วันที่ 16 ธันวาคม 2566 ถึง 31 มีนาคม 2567 พบว่า มีอุบัติเหตุจากการดื่มแล้วขับเพิ่มสูงขึ้นในทุกจังหวัด ดังนี้ จังหวัดเชียงใหม่ สูงขึ้นในช่วงเวลา 00.00-06.00 น. จังหวัดชลบุรี สูงขึ้นในช่วงเวลา 03.00-07.00 น. จังหวัดสุราษฎร์ธานี สูงขึ้นในช่วงเวลา 01.00-06.00 น. จังหวัดภูเก็ต สูงขึ้นในช่วงเวลา หลังเที่ยง และ 21.00 น. และกรุงเทพมหานคร หลังเที่ยง และ 04.00-05.00 น. จากมาตรการนี้ที่ข้อมูลสะท้อนว่าส่งผลกระทบต่อการเกิดอุบัติเหตุที่สูงขึ้นในพื้นที่ ฉะนั้นในระดับพื้นที่ควรมี**มาตรการกำกับดูแลผู้ขับขี่และนักท่องเที่ยว กำกับการดูแลความรับผิดชอบของสถานบริการต่อนักท่องเที่ยว และบังคับใช้กฎหมายให้เข้มข้นมากยิ่งขึ้น** เพื่อลดผลกระทบต่อผู้ขับขี่กลุ่มอื่นที่ไม่ได้ดื่มกิน เช่น ผู้ที่มีอาชีพทำความสะอาดถนน พ่อค้าแม้ค้า พ่อแม่ผู้ปกครองและเด็ก ที่ต้องเดินทางไปโรงเรียนในช่วงเช้ามืด

อุบัติเหตุทางถนนเกิดกับเด็กและเยาวชนค่อนข้างมาก หากขาดมาตรการกำกับดูแลความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน อาจส่งผลให้สูญเสียกำลังคนในการพัฒนาประเทศรวมถึงส่งผลต่อการขาดผู้ดูแลกลุ่มผู้สูงอายุเนื่องจากประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงวัยแล้วในบางพื้นที่ จากสถิติ พบว่า ปี 2562-2566 เด็กและเยาวชน อายุ 0-19 ปี ประสบอุบัติเหตุและเสียชีวิตจากการใช้รถจักรยานยนต์สูงสุดร้อยละ 71 และเป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ขับรถล้มเองถึงร้อยละ 60 โดยเกิดอุบัติเหตุสูงสุดในช่วงเวลา 17.00 น. ในประเทศไทยมีนักเรียนและนักศึกษาจำนวนมากที่มีความจำเป็นต้องใช้รถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะหลักในการเดินทางไปกลับระหว่างบ้าน/ที่พัก กับ โรงเรียน/สถานศึกษา ซึ่งมาตรการในการกำกับดูแลการเดินทางของเด็กและเยาวชนในประเทศยังไม่เป็นระบบและไม่เพียงพอ รวมทั้งระบบขนส่งสาธารณะที่ยังไม่ทั่วถึงและเพียงพอ ระบบรถนักเรียนหรือรถรับส่งนักเรียนไม่เพียงพอและยังไม่ปลอดภัยตามมาตรฐานของกรมการขนส่งทางบก จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องกำกับดูแลให้เกิดความปลอดภัยในการเดินทางของเด็กและเยาวชน รวมถึงการจัดการให้มีการเรียนรู้ทักษะการขับขี่ที่ปลอดภัยที่เหมาะสมกับกลุ่มเด็กและเยาวชน เนื่องจากเด็กไทยเรียนรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยทางถนน ผ่านสาระการเรียนรู้ที่ 5 (ด้านสุขศึกษา) น้อยมาก และในบางแห่งไม่มีการเรียนการสอนในเรื่องนี้

ในส่วนของการบังคับใช้กฎหมาย ซึ่งเป็นมาตรการที่นานาประเทศแนะนำว่าเป็นมาตรการสำคัญและต้องทำอย่างต่อเนื่อง จะช่วยส่งผลให้อุบัติเหตุทางถนนลดลง แต่ในประเทศไทยปัจจุบันเกิดข้อจำกัดหลายประการ ทั้งเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ รวมถึง พ.ร.บ.จราจรทางบก พ.ศ. 2522 ในส่วนที่เป็นโทษปรับสถานเดียวถูกปรับให้ดำเนินการตามแนวทางของ พ.ร.บ.ว่าด้วยการปรับเป็นพินัย พ.ศ. 2565 และเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ.จราจรทางบก พ.ศ. 2522 ที่สามารถบังคับใช้กฎหมายได้ คือ ตำรวจจราจรเท่านั้น ทำให้เจ้าหน้าที่ตำรวจมีความรู้ไม่เพียงพอที่จะดำเนินการบังคับใช้กฎหมายตาม พ.ร.บ.ว่าด้วยการปรับเป็นพินัย พ.ศ. 2565 และมีความกังวลที่จะบังคับใช้ ส่งผลให้ประชาชนบางส่วนไม่เกรงกลัวต่อการกระทำความผิดและมีบางส่วนที่ไม่ชำระค่าปรับ ซึ่งข้อมูลของผู้กระทำผิดกฎหมายจราจรจากระบบใบสั่งจราจรออนไลน์ (PTM) ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ปี 2566 พบผู้กระทำผิด 9,022,168 คน โดยมีความผิดจากการขับรถเร็ว เป็นอันดับที่ 1 ถึงร้อยละ 66.6 รองลงมาคือ ไม่มีใบขับขี่ร้อยละ 12.87 และอันดับที่ 3 คือ ฝ่าฝืนสัญญาณไฟจราจรร้อยละ 9.81 ซึ่งเป็นสถิติที่น่าสนใจเพราะเพิ่มขึ้นจากปี 2565 ถึงร้อยละ 72

หากประมวลในภาพรวมแล้ว สสส. และภาคีเครือข่ายยังต้องวางมาตรการการทำงานที่ยกระดับให้เกิดนวัตกรรมการทำงาน ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีที่จะช่วยลดอุบัติเหตุ กระตุ้นให้กลไกจัดการหลักดำเนินการอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ ส่งเสริมให้กลไกจังหวัด อำเภอ และคณะอนุกรรมการในระดับจังหวัด ทำงานอย่างต่อเนื่อง ด้วยแนวคิดของการทำงานแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย และส่งเสริมให้มีการจัดการอย่างเข้มข้นต่อเนื่องในพื้นที่ที่เกิดอุบัติเหตุและการตายสูง อาทิ พื้นที่อำเภอที่มีความเสี่ยง รวมไปถึงการสร้างเครือข่ายภาคประชาชน ภาคสังคม และเครือข่ายเยาวชนคนรุ่นใหม่ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการกระตุ้นการสร้างกระแสและเรียกร้องความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในพื้นที่ของโรงเรียน สถานศึกษา รวมถึงชุมชนหรือตลาด โดยเฉพาะการควบคุมดูแลให้พื้นที่ต่าง ๆ มีความปลอดภัย อาทิ การกำหนดความเร็วในเขตชุมชนไม่เกิน 30-50 กิโลเมตรต่อชั่วโมง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ใช้รถใช้ถนนและคนเดินเท้าในพื้นที่ ซึ่งเชื่อว่าน่าจะเป็นมาตรการหนึ่งที่น่าจะได้ผลและส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยของผู้คนที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนต่าง ๆ ต่อไป

1.2 ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

การพนันกันเองเป็นครั้งคราว บางโอกาส ในหมู่ญาติมิตร เพื่อนฝูง ไม่ได้มุ่งหวังให้ฝ่ายแพ้พนันต้องได้รับความเดือดร้อน ย่อมไม่มีความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต แตกต่างจากการพนันที่เป็นธุรกิจ เจ้าของกิจการพนันมุ่งหวังผลกำไรและการขยายกิจการ จะใช้กลยุทธ์ทางการตลาดทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อชักจูงให้คนที่ไม่เคยพนันได้ทดลองเล่นการพนัน และเน้นออกแบบเกมให้รู้ผลแพ้-ชนะรวดเร็ว เพื่อเร่งเร้าให้นักพนันมีพฤติกรรมการพนันแบบไล่ล่า พนันต่อเนื่อง และใช้เงินพนันมากขึ้น ๆ

งานวิจัยในต่างประเทศ พบว่า ถ้าคนเริ่มเล่นพนันระยะแรกได้ชนะพนันจะทำเกิดความอยากที่จะพนันบ่อยขึ้น เมื่อพนันบ่อย พนันต่อเนื่อง ถึงจุดหนึ่งนักพนันจะสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง แม้เสียพนันต่อเนื่อง อยากหยุด อยากเลิก รู้สึกผิด รู้สึกเสียดายเงิน ก็ไม่สามารถยับยั้งใจตนเองให้หยุดพนัน นี่คือสัญญาณอันตรายของ การพนันที่มีปัญหา (Problem Gambling) หรือหนักกว่านั้นอาจจะเป็น โรคติดการพนัน (Gambling Disorder) โรคทางจิตเวชกลุ่มความผิดปกติเกี่ยวกับการเสพติด (Substance-related and Addictive Disorders) เนื่องจากภาวะติดการพนันถือว่าเป็นการเสพติดพฤติกรรม (Behavioral Addiction) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสมองในส่วนของการกระตุ้นสมองส่วนอารมณ์ได้เหมือนกับการติดสารเสพติด

ผลที่ตามมาคือ เมื่อคนเสพติดการพนันมากขึ้น ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและความภูมิใจในตัวเองจะลดลง ทักษะความสามารถในการจัดการปัญหาด้านความคิด จิตใจ และอารมณ์ก็จะลดลงด้วย ยิ่งกว่านั้น การติดพนันไม่ได้สร้างความเสียหายเฉพาะตัวผู้เล่นพนันเท่านั้น แต่ยังทำให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจและความสัมพันธ์ทางสังคมที่มีผลกระทบต่อครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท เพื่อนร่วมงาน ของผู้ติดการพนันแต่ละคนระหว่าง 10-17 คน [20]

รายงานสถานการณ์การพนันในสังคมไทย ปี 2566 โดยศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน ทำการสำรวจประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศ พบว่า ปี 2566 คนไทยเล่นการพนันเพิ่มขึ้น คืออยู่ที่ร้อยละ 63.1 หรือประมาณ 34.51 ล้านคน การพนันหลายประเภทมีคนเล่นพนันเพิ่มขึ้นมาก เช่น สลอตแมชชีน/ตู้พนัน หวยใต้ดิน บ่อนออนไลน์ เป็นต้น สำหรับการพนันในบ่อน (ออฟไลน์) พบว่า ส่วนใหญ่เล่นที่บ่อนวิ่ง/บ่อนงานศพ หรือบ่อนในชุมชน มีเพียงร้อยละ 8.1 เท่านั้นที่ไปบ่อนชายแดน

ด้านผลกระทบ พบว่า ร้อยละ 21.6 ของคนที่เล่นพนันยอมรับว่าได้รับผลกระทบทางลบจากการพนัน ได้แก่ ขาดเงินใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 46.3) มีปากเสียงทะเลาะกับคนในครอบครัว (ร้อยละ 34.3) มีปัญหาเครียด/เสียสุขภาพจิต (ร้อยละ 34.1) ต้องโกหกปิดบังผู้อื่นเรื่องการเล่นพนัน (ร้อยละ 18.36) เสียเวลาทำงาน/การเรียน (ร้อยละ 18.4) สุขภาพร่างกายเสื่อมโทรม (ร้อยละ 14.56) ฯลฯ และร้อยละ 3.1 หรือประมาณ 1.67 ล้านคน มีหนี้สินจากการเล่นพนัน มูลค่าหนี้โดยรวมสูงถึง 20,605 ล้านบาท หรือเฉลี่ยต่อหัวอยู่ที่ 12,335 บาท โดยกลุ่มที่เป็นหนี้ส่วนใหญ่ระบุว่าจะไม่หยุดเล่นพนัน มีประมาณร้อยละ 10 เท่านั้นที่ระบุว่าจะหยุดเล่นพนัน นอกจากนั้น ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นนักพนันที่เป็นปัญหาโดยใช้ 'แบบทดสอบดัชนีความรุนแรงของการเล่นพนันแบบเป็นปัญหา (The Problem Gambling Severity Index : PGSI)' ซึ่งเป็นเครื่องมือเดียวกับกรมสุขภาพจิต พบว่ามีนักพนันที่เข้าข่ายเป็น 'นักพนันที่เป็นปัญหา' ประมาณ 6.04 ล้านคน เพิ่มขึ้นมากเมื่อเปรียบเทียบกับปี 2564

การศึกษาพฤติกรรมการเล่นพนันออนไลน์ในกลุ่มคนรุ่นใหม่ ปี 2566 [21] ทำการสำรวจประชากรอายุ 15-25 ปีทั่วประเทศ พบว่า ในปี 2566 มีคนรุ่นใหม่เล่นพนันออนไลน์เกือบ 3 ล้านคน แบ่งเป็น กลุ่มอายุ 15-18 ปี 0.46 ล้านคน เกินครึ่งเพิ่งเล่นพนันครั้งแรกในปี 2566 และกลุ่มอายุ 19-25 ปี 2.53 ล้านคน เกือบ 1 ใน 3 เพิ่งเล่นพนันครั้งแรกในปี 2566 ด้านผลกระทบ ประมาณ 1 ล้านคนยอมรับว่าตนเองได้รับผลกระทบจาการเล่นพนันออนไลน์ และผลการประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นนักพนันที่เป็นปัญหาโดยใช้ 'แบบทดสอบดัชนีความรุนแรงของการเล่นพนันแบบเป็นปัญหา (PGSI)' พบคนรุ่นใหม่เข้าข่ายเป็น 'นักพนันที่เป็นปัญหา' เกือบ 7 แสนคน แบ่งเป็น กลุ่มอายุ 15-18 ปี 1.12 แสนคน และกลุ่มอายุ 19-25 ปี 5.76 แสนคน ทั้งนี้คนรุ่นใหม่ยอมรับว่า การพบเห็นโฆษณาหรือถูกชักชวนให้เล่นพนันบ่อย ๆ มีส่วนกระตุ้นให้ 'เข้าไปลองเล่นพนัน' และเมื่อได้ลองเล่นพนันแล้วมีแนวโน้มที่จะเล่นพนันต่อเนื่อง เล่นพนันมากกว่า 1 ประเภท และยิ่งเล่นนานยิ่งมีโอกาสจะเล่นด้วยวงเงินพนันที่เพิ่มขึ้น

ด้านนโยบายและกฎหมาย พรรคการเมืองทั้งฝ่ายรัฐบาลและฝ่ายค้านต่างมีแนวนโยบายที่จะอนุญาตให้มีการพนันถูกกฎหมายมากขึ้น เห็นได้จากการมีมติเอกฉันท์รับรองรายงานผลการพิจารณาศึกษา เรื่อง การเปิดสถานบันเทิงแบบครบวงจร (Entertainment Complex) เพื่อแก้ปัญหาการพนันผิดกฎหมายและเพื่อประโยชน์ด้านเศรษฐกิจ

20 วิทยากร เชียงกูล. (2562). "เสพติดพนัน ความใหญ่โตของปัญหาและแนวทางแก้ไข". กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน
21 ธน หาพิพัฒน์. (2566). "รายงานโครงการการศึกษาพฤติกรรมการเล่นพนันออนไลน์ในกลุ่มคนรุ่นใหม่". กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน

ของประเทศ และที่ประชุมคณะรัฐมนตรีมีมติมอบหมายให้กระทรวงการคลังยกร่างพระราชบัญญัติการประกอบธุรกิจสถานบันเทิงครบวงจร พ.ศ. .... โดยเมื่อ วันที่ 4 มิถุนายน 2567 โฆษกประจำสำนักนายกรัฐมนตรีแถลงผลการประชุมว่า นายกรัฐมนตรีสั่งการในที่ประชุมคณะรัฐมนตรีให้กระทรวงการคลังเร่งรัดการดำเนินการเรื่องนี้ เพื่อให้มีแนวทางในการดำเนินการให้เป็นรูปธรรมต่อไป นอกจากนั้น คณะกรรมการเพื่อการขับเคลื่อนร่างกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมกีฬาสัตว์พื้นเมืองและสัตว์แข่งขัน ที่ดำเนินการโดย สำนักงานขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ยุทธศาสตร์ชาติ และการสร้างความสามัคคีปรองดอง (ป.ย.ป.) ได้จัดทำ ร่างกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมกีฬาสัตว์พื้นเมืองและสัตว์แข่งขัน มีสาระสำคัญที่จะให้มีการพนันสัตว์แข่งขันทั้งในสนามและออนไลน์ และในเวลาไล่เลี่ยกัน นอกจากที่ประชุมคณะรัฐมนตรี วันที่ 14 มีนาคม 2566 มีมติเห็นชอบตามที่กระทรวงการคลังเสนอในการออกผลิตภัณฑ์ใหม่ของสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล คือ สลากกินแบ่งรัฐบาลแบบตัวเลข 6 หลัก (Lottery 6: L6) และสลากกินแบ่งรัฐบาลแบบตัวเลข 3 หลัก (Number 3: N3) สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลได้จัดจ้างบริษัท ไทม์ คอนซัลติ้ง จำกัด เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการผลักดันให้สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลเป็นศูนย์กลางของธุรกิจเสี่ยงโชค โดยจัดตั้งเป็น Gaming Hub เช่น สลอตแมชชีน ไพ่ออนไลน์ พนันกีฬา เป็นต้น

อย่างไรก็ดี การทำงานต่อเนื่องของกลุ่มแผนงานลดปัญหาจากการพนัน มีส่วนทำให้ฝ่ายกำหนดนโยบายและการจัดทำร่างกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพนัน ล้วนให้ความสำคัญกับการปกป้องเด็กและเยาวชน การตระหนักถึงผลกระทบด้านลบของการพนัน และการต้องมีกองทุนที่ทำหน้าที่ด้านการลดผลกระทบจากการพนัน

2. จุดเน้นของแผน

แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม มีจุดเน้นการดำเนินงานที่สอดคล้องกับ ตามกรอบห่วงโซ่ผลลัพธ์ สสส. ด้านความปลอดภัยทางถนน (CoO5) โดยมุ่งสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายของแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน ฉบับที่ 5 ปี พ.ศ. 2565-2570 ที่สำคัญ คือ ลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลงในปี 2570 ไม่เกิน 12 คนต่อแสนประชากรหรือไม่เกิน 8,474 คน ดังนี้

1. พัฒนาและสนับสนุนให้มีการกำหนดนโยบาย การดำเนินการตามนโยบาย และติดตามนโยบายสำคัญ เช่น พื้นที่หน้าโรงเรียนและชุมชนที่ปลอดภัย และรถนักเรียนปลอดภัย เป็นต้น และส่งเสริมความยั่งยืนของโครงสร้างและกลไกการด้านความปลอดภัยทางถนน รวมถึงการผลักดันให้มีการระดมความคิดและสร้างเสียงสะท้อนอย่างสร้างสรรค์ให้กับสังคมเพื่อความปลอดภัยทางถนน
2. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในระดับอำเภอและท้องถิ่น ให้สามารถศึกษาและสะท้อนสถานการณ์ปัญหาอุบัติเหตุและความเสี่ยงในระดับอำเภอและพื้นที่ โดยเน้นกลไกการป้อนข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำมาสู่การวางแผนป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน และสนับสนุนการบูรณาการการทำงานร่วมระหว่างภาคีในประเด็นสำคัญ เช่น การลดความเร็วในเขตชุมชน/ เขตเมือง/ บริเวณหน้าโรงเรียน และความปลอดภัยในการเดินทางไปกลับโรงเรียนของเด็กและเยาวชน การส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย และผู้กระทำความผิดซ้ำฐานความผิด เมาแล้วขับ เป็นต้น

3. พัฒนาและขยายภาคีเครือข่าย ภาคเอกชน ภาคการศึกษา ยกระดับการสร้างมาตรการขององค์กรเพื่อดูแลความปลอดภัยในการเดินทางและความรับผิดชอบต่อความปลอดภัยทางถนนของประเทศร่วมกับภาคนโยบายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงขยายเครือข่ายคนรุ่นใหม่ เครือข่ายเยาวชน ร่วมขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนนในระดับจังหวัดและพื้นที่
4. การส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีเพื่อสะท้อนพฤติกรรมความปลอดภัย และส่งเสริมมาตรการเชิงบวก/ชื่นชมยกย่องผู้ใช้รถใช้ถนนที่ทำถูกกฎจราจร ผ่านเครือข่ายเยาวชนและ Influencer เช่น การสวมหมวกนิรภัย การข้ามทางม้าลาย การใช้ความเร็วในเขตชุมชน/เมือง เป็นต้น
5. การสื่อสาธารณะมุ่งเน้นความรับผิดชอบต่อส่วนรวมเมื่อต้องขับขี่/อุบัติเหตุเป็นเรื่องใกล้ตัว-การตายใกล้บ้านและวินัยจราจร และสร้างเครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบและอินฟลูเอนเซอร์ให้สื่อสารสร้างกระแส และใช้ข้อมูลขับเคลื่อนความปลอดภัยและความตื่นตัวในสังคม
6. พัฒนางานวิจัย องค์ความรู้ และจัดการความรู้ เพื่อเผยแพร่และสื่อสารสาธารณะ และสนับสนุนการพัฒนานโยบาย มาตรการ หรือกลไกลดปัญหาจากการพนันที่ทันกับสถานการณ์ของประเทศ และสื่อสารรณรงค์ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายหลักเด็กและเยาวชน ผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างความรู้เท่าทันการพนัน (Gambling Literacy) รวมถึงขยายผลการใช้ชุดการเรียนรู้เท่าทันการพนันในชุมชนและท้องถิ่น

จากจุดเน้นของแผนข้างต้น ประกอบกับกรอบนโยบาย 5 ด้านตามที่คณะกรรมการกองทุน สสส. เห็นชอบ สามารถสรุปเป็นแนวทางในการจัดทำแผนการดำเนินงานระยะ 1 ปี ดังนี้

2.1 ใช้ทิศทางและเป้าหมายกองทุน ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)

สถานการณ์และบริบททางสังคมในปัจจุบัน เป็นกรอบในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับนโยบาย กฎหมาย และทิศทางการพัฒนาประเทศตามยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ นโยบายด้านสุขภาพของรัฐ และแผนระดับชาติที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนนโยบายของรัฐบาลที่เปลี่ยนแปลงไป และให้ความสำคัญกับการใช้ห่วงโซ่ผลลัพธ์ตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนและบูรณาการการทางาน ตลอดจนการใช้กลไกการกำกับ ติดตาม และประเมินผลที่มีประสิทธิภาพควบคู่กันไป

2.2 สร้างและขยายผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างทั่วถึงและยั่งยืน

โดยการขยายผลงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้ความสำเร็จจากการทำงาน ด้วยการนำองค์ความรู้ ต้นแบบ กลไก และนวัตกรรมเป็นฐานการขยายผลและยกระดับผลลัพธ์ทางสุขภาพเพื่อสร้างระบบนิเวศสุขภาวะที่ตอบสนองต่อสถานการณ์และสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยคำนึงถึงพลวัตและความแตกต่างเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร เพื่อสร้างความยั่งยืนต่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ

2.3 สนับสนุนการพัฒนาและใช้ประโยชน์ข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

โดยนำข้อมูลสารสนเทศมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนการทำงานให้เกิดความแม่นยำ สามารถตอบสนองต่อสภาพปัญหารายพื้นที่ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างเหมาะสม พร้อมคำนึงถึงการลดช่องว่างทางดิจิทัลและความสะดวกในการเข้าถึงองค์ความรู้และฐานข้อมูลการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งคำนึงถึงความปลอดภัยและการเท่าทันการคุกคามทางดิจิทัลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยสร้างการเรียนรู้ การสื่อสาร การพัฒนาศักยภาพ

และการจัดการที่รองรับการเปลี่ยนแปลงอันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สภาพแวดล้อม และสังคมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพในยุคดิจิทัล

2.4 ให้ความสำคัญกับการลดผลกระทบจากความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอุบัติใหม่

โดยคำนึงถึงการเตรียมความพร้อมต่อประเด็นเสี่ยงหรือความท้าทายใหม่ ที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม วิถีชีวิต สภาพแวดล้อม และสังคม เพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถรับมือต่อวิกฤตการณ์ทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมในปัจจุบัน

2.5 สานพลังการทำงานกับภาคียุทธศาสตร์ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ตลอดจนภาคีเครือข่ายทุกกลุ่ม พร้อมทั้งสร้างภาคีรุ่นใหม่

เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ ระดับชาติ และระดับสากล ด้วยการผลักดันนโยบาย การพัฒนางานวิชาการ และการประสานทรัพยากร เพื่อสร้างความร่วมมือและส่งเสริมบทบาท และภารกิจด้านการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส.

3. เป้าหมายการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก

1. การพัฒนาข้อมูล องค์ความรู้ และคู่มือหรือเครื่องมือทางวิชาการด้านความปลอดภัยทางถนน สำหรับเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความปลอดภัยทางถนน (Road Safety Literacy) หรือสนับสนุนให้ผู้กำหนดนโยบายหรือผู้ปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยทางถนน **ไม่น้อยกว่า 6 เรื่อง** [22]
2. การสนับสนุนหรือพัฒนานโยบายสาธารณะใหม่ มาตรการ หรือแนวปฏิบัติ ที่ส่งผลต่อการลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนน **ไม่น้อยกว่า 2 เรื่อง** [23]
3. การขยายผลการดำเนินการเพื่อลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ โดยเน้นพื้นที่อำเภอเสี่ยง **ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20 ของอำเภอเสี่ยง**
4. การนำใช้กิจกรรมหรือหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความปลอดภัยทางถนน สำหรับเด็กและเยาวชนในสถานศึกษา **ไม่น้อยกว่า 100 แห่ง**
5. การพัฒนาองค์ความรู้เชิงวิชาการ ทั้งจากการวิจัย เอกสารเชิงวิชาการ หรือการจัดการความรู้ สำหรับการสนับสนุนการพัฒนานโยบายหรือเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการลดปัญหาจากการพนัน (Gambling Literacy) **ไม่น้อยกว่า 4 เรื่อง**

22 การพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการด้านความปลอดภัยทางถนน มุ่งเน้นการสนับสนุนองค์ความรู้ให้กับหน่วยงานผู้กำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องและพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานของหน่วยงานหลักด้านความปลอดภัยทางถนน เช่น การประเมินผลการดำเนินงานของแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน ฉบับที่ 5 ร่วมกับ ศปถ. และการวิจัยเชิงลึกและวิจัยเชิงปฏิบัติการในพื้นที่ที่เกิดอุบัติเหตุทางถนนสูง เพื่อวางมาตรการเฉพาะ เป็นต้น

23 การสนับสนุนหรือพัฒนานโยบายสาธารณะหรือมาตรการที่ส่งผลต่อการลดอุบัติเหตุ เน้นการพัฒนานโยบายที่ส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยและการลดความเร็วในเขตชุมชนหรือเขตเมือง เช่น การติดตามการสวมหมวกนิรภัยผ่านกล้อง CCTV และลดความเร็วในเขตเมืองและชุมชน เป็นต้น

ตัวชี้วัดร่วม

1. การนำใช้ข้อมูล นวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อดำเนินการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาวะทั้ง 4 มิติ และสนับสนุนการทำงานเชิงพื้นที่ เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ผลการเปลี่ยนแปลงของสุขภาวะใน 50 องค์กร และมีแผนการดำเนินงานในการนำใช้ข้อมูล นวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อดำเนินการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาวะทั้ง 4 มิติ ในประชากรกลุ่มเฉพาะเป้าหมาย จำนวน 1 แผนปฏิบัติการ

2. การบูรณาการร่วมกันระหว่างแผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม (แผน 3) และแผนสุขภาวะชุมชน (แผน 6) เพื่อยกระดับการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในเครือข่ายตำบลสุขภาวะ ในพื้นที่ 10 อำเภอ ให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

4. วัตถุประสงค์

4.1 สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการที่จำเป็นสำหรับการทำงานและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่าย และสนับสนุนให้มีระบบข้อมูลและสารสนเทศที่ผู้ปฏิบัติงานเข้าถึงได้ง่ายและสามารถนำไปใช้ในทำงานและสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.2 สนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะ มาตรการ และกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ และมีการรายงานการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ

4.3 ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการจัดการความเสี่ยงสำคัญในระดับพื้นที่ มุ่งเน้นพื้นที่เสี่ยง กลุ่มเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยง ด้วยมาตรการทางสังคม มาตรการหน่วยงานองค์กร และมาตรการของท้องถิ่นชุมชน ร่วมกับการส่งเสริมมาตรการบังคับใช้กฎหมาย

4.4 ส่งเสริมให้เด็กและเยาวชน ประชาชน และสังคม มีทัศนคติ ความรอบรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่เอื้อต่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน

4.5 สนับสนุนการศึกษา วิจัย งานวิชาการ เพื่อนำมาใช้ผลักดันนโยบาย มาตรการ และกลไกการกำกับควบคุมและลดผลกระทบจากการพนัน และสื่อสารรณรงค์เพื่อสร้างการรู้เท่าทันการพนันและลดผลกระทบจากการพนันเพื่อการปกป้องเด็กและเยาวชนและกลุ่มวัยทำงานจากการพนัน

5. แนวทางการดำเนินงาน

5.1 กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

1. ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

มุ่งเน้นการลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มเยาวชน และกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ สนับสนุนการดำเนินงานเพื่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางถนนที่สำคัญ 3 ประการได้แก่ไม่สวมหมวกนิรภัย ดื่มแล้วขับ และขับรถเร็ว สนับสนุนการลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตในพื้นที่ที่มีการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและเสียชีวิตสูง รวมไปถึงการค้นหากลยุทธ์การทำงาน นวัตกรรม เทคโนโลยีดิจิทัล ที่ส่งผลสูงต่อการลดอุบัติเหตุทางถนน

2. ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

- สนับสนุนให้เกิดการศึกษา วิจัย งานวิชาการ เพื่อนำมาใช้ผลักดันนโยบาย มาตรการและกลไกการกำกับควบคุมและลดผลกระทบจากการพนัน
- สื่อสารรณรงค์เพื่อสร้างการรู้เท่าทันการพนัน และลดผลกระทบจากการพนัน ให้ผู้เล่นมีความเข้าใจว่าการพนันมีผลกระทบ ในการปกป้องเด็กและเยาวชนจากการพนัน

5.2 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 ซึ่งมีความสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 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

1. ส่งเสริมให้ประชาชนและสังคม มีทัศนคติ ความรอบรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่เอื้อต่อความปลอดภัยทางถนน และมีวิถีและวัฒนธรรมความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน
2. สนับสนุนและผลักดันให้เกิดการจัดการความเสี่ยงสำคัญ ในพื้นที่เสี่ยง กลุ่มเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยง ด้วยการบังคับใช้กฎหมาย มาตรการทางสังคม และมาตรการหน่วยงาน/องค์กร/ชุมชน เช่น (1) กลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ กลุ่มวัยรุ่น และวัยแรงงาน (2) ดื่มแล้วขับ ขับรถเร็ว ไม่สวมหมวกนิรภัย (3) จุดเสี่ยงบนถนน (Black Spot) และ (4) มาตรฐานยานพาหนะ
3. พัฒนานโยบายสาธารณะและมาตรการที่เอื้อต่อการลดอุบัติเหตุทางถนนทั้งระดับประเทศและพื้นที่ และสนับสนุนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ และมีการรายงานผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ
4. ร่วมสนับสนุนและพัฒนาให้มีระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศกลาง ที่ประชาชนทั่วไปและผู้ปฏิบัติงานสามารถเข้าถึงได้ง่ายและนำไปใช้ในการสื่อสารและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
5. สนับสนุนการพัฒนางานวิชาการงานวิจัยและระบบจัดเก็บข้อมูล โดยมุ่งให้เกิดการนำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาสนับสนุนการทำงาน อาทิ การพัฒนาระบบสำรวจและตรวจจับการสวมหมวกนิรภัยโดยใช้กล้อง CCTV ใช้สื่อสังคมออนไลน์และกล้องติดหน้ารถยนต์สื่อสารสร้างความตระหนักให้กับสังคมและเฝ้าระวังสร้างความรับผิดชอบร่วม การพัฒนาระบบเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายที่มีประสิทธิภาพ (การตั้งด่านตรวจดื่มแล้วขับ วิเคราะห์ข้อมูลจากใบสั่งค่าปรับจราจร การสืบสวนสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ) เป็นต้น
6. พัฒนาศักยภาพและแนวปฏิบัติของชุมชน องค์กร ภาคีเครือข่าย เด็กและเยาวชน เพื่อส่งเสริมให้เกิดการร่วมดำเนินการเพื่อสร้างความปลอดภัยทางถนน
7. พัฒนาช่องทางการบูรณาการงานร่วมระหว่างภาคีเครือข่ายหลักของ 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

5.3 กลุ่มแผนงาน

แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม ประกอบด้วย 5 กลุ่มแผนงาน ซึ่งแต่ละกลุ่มแผนงานมีภารกิจโดยสังเขป ดังนี้

1. กลุ่มแผนงานการพัฒนานโยบายและสร้างเป้าหมายร่วม

1. 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
2. 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 และแก้ปัญหาในกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะผู้ใช้รถจักรยานยนต์ และเยาวชน ควบคู่ไปกับการเชื่อมโยงบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (2) สนับสนุนกลไกด้านข้อมูล MIS และการติดตามกำกับ ประเมินผล (Monitoring and Evaluation: M&E) ให้มีประสิทธิภาพ ตลอดจนการนำปฏิญญาสตอกโฮล์ม จากการประชุมผู้บริหารระดับสูงของทุกประเทศที่ร่วมประชุมด้านความปลอดภัยทางถนนระดับโลก ครั้งที่ 3 (the 3rd Global Ministerial Conference on Road Safety) ณ กรุงสตอกโฮล์ม ประเทศสวีเดน สาระสำคัญ 18 ข้อ เพื่อผลักดันให้บรรลุ Global Goals ในปี 2030 มาพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานตาม 5 เสาหลัก และนำกรอบทิศทาง 12 เป้าหมายโลกเพื่อความปลอดภัยทางถนน มาขับเคลื่อนให้หน่วยงานรับผิดชอบหลัก เร่งดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมและมีแผนในการทำงานที่ชัดเจน (3) สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการบังคับใช้กฎหมายเพื่อความปลอดภัยทางถนนโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาเสริมให้มีประสิทธิภาพ ผ่านหน่วยงาน/คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง อาทิ คณะอนุกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนด้านการบังคับใช้กฎหมาย จังหวัด ภายใต้ ศปถ. และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ
3. ร่วมผลักดันจุดคานงัดสำคัญทางนโยบายให้เกิดกระบวนการนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจร รวมถึงการบังคับใช้กฎหมาย และกระตุ้นให้เกิดการขับเคลื่อนร่วมกัน และสร้างมาตรการเสริมการบังคับใช้กฎหมาย เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทั้งการดื่มแล้วขับ การไม่สวมหมวกนิรภัย การขับรถเร็วเกินกฎหมายกำหนด ปัญหารถจักรยานยนต์ และการบูรณาการด่านชุมชนในการตรวจเตือนการดื่มแล้วขับและการสวมหมวกนิรภัย กับการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระดับจังหวัดและพื้นที่ โดยสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาเสริมให้การดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
4. สนับสนุนศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.) และเครือข่ายภาคี พัฒนาข้อเสนอนโยบายที่ส่งผลกระทบสูงจากฐานวิชาการเสนอในการประชุมสำคัญเพื่อให้ข้อเสนอได้รับการแก้ไข และการจัดเวทีวิชาการสาธารณะในเรื่องที่เป็นประเด็นตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงสนับสนุนภาคีเครือข่าย ภาคประชาสังคม ให้สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายร่วมกับหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

5. ผลักดันนโยบายเจาะพื้นที่เสี่ยง ประเด็นเสี่ยง และกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน เพื่อควบคุมความปลอดภัยทางถนน โดยมุ่งเน้นประเด็น รถจักรยานยนต์ปลอดภัย และลดพฤติกรรมเสี่ยงสำคัญ คือ ดื่มแล้วขับ ไม่สวมหมวกนิรภัย ขับรถเร็ว เช่น การจัดการความเร็วตามกฎหมายจราจรทางบก ฉบับปรับปรุง ปี 2563 รถจักรยานยนต์ รถจักรยานยนต์ไฟฟ้า กำหนดรถที่ผลิตขายต้องมีความเร็วไม่เกินกำหนด การควบคุมการปรับแต่งความเร็วรถ ควบคู่กับการลดพฤติกรรมเสี่ยง เป็นต้น โดยมุ่งเน้นสนับสนุนหน่วยงานที่มีส่วนสำคัญให้ดำเนินการด้านการบังคับใช้กฎหมายในระดับปฏิบัติการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และในด้านการเพิ่มมาตรฐานความปลอดภัยในรถสาธารณะ รถโรงเรียน รถทัศนาจร และสนับสนุนให้เกิดระบบขนส่งมวลชนที่เข้าถึงง่ายทั่วถึงและเป็นธรรม
6. 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
7. สนับสนุนให้เกิดการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาช่วยเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนให้เพิ่มมากขึ้น เช่น การใช้กล้อง CCTV ตรวจจับและสำรวจอัตราการสวมหมวกนิรภัย การการใช้กล้องหน้ารถเพื่อควบคุมพฤติกรรมการขับขี่และทำให้สังคมเกิดการดูแลซึ่งกันและกันให้เกิดการขับขี่ที่ปลอดภัย การบังคับใช้กฎหมายและสืบสวนสาเหตุอุบัติเหตุ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีของโลก และรองรับสถานการณ์ที่ไม่ปรกติ เช่น การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นต้น

2. กลุ่มแผนงานเครือข่ายภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

สนับสนุนสำนักงานเครือข่ายลดอุบัติเหตุ มูลนิธิเมาไม่ขับ ชมรมคนห่วงหัว เครือข่ายหมออนามัยวิชาการ เครือข่ายรถโดยสารปลอดภัย สภาองค์กรของผู้บริโภค เครือข่ายเยาวชน เครือข่ายสื่อมวลชน เครือข่ายสังคมออนไลน์ และภาคประชาชน ในการประสานงาน ขยายเครือข่ายและรณรงค์ประชาสัมพันธ์

1. รณรงค์สร้างสร้างความตระหนักรู้และวัฒนธรรมความปลอดภัย สื่อสารประชาสัมพันธ์ ให้เกิดการรับรู้ สร้างจิตสำนึกความปลอดภัย และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในกลุ่มเด็กและเยาวชน สถานศึกษา สถานประกอบการ ครอบครัว ชุมชนท้องถิ่น พัฒนาให้เกิดเป็นวัฒนธรรมการขับขี่ปลอดภัยและไม่ยอมรับพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง สร้างความรับผิดชอบร่วมต่อปัญหาอุบัติเหตุให้กับสังคมและสื่อมวลชน และการสร้างค่านิยมความปลอดภัยในการลดอุบัติเหตุ ส่งเสริมพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนนให้มีความปลอดภัย โดยเฉพาะการลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย การขับรถในความเร็วตามที่กฎหมายกำหนด การดื่มไม่ขับ การคาดเข็มขัดนิรภัยทุกที่นั่ง เป็นต้น

2. สนับสนุนให้เกิดการเฝ้าระวังผู้กระทำผิดกฎจราจรและสื่อสารผ่านสังคมออนไลน์ (social sanction) และเน้นสื่อสารให้ประชาชนและสังคมดูแลกันและกันผ่านการใช้เทคโนโลยีและดิจิทัล สร้างมาตรฐานสังคมในเรื่องวินัยจราจร เน้นการไม่ยอมรับพฤติกรรมการขับขี่ที่ไม่ปลอดภัย สื่อสารข้อมูลและกรณีอุบัติเหตุทางถนนที่อยู่ในความสนใจของสังคมและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ และนำไปสู่การกำหนดนโยบาย
3. ส่งเสริมให้เกิดผู้นำความปลอดภัย และสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน และมี "มาตรการทางสังคม" "มาตรการองค์กร" และ "มาตรการชุมชน" ที่เอื้อต่อการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน เช่น มาตรการส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยของบุคลากร นักเรียน นักศึกษา ในองค์กร มาตรการในการขับขี่รถของบุคลากรหน่วยงาน เป็นต้น รวมถึงขยายเครือข่ายในกลุ่มผู้นำทางความคิดในสังคมออนไลน์ (influencer) เครือข่ายเยาวชนและคนรุ่นใหม่ เครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบ ภาคเอกชน และเครือข่ายจิตอาสา
4. ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือ และมีการจัดการการสื่อสารสาธารณะในเชิงยุทธศาสตร์ ทั้งด้านเนื้อหา รูปแบบช่องทางสื่อสาร และส่งเสริมให้เกิด "แกนนำและสื่อต้นแบบ" และ "เครือข่ายสื่อ" ที่ทำงานด้านอุบัติเหตุทางถนน เพิ่มการแปลงสารในเรื่องความปลอดภัยให้หลากหลาย สะดวกเข้าใจง่าย ผ่านทุกช่องทางสื่อ มีการนำเสนอและการเกาะติดกรณีเหตุการณ์สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความสนใจของสังคม
5. พัฒนาศักยภาพภาคีภาคประชาสังคมในการดำเนินงาน ส่งเสริมและสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานองค์กร ภาคธุรกิจ มูลนิธิ ภาคประชาสังคม และสื่อมวลชนทุกแขนง ให้เข้ามามีบทบาท และมีความเข้มแข็งในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนเพิ่มมากขึ้น และมุ่งเน้นการสร้างและขยายความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเชื่อมหน่วยงานท้องถิ่นเข้ามาเป็นแนวร่วมในการสื่อสารในชุมชนและเป็นกลไกเฝ้าระวัง เสริมสร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้ท้องถิ่นเห็นความสำคัญและประโยชน์
6. ขยายความร่วมมือกับภาครัฐ ภาคเอกชน ท้องถิ่น ชุมชน เช่น สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย การนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย สมาคมผู้ประกอบการรถจักรยานยนต์ หอการค้าจังหวัด ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และเครือข่ายจิตอาสาต่าง ๆ ให้ร่วมลงทุนเพื่อร่วมสร้างความปลอดภัยทางถนนให้มากยิ่งขึ้น โดยใช้โอกาสการแสดงความรับผิดชอบต่อสังคมในการขยายการทำงานร่วมกับภาคเอกชน
7. พัฒนาเครือข่ายเยาวชนและคนรุ่นใหม่เฝ้าระวังระดับพื้นที่ (Road Safety Watch) เพื่อให้เป็นผู้นำในการให้ความรู้และสื่อสารกับประชาชนในพื้นที่ ให้มีความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก รวมถึงการสร้าง นักสื่อสารในระดับภาคหรือพื้นที่ เพื่อทำให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนนที่ปลอดภัย และร่วมกันทำให้คนไทยมีวัฒนธรรมความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน โดยการเชื่อมประสานระหว่างเครือข่ายวิชาการในระดับภูมิภาคหรือจังหวัด กับ เครือข่ายสื่อมวลชนภูมิภาค และเครือข่ายภาคประชาชนต่าง ๆ
8. สนับสนุนและพัฒนาภาคีเครือข่ายด้านความปลอดภัยทางถนนเชิงประเด็นสำคัญ เช่น ดื่มไม่ขับ ลดความเร็ว รถนักเรียนปลอดภัย การสวมหมวกนิรภัย รถจักรยานยนต์ปลอดภัย และด้านการเตรียมความพร้อมและป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณภัย/ภัยธรรมชาติ/ภัยพิบัติ เช่น อัคคีภัย อุทกภัย การจมน้ำ เป็นต้น รวมถึงการเฝ้าระวังภัยออนไลน์ซึ่งเป็นภัยรูปแบบใหม่ในยุคดิจิทัลเพื่อให้ความรู้กับสังคม

3. กลุ่มแผนงานโครงสร้างและการบูรณาการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่

1. สนับสนุนให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงานร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งราชการ ท้องถิ่น เอกชน และชุมชน ในการป้องกันและลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในระดับจังหวัด อำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมุ่งเน้นให้เกิดการบูรณาการในเชิงประเด็นหรือกลุ่มเป้าหมายเพื่อลดอุบัติเหตุในพื้นที่ เช่น การสวมหมวกนิรภัย การจัดการความเร็วในเขตชุมชน และความปลอดภัยในการเดินทางของเด็กและเยาวชน และส่งเสริมให้เกิดการกำกับติดตามผลการทำงานในระดับจังหวัดโดยผู้ว่าราชการจังหวัดและ ศปถ.ส่วนกลาง
2. สนับสนุนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนทุกระดับให้เข้มแข็ง โดยเฉพาะระดับอำเภอและพื้นที่ เช่น ศปถ.อำเภอ ศปถ.อปท. พชอ. และการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (District-Road Traffic Injury: D-RTI) เป็นต้น โดยผลักดันให้อำเภอและท้องถิ่นเห็นความสำคัญกับเรื่องความปลอดภัยทางถนน และสามารถดำเนินการและมีมาตรการแก้ไขปัญหาเฉพาะของตนเอง
3. ส่งเสริมผลักดันให้เกิดการสร้างและพัฒนาข้อเสนอนโยบายและข้อปฏิบัติ ในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับพื้นที่ เสนอให้หน่วยงานที่รับผิดชอบแก้ไขปัญหา และรวบรวมเป็นข้อเสนอมายังส่วนกลางเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติ และกระตุ้นให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยทางถนนอย่างเป็นระบบ
4. ส่งเสริมให้มีผู้เชื่อมประสาน (change agent) และคณะทำงานวิชาการด้านความปลอดภัยในระดับต่าง ๆ ที่มีศักยภาพที่เหมาะสมกับการขับเคลื่อนงาน เพื่อกระตุ้น จัดการความรู้ และเชื่อมโยงการทำงานของเครือข่ายให้เสริมพลังซึ่งกัน และขยายผลการดำเนินงาน รวมทั้งยกระดับการขับเคลื่อนไปสู่แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล โดยมุ่งเน้นพัฒนาเพิ่มในพื้นที่อำเภอเสี่ยงและตำบลที่มีความเสี่ยง เน้นบทบาทการเป็นที่ปรึกษา กำกับดูแลทางด้านวิชาการแก่จังหวัดและพื้นที่ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนการดำเนินงาน ส่งเสริมการขยายผลต้นแบบที่ประสบความสำเร็จสู่พื้นที่อื่น
5. ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการใช้ข้อมูล “สถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนจังหวัด” เพื่อกำกับติดตามการทำงานในระดับจังหวัดและพื้นที่ ตลอดจนการติดตามประเมินโดยให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback loop) ผ่านผู้ว่าราชการจังหวัด ผู้บริหารหน่วยงาน คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องในจังหวัด/อำเภอ/พื้นที่ เพื่อทำให้เกิดการสั่งการแก้ไขปัญหาต่อไป โดยเน้นแก้ไขอุบัติเหตุในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ พฤติกรรมเสี่ยงสำคัญ เช่น ดื่มแล้วขับ ขับรถเร็ว ไม่สวมหมวกนิรภัย เป็นต้น

4. กลุ่มแผนงานการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้ด้านอุบัติเหตุจราจร

1. สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่จำเป็นต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะ การสื่อสาร และการดำเนินการที่เกี่ยวข้องเรื่องของความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย และสร้างงานวิจัยที่สำคัญและศึกษาวิจัยเชิงลึกตามความจำเป็นของสถานการณ์ เช่น การประเมินครึ่งทางของแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนเพื่อทบทวนมาตรการและการทำงาน มาตรการที่เหมาะสมและได้ผลในการลดอุบัติเหตุของพื้นที่ การวิจัยเพื่อประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและดิจิทัลเพื่อความปลอดภัยทางถนน เป็นต้น และสนับสนุนการจัดการความรู้และพัฒนาชุดความรู้ แปลงองค์ความรู้ให้เป็นคู่มือและเครื่องมือ (Tool Kits) และพัฒนาหลักสูตรที่เหมาะสมตามกลุ่มเป้าหมาย ที่พร้อมนำไปปฏิบัติตามและขยายผล และสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความปลอดภัยทางถนน (Road Safety Literacy)

2. พัฒนาฐานข้อมูลสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงหลักของผู้ใช้รถใช้ถนนระดับจังหวัดที่มีความต่อเนื่องและครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศอย่างเป็นระบบโดยเน้นการใช้เทคโนโลยีและดิจิทัล รวมถึงการจัดทำรายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยเป็นประจำทุกปี ตลอดจนการยกระดับการเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนให้ครอบคลุมถึงปัจจัยสำคัญต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การหยุดรถที่ทางม้าลายในเขตโรงเรียนหรือเขตชุมชน การใช้รถใช้ถนนของกลุ่มธุรกิจจัดส่งอาหาร ธุรกิจขนส่งสินค้าและบริการ
3. ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากข้อมูลและองค์ความรู้ในการวางแผนพัฒนายุทธศาสตร์และดำเนินมาตรการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรทั้งในระดับประเทศ จังหวัด และพื้นที่ รวมถึงพัฒนากระบวนการนำเสนอข้อมูลความรู้สู่กลุ่มเป้าหมายเฉพาะให้มีประสิทธิภาพ เช่น ข้อเสนอเชิงนโยบาย จัดทำข้อมูลและเอกสารประกอบการประชุม ศปถ.จังหวัด ศปถ.อำเภอ ศปถ.อปท. และการจัดเวทีร่วมกับสื่อมวลชน และสนับสนุนการติดตามประสิทธิภาพของมาตรการหลักต่าง ๆ สนับสนุนให้เกิดกลไกการกำกับติดตามการดำเนินงานของ ศปถ. ให้มีระบบสะท้อนกลับ (feedback loop) และเน้นการพัฒนาศักยภาพให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้มีความรู้ความสามารถและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงสะท้อนข้อมูลกลับให้กับสังคมและสาธารณะได้รับรู้ผ่านแกนนำนักวิชาการและภาคีเครือข่ายในพื้นที่

5. กลุ่มแผนงานการลดปัญหาจากการพนัน

1. สนับสนุนให้เกิดการศึกษาวิจัย การพัฒนาวิชาการและระบบฐานข้อมูล เพื่อสร้างองค์ความรู้ จัดการความรู้ที่อยู่ภายใต้บริบทสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และวัฒนธรรมไทย ให้เกิดความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการลดปัญหาจากการพนัน (Gambling Literacy) และการผลักดันมาตรการและกลไกการกำกับควบคุมและลดผลกระทบจากการพนัน
2. สนับสนุนให้เกิดการวิจัย พัฒนางานวิชาการ ทั้งงานเชิงประเด็น (issue based research) และเชิงพื้นที่ (area based research) เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงในการเฝ้าระวังสถานการณ์และปัญหาจากการพนัน พร้อมทั้งสนับสนุนการผลักดันนโยบาย การขับเคลื่อนสังคม
3. สนับสนุนให้เกิดการจัดการความรู้หลากหลายรูปแบบ เพื่อเผยแพร่ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยเผยแพร่ผ่านทางเว็บไซต์ www.gamblingstudy-th.org เฟซบุ๊ก ‘ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน’ สิ่งพิมพ์ จัดเวทีเสวนา การประชุมวิชาการ รวมถึงการให้ข้อมูลสถานการณ์การพนันกับสื่อมวลชน
4. พัฒนาเครือข่ายรณรงค์ที่มีอยู่เดิมและขยายเครือข่ายใหม่ ให้มีองค์ความรู้ มีศักยภาพนำเครื่องมือไปสร้างความรู้เท่าทันพนัน ระดับพื้นที่ชุมชน และการรณรงค์สร้างความรู้เท่าทันพนัน เพื่อมุ่งสู่การลดผลกระทบต่อกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กและเยาวชน
5. พัฒนาเครือข่ายที่มีอยู่เดิม พร้อมทั้งขยายพื้นที่การทำงาน เช่น ชุมชน สถานศึกษา สถานประกอบการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผ่านเครื่องมือสร้างความรู้เท่าทันการพนัน และมีการนำเครื่องมือไปใช้ขยายผลในพื้นที่เพื่อลดปัญหาจากการพนัน
6. สื่อสารรณรงค์สร้างกระแสสังคมให้เกิดการตื่นตัว ตระหนักว่าการติดพนันมีผลกระทบต่อสมองเพราะแสดงอาการเหมือนคนติดสารเสพติด และผลกระทบอื่นๆที่เกิดขึ้นจากปัญหาการพนัน รวมถึงการสร้างความรอบรู้ (Gambling Literacy) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและป้องกันการเกิดนักพนันหน้าใหม่

7. ขยายเครื่องมือชุดการเรียนรู้เท่าทันพนันกับเครือข่ายใหม่ พร้อมทั้งพัฒนาเครื่องมือชุดการเรียนรู้หรือกิจกรรมใหม่ ๆ ที่สร้างความรู้เท่าทันธุรกิจพนัน ผลกระทบจากการพนัน เช่น เพื่อใช้เป็นสื่อการเรียนการสอนของสถานศึกษา หรือสถานประกอบการ รวมทั้งพัฒนาบุคลากรและหน่วยบริการให้คำปรึกษาปัญหาจากการพนัน เชื่อมโยงสู่ระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะปัญหาทางจิตเวช

5.4 ภาคีหลัก

1. ภาคีด้านความปลอดภัยทางถนน

ภาคนโยบาย: ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน กองบูรณาการความปลอดภัยทางถนน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ตำรวจภูธรภาค กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก กรมทางหลวง กรมทางหลวงชนบท กระทรวงคมนาคม กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมการปกครอง สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กองสาธารณสุขฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข สำนักการจราจรและขนส่งกรุงเทพมหานคร สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) กระทรวงศึกษาธิการ คณะกรรมการพิจารณาศึกษาแนวทางการป้องกันและลดอุบัติเหตุเพื่อสร้างความปลอดภัยทางถนน รัฐสภา สำนักงานผู้ตรวจการแผ่นดิน กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (บพข.) สภาองค์กรของผู้บริโภค ฯลฯ

ภาควิชาการ: ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน คณะทำงานสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุจราจรระดับจังหวัด มูลนิธิไทยโรดส์ สถาบันเทคโนโลยีแห่งเอเชีย แผนงานความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลกด้านความปลอดภัยทางถนน (WHO-CCS Road Safety) เครือข่ายมหาวิทยาลัยราชภัฏ เครือข่ายสถาบันการศึกษาด้านสาธารณสุข ฯลฯ

ภาคประชาสังคม: มูลนิธิเมาไม่ขับ ชมรมคนห่วงหัว เครือข่ายเหยื่อเมาแล้วขับ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค สำนักงานเครือข่ายลดอุบัติเหตุ สมาคมเครือข่ายหมออนามัยวิชาการ มูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย สมาคมหมออนามัย เครือข่ายเยาวชนลดปัจจัยเสี่ยงทางสังคม เครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิต เครือข่ายนักวิจัยท้องถิ่นเพื่อการพัฒนาชุมชนถนนปลอดภัย สันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย สถาบันพัฒนาองค์กรเอกชน บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด สื่อมวลชน ภาคธุรกิจเอกชนต่าง ๆ ฯลฯ

2. ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

ภาคนโยบาย: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยเฉพาะกรมกิจการเด็กและเยาวชน กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะกรมสุขภาพจิต กระทรวงมหาดไทย กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวง

วัฒนธรรม สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ การกีฬาแห่งประเทศไทย ธนาคารแห่งประเทศไทย ฯลฯ

ภาควิชาการ: ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฯลฯ

ภาคประชาสังคม: มูลนิธิรณรงค์หยุดพนัน มูลนิธิชายหญิงก้าวไกลเพื่อสังคม เครือข่ายรณรงค์หยุดพนัน สมาคมเครือข่ายงดเหล้าและลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เครือข่ายเยาวชน เช่น เครือข่ายเยาวชนลดปัจจัยเสี่ยง เครือข่ายเยาวชนลดปัจจัยเสี่ยงทางสังคม สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย เครือข่ายเด็กรุ่นใหม่ไม่พนัน สภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย สมาคมผู้บำเพ็ญประโยชน์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์ และเครือข่ายอื่น ๆ

6. งบประมาณ

รวม
225.00
ล้านบาท

- กลุ่มแผนงานการพัฒนานโยบายและสร้างเป้าหมายร่วม **10.00** ล้านบาท
- กลุ่มแผนงานเครือข่ายภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ **77.00** ล้านบาท
- กลุ่มแผนงานโครงสร้างและการบูรณาการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่ **91.00** ล้านบาท
- กลุ่มแผนงานการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้ด้านอุบัติเหตุจราจร **15.00** ล้านบาท
- กลุ่มแผนงานการลดปัญหาจากการพนัน **30.00** ล้านบาท
- การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ **2.00** ล้านบาท

แผน 4

แผนควบคุม ปัจจัยเสี่ยง ทางสุขภาพ

1. สถานการณ์และแนวโน้ม

1.1 สถานการณ์ และแนวโน้มที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพจิต

จากรายงานความสุขโลกปี พ.ศ. 2567 พบว่า **ประเทศไทยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขของประชาชนอยู่ในลำดับที่ 58 ของโลก โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จาก 5.843 ในปี 2563-2565 เป็น 5.986 ในปี 2564-2566**

ขณะที่**การสำรวจสุขภาพจิต** [24] (ความสุข) ของคนไทย ในปี 2563 พบว่าประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีคะแนนสุขภาพจิตยังอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้สำหรับสุขภาพจิตของคนทั่วไป (27.01-34.00 คะแนน) โดยมีคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยอยู่ที่ 33.53 คะแนน และพบว่ามีกลุ่มประชากรที่มีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป เท่ากับร้อยละ 11.5 และจากข้อมูล**การประเมินสุขภาพจิตของคนไทย (Mental Health Check-in)** พบว่า ในปี 2566 คนไทยมีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มสูงขึ้น [25] จากร้อยละ 12.8 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 29.9 โดยผู้เข้ารับการประเมิน 1.2 ล้านราย มีปัญหาเสี่ยงซึมเศร้ามากที่สุด และรองลงมาเป็นกลุ่มที่มีความเครียดสูง

ด้านอัตราการฆ่าตัวตายในภาพรวมของประเทศ พบว่ามีแนวโน้มอัตราสูงขึ้นต่อเนื่อง จากข้อมูลปี 2561-2566 เท่ากับ 6.32 ในปี 2561 เป็น 7.99 คนต่อแสนประชากร ในปี 2566 และพบว่าผู้ชายมีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้หญิงถึง 4 เท่า และปัจจุบันพบว่าวัยรุ่น (อายุ 15-19 ปี) พยายามฆ่าตัวตายสูงขึ้น แต่การฆ่าตัวตายสำเร็จไม่มากเท่ากับผู้ใหญ่วัยทำงาน (อายุ 20-59 ปี) ในขณะที่พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้นเช่นกัน ทั้งนี้ข้อมูลปี 2566 อาชีพที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง คือ กลุ่มผู้ใช้แรงงาน จำนวน 1,929 คนรองลงมา คือ ผู้ไม่มีรายได้ จำนวน 1,567 คน กลุ่มเกษตรกร จำนวน 1,286 คน กลุ่มค้าขาย จำนวน 259 คนและกลุ่มรับราชการ จำนวน 110 คน ในภาพรวม ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีแนวโน้มสูงขึ้น จาก 24,148 คน ในปี 2563 เป็น 31,757 คน ในปี 2566 [26]

สถานการณ์ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในประเทศยังคงเป็นความท้าทาย จำนวนและสัดส่วนบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวชต่อประชากรในประเทศค่อนข้างจำกัด โดยพบว่ามีจิตแพทย์ 1.3 คนต่อประชากรแสนคน ซึ่งถือว่าต่ำกว่ามาตรฐานจำนวนจิตแพทย์รับผิดชอบที่องค์กรอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ 1.7 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน ขณะที่มีนักจิตวิทยา/นักจิตวิทยาคลินิก 1.6 คนต่อประชากรแสนคน และพบกระจุกตัวในบางพื้นที่ โดยเฉพาะจิตแพทย์และนักจิตวิทยาที่พบว่าในกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนต่อประชากรที่ดีกว่าภูมิภาคอื่น ๆ หลายเท่าตัว [27]

จากสถานการณ์และการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า **ยังคงมีช่องว่างสำคัญที่ต้องดำเนินการ** คือ 1) การพัฒนามาตรการและการขับเคลื่อนสร้างสุขภาพจิตก่อนเจ็บป่วยในกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต อาทิ บาดแผลทางใจในวัยเด็ก กลุ่มคนรายได้น้อย และปัญหาผลกระทบจากสุขภาพจิตและจิตเวช อาทิ กลุ่มผู้เสพ ผู้ใช้ยาเสพติด ที่ต้องเติมเต็มการสร้างสุขภาวะทางอารมณ์และสังคม 2) การพัฒนาการดำเนินงานที่มีต้นแบบ

[24] กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2563). “สรุปผลที่สำคัญการสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) ของคนในประเทศไทย พ.ศ. 2563”. กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ห้างหุ้นส่วนจำกัด บางกอกบล็อก. กรุงเทพมหานคร

[25] สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2567). “รายงานภาวะสังคมไทยไตรมาสสี่และภาพรวมปี 2566”

[26] ข้อมูลจาก Health Data Center, กระทรวงสาธารณสุข. ณ วันที่ 6 มีนาคม 2567. เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php

[27] สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2566). “รายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ. 2566”

เพียงไม่กี่พื้นที่/แห่ง จำเป็นต้องประเมินผลและขยายการดำเนินงานให้มีความครอบคลุม 3) ระบบการทำงานและทรัพยากรด้านสุขภาพจิตที่มีความจำกัด จำเป็นขยายการดำเนินงานไปที่กลุ่มผู้ปฏิบัติงานด่านหน้า การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และการหามาตรการที่เป็นจุดคานงัดในการปรับเปลี่ยนพัฒนาระบบและทรัพยากรให้มีเพียงพอ 4) ปัญหาสุขภาพจิตมีความกว้าง ซับซ้อน และเกี่ยวเนื่องกันหลายภาคส่วน ที่ไม่ใช่แค่เรื่องสาธารณสุข จึงต้องมีการแสวงหาความร่วมมือที่สอดรับกัน และวิเคราะห์/วิจัยเชิงลึก เพื่อหาแนวทางที่สามารถส่งเสริมและแก้ปัญหา

1.2 สถานการณ์และแนวโน้มที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

1. ปัญหามลพิษทางอากาศ โดยเฉพาะฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) และ VOC

จากข้อมูลสถานการณ์ฝุ่น PM2.5 ในประเทศไทย ปี 2566 พบว่า หลายพื้นที่ประสบปัญหาระดับฝุ่น PM2.5 ในบรรยากาศทั่วไปเกินค่ามาตรฐานที่กำหนด โดยเฉพาะเขตพื้นที่ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยฝุ่น PM2.5 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนได้ในทุกกลุ่มประชากร ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยเฉพาะในประชาชนกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ เด็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหืด โรคตาอักเสบ โรคผิวหนังอักเสบ และโรคทางเดินหายใจ เป็นต้น และจากการเฝ้าระวังโรคที่เกิดจากการรับสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 30 ธันวาคม 2566 ผ่านระบบคลังข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) พบว่า เขตสุขภาพที่ 1 – 13 มีจำนวนผู้ป่วยโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศมากถึง 11,233,844 ราย แบ่งเป็น ผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเดินหายใจ 4,959,315 ราย กลุ่มโรคหัวใจหลอดเลือดและสมองอุดตันขาดเลือด 1,743,562 ราย กลุ่มโรคตาอักเสบ 1,937,181 ราย กลุ่มโรคผิวหนังอักเสบ 2,350,606 ราย และโรคจากการรับสัมผัสมลพิษทางอากาศ 218 ราย และผลกระทบต่อสุขภาพระยะยาว (มะเร็งปอด) 242,962 ราย [28]

2. การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Climate Change)

ปัจจุบันอุณหภูมิของโลกยังคงสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะประเทศไทยที่มีรายงานว่าบางจังหวัดอาจร้อนทะลุ 50 องศาเซลเซียส ซึ่งถือว่าอยู่ในระยะอันตราย [29] ซึ่งค่าเฉลี่ยอุณหภูมิประเทศไทยปี 2566 มีค่าเฉลี่ยสูงถึง 40.6 องศาเซลเซียส (สูงกว่าปี 2562 – 2565) และในปี 2567 กรมอุตุนิยมวิทยาคาดการณ์ว่าประเทศไทยบางพื้นที่จะมีอุณหภูมิสูงสุดถึง 43.0 - 44.5 องศาเซลเซียส [30] และจากข้อมูลของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ระบุว่า การเสียชีวิตจากภาวะอากาศร้อน ปี 2561 – 2567 (6 ปี ย้อนหลัง) มีสะสมถึง 193 ราย และในปี 2567 (ตั้งแต่ 1 มกราคม – 5 พฤษภาคม 2567) มีจำนวนผู้ป่วยจากภาวะอากาศร้อน สะสมถึง 8 ราย และมีผู้เสียชีวิตสะสม 16 ราย [31] ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น

28 ข้อมูลจาก Health Data Center, กระทรวงสาธารณสุข. ณ วันที่ 6 มีนาคม 2567. เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php

29 สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2567). “การสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพจากโลกเดือดถึงจุดจบมนุษยชาติ?”. เข้าถึงได้จาก. https://www.onep.go.th/9-มีนาคม-2567-การสูญเสียความห/

30 กรมอุตุนิยมวิทยา, กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2567). “การคาดหมายลักษณะอากาศช่วงฤดูร้อนของประเทศไทย พ.ศ.2567”. เข้าถึงได้จาก http://www.climate.tmd.go.th/

31 กองระบาดวิทยา, กรมควบคุมโรค. (2567). “โปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค”. เข้าถึงได้จาก https://ebs-ddce.ddc.moph.go.th/eventbase/calendar/zoneall/

3. มลพิษและเหตุฉุกเฉินจากโรงงานอุตสาหกรรม

มลพิษที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของโรงงานอุตสาหกรรมนั้น สามารถเกิดได้ ทั้งมลพิษทางอากาศ มลพิษทางน้ำ และมลพิษในดิน หากจะระบุถึงความรุนแรงของเหตุการณ์ดังกล่าวนั้นสามารถตรวจสอบได้จากข้อมูลสถิติเรื่องร้องเรียนด้านมลพิษในปี 2566 จากกรมควบคุมมลพิษ พบว่า ได้รับแจ้งเรื่องร้องเรียนด้านมลพิษ 1,144 เรื่อง โดยพื้นที่ที่มีปัญหาได้รับการแจ้งเรื่องร้องเรียนสูงสุด คือ กรุงเทพมหานคร 269 เรื่อง รองลงมาคือ จังหวัดสมุทรปราการ 68 เรื่อง และจังหวัดสมุทรสาคร 63 เรื่อง ซึ่งมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมส่งผลกระทบให้เกิดเหตุฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุต่อชุมชนและประชาชนที่มีความถี่มากขึ้น จะเห็นได้จากปี 2566 เกิดอุบัติเหตุในโรงงานอุตสาหกรรมจำนวน 140 ครั้ง แบ่งเป็น อัคคีภัยสูงที่สุด 109 ครั้ง สารเคมีรั่วไหล 13 ครั้ง อุบัติเหตุจากการทำงานและเครื่องจักร 11 ครั้ง เหตุระเบิด 4 ครั้ง และอื่น ๆ จำนวน 3 ครั้ง

4. การจัดการขยะมูลฝอยและของเสียอุตสาหกรรม

สถานการณ์ปัญหาขยะในประเทศไทยในปี 2566 พบว่า มีปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นของประเทศไทย 26.95 ล้านตัน ซึ่งคิดเป็นอัตราการเกิดขยะมูลฝอยที่ 1.12 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน (สูงกว่าปี 2565) โดยมีปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น 26.95 ล้านตัน เป็นขยะมูลฝอยที่ถูกนำกลับมาใช้ประโยชน์ 9.31 ล้านตัน ขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดถูกต้อง 10.17 ล้านตัน และขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดไม่ถูกต้อง 7.47 ล้าน และมีจำนวนสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยทั้งหมด 2,079 แห่ง กำจัดถูกต้องเพียง 114 แห่ง (คิดเป็นร้อยละ 5.48) และมีสถานที่กำจัดที่ไม่ถูกต้องถึง 1,965 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 94.51 นอกจากนี้ ปัญหาปริมาณกากของเสียอุตสาหกรรมทั้งที่เป็นอันตรายและไม่เป็นอันตรายต้องมีการแจ้งการขนส่งในระบบและนำเข้าสู่ระบบการจัดการกากของเสียอุตสาหกรรมของกรมโรงงานอุตสาหกรรม จากข้อมูลพบว่า ในปี 2565 มีปริมาณกากของเสียอุตสาหกรรมที่เป็นอันตรายเข้าสู่ระบบการจัดการมีจำนวนถึง 2.71 ล้านตัน (เพิ่มขึ้นจากปี 2564 ร้อยละ 80.67 ที่มีปริมาณ 1.50 ล้านตัน)

1.3 สถานการณ์และแนวโน้มที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ

1. อัตราการคลอดของวัยรุ่น

อัตราการคลอดมีชีพของหญิงอายุ 15-19 ปี ลดลงอย่างต่อเนื่อง จาก 24.4 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ในปี 2564 ข้อมูลล่าสุดในปี 2565 ลดลงเหลือ 21.0 ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับอัตราการคลอดมีชีพของหญิงอายุ 10-14 ปี ที่ขณะนี้ลดลงเหลือ 0.8 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน ซึ่งในกลุ่มนี้แม้ภาพรวมประเทศจะลดลง แต่จำนวนการคลอดมีชีพ กลับเพิ่มมากขึ้นในหลายพื้นที่[32] ปัจจุบันคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ลดค่าเป้าหมายอัตราการคลอดของวัยรุ่น อายุ 15 – 19 ปี จากไม่เกิน 25 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 – 19 ปี 1,000 คน เหลือไม่เกิน 15 ในปี 2570 แต่ยังคงค่าเป้าหมายอัตราการคลอดของวัยรุ่นอายุ 10 – 14 ปี ที่ไม่เกิน 0.5 ต่อประชากรหญิงอายุ 10 – 14 ปี 1,000 คน ในปี 2570 ในส่วนของอัตราการคลอดซ้ำของหญิงอายุ 15-19 ปี ลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ในปี 2565 มีอัตราเพิ่มขึ้นจากปี 2564 เล็กน้อย โดยปี 2564 อยู่ที่ร้อยละ 7.7 ขณะที่ปี 2565 อยู่ที่ร้อยละ 7.8 ในกลุ่ม 10-14 ปี ไม่มีรายงานในเรื่องนี้เลยตั้งแต่ปี 2561-2563 แต่กลับพบสถิติคลอดบุตรซ้ำในปี 2564 โดยอยู่ที่ร้อยละ 0.4 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 0.8 ในปี 2565 ในส่วนของหญิงอายุน้อยกว่า

32 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, กรมอนามัย. (2567). “รายงานประจำปี 2566”.

20 ปี ที่ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่หลังคลอดหรือหลังแท้ง มีอัตราที่เพิ่มขึ้น โดยในปี 2565 อยู่ที่ร้อยละ 37.8 และปี 2566 อยู่ที่ร้อยละ 42.8 แต่ยังคงต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ [33]

2. การยุติการตั้งครรภ์

จากข้อมูลผู้โทรปรึกษาสายด่วนท้องไม่พร้อม 1663 ในระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ. 2561-2565) พบว่ามีจำนวนรวม 141,575 คน ร้อยละ 81 ต้องการยุติการตั้งครรภ์ โดยส่วนใหญ่อยู่ในวัย 20-29 ปี (ร้อยละ 50.6) ผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อมส่วนใหญ่รู้ตัวเร็ว และเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ได้เร็ว โดยจากจำนวน 1.4 แสนคน ระบุว่าปัญหาด้านเศรษฐกิจเป็นเหตุผลที่ต้องการยุติฯ เพียงหนึ่งในสามเท่านั้น เหตุผลที่สำคัญกว่าคือประเด็นขัดแย้งไม่ลงรอยในครอบครัวและความสัมพันธ์ระหว่างคู่ ด้วยสัดส่วนร้อยละ 40.2 ทั้งในแง่ของการถูกปฏิเสธความรับผิดชอบจากคู่ อยู่ในความสัมพันธ์ที่เปราะบาง รวมทั้งการที่ครอบครัวไม่สนับสนุนหรือยอมรับการตั้งครรภ์ครั้งนั้น [34] ข้อมูลบริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาในระบบสุขภาพ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 – ปัจจุบัน มีการรายงานทั้งสิ้น 127,272 คน เป็นการใช้ยายุติการตั้งครรภ์จำนวน 118,404 คน ในส่วนของสถานพยาบาลในเครือข่ายอาสา RSA ที่ให้บริการยุติการตั้งครรภ์ ปัจจุบันมี 121 แห่ง ตั้งอยู่ใน 51 จังหวัด จากจำนวนสถานพยาบาลที่ให้บริการยุติการตั้งครรภ์เป็นโรงพยาบาลของรัฐ 79 แห่ง (จากกว่า 907 แห่ง) สะท้อนถึงความยากลำบากที่ต้องเดินทางเพื่อยุติการตั้งครรภ์ [35] นอกจากนี้แต่ละแห่งก็ให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่แตกต่างกัน ประมาณสามในสี่ (ร้อยละ 75.2) ของแหล่งบริการในเครือข่าย RSA ให้บริการในอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ สถานพยาบาลที่ให้บริการยุติฯ ภายใน 16 สัปดาห์ และ 20 สัปดาห์ มีสัดส่วนเท่ากันคือประมาณร้อยละ 10 ส่วนที่ให้บริการในอายุครรภ์ที่มากกว่านั้นมีเพียงร้อยละ 5 ซึ่งการเพิ่มจำนวนผู้ให้บริการในระบบจึงเป็นเรื่องจำเป็นเพื่อให้ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมสามารถเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ได้อย่างปลอดภัย

3. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอชไอวี

สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมายังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูง โดยเฉพาะโรคซิฟิลิส ที่พบอัตราป่วยในปี 2566 เพิ่มขึ้น 2.5 เท่าจากปี 2561 (จากอัตราป่วย 11 เพิ่มเป็น 28.1 ต่อประชากรแสนคน) โดยในกลุ่มเยาวชนพบอัตราป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า (จากอัตราป่วย 27.9 เพิ่มเป็น 91.2 ต่อประชากรแสนคน) สาเหตุหลักเกิดจากการไม่ใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอีกด้วย ในส่วนของสถานการณ์เอชไอวีในประเทศไทย ปี 2565 มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 9,200 คน ในจำนวนนี้เป็นเยาวชนอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 48 (4,379 คน) มีผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ 560,000 คน เป็นเยาวชนอายุ 15-24 ปี 25,643 คน โดยสาเหตุที่ทำให้เยาวชนไม่ใช้ถุงยางอนามัยเกิดจาก การเข้าไม่ถึงข้อมูลบริการเรื่องถุงยางอนามัย ทัศนคติต่อการใช้ถุงยางอนามัย และถุงยางฟรียังคงต้องยืนยันตัวตน ส่วนการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในเยาวชนมีอัตราต่ำ เนื่องจากการขาดบริการตรวจคัดกรองที่มุ่งเป้าในเยาวชน และเยาวชนยังไม่เห็นความสำคัญต่อเรื่องดังกล่าว รวมถึงการไม่เข้าสู่ระบบดูแลรักษา ขาดจุดบริการที่รอบด้าน หรือขาดบริการที่เยาวชนสนใจ อาทิ ฮอร์โมน สุขภาพจิต สุขภาพทางเพศ [36] เป็นต้น

33 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2567). จากการประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ครั้งที่ 1/2567 เมื่อวันที่ 7 มีนาคม 2567

34 สมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม. (2566). “รายงานการติดตามผลระบบบริการยุติการตั้งครรภ์และพัฒนานวัตกรรมบริการนวัตวิถี (New Normal) ในบริบทกฎหมายยุติการตั้งครรภ์ฉบับใหม่”.

35 กุลภา วจนสาระ และกฤตยา อาชวนิจกุล. (2566). “ทางเลือกกับความเหลื่อมล้ำของบริการทำแท้งหลังแก้กฎหมาย”. สมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม. โรงพิมพ์เดือนตุลา; กรุงเทพมหานคร.

36 ข้อมูลจากการประชุมคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คช.ปอ.) ครั้งที่ 1/2567 เมื่อวันที่ 22 เมษายน 2567

4. การตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ

จากข้อมูลการติดตามสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ พบว่า การตีตราและเลือกปฏิบัติของประชาชนอายุ 15-49 ปี ที่มีต่อผู้ติดเชื้อมีอัตราเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 26.7 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 27.9 ในปี 2565 รวมถึงการตีตราตัวเองของผู้ติดเชื้อที่ทำให้ตัดสินใจไม่ไปโรงพยาบาลมีอัตราเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 36.1 ในปี 2564 เป็นร้อยละ 52.0 ในปี 2566 ส่วนการตีตราในสถานบริการสุขภาพ ในส่วนของผู้ให้บริการสุขภาพ พบว่ามีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับ [37]

1.4 สถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและระบบยา

จากรายงาน ภาวะสังคมไทยไตรมาสหนึ่ง ปี 2567 ของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ชี้ให้เห็นว่า ปัญหาเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคในเกือบทุกประเภทของสินค้าและบริการ มีจำนวนลดลงจากช่วงเดียวกันของปีที่ผ่านมาร้อยละ 52.7 แต่อย่างไรก็ตาม ผลจากสำรวจยังคงมีประเด็นที่ต้องติดตามและให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง คือ 1) ความเสี่ยงจากการถูกหลอกลวงให้รับ/จ่ายบิลออนไลน์ ผ่านแอปพลิเคชันการขายสินค้าออนไลน์ ซึ่งผู้ใช้บริการอาจมีความเสี่ยงต่อการถูกหลอกให้โอนเงินหรือถูกนำข้อมูลส่วนบุคคลไปใช้ประโยชน์อื่นได้ และ 2) ปัญหาบริการทัวร์ท่องเที่ยวไม่ตรงปกหรือผิดกฎหมาย ซึ่งคิดเป็นกว่าร้อยละ 85.9 ของเรื่องร้องเรียนตามข้อมูลของสภาองค์กรของผู้บริโภค (ตุลาคม 2565 - มกราคม 2567) และมีมูลค่าความเสียหายรวมกว่า 67 ล้านบาท [38] ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) เกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่พบมากที่สุด ผู้บริโภค คือ ปัญหาจาการสินค้าและบริการทั่วไป รองลงมาเป็นการเงินและธนาคาร ส่วนอันดับสาม คือ อาหาร ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเรื่องอาหารและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เป็นต้น

นอกจากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นแล้วนั้น ยังจะเห็นได้ถึงสถานการณ์ของการดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance: AMR) เป็นภัยคุกคามด้านสุขภาพโลกที่ส่งผลกระทบต่อคน สัตว์ อาหาร และสิ่งแวดล้อม รวมส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ งานวิจัยล่าสุดเผยว่าในปี 2562 ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตโดยตรงจากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพประมาณปีละ 1.27 ล้านคน [39] และคาดการณ์ว่าในปี 2593 ปัญหา AMR ทำให้ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศรายได้น้อยถึงปานกลางลดลงมากกว่าร้อยละ 5 และทำให้คนจำนวน 28.3 ล้านคน เข้าสู่ภาวะความยากจนขั้นรุนแรง (extreme poverty) [40] สำหรับประเทศไทย การประมาณการในช่วงปี 2553 พบว่าคนไทยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพประมาณปีละ 88,000 คน และเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพประมาณปีละ 38,000 คน คิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจไม่ต่ำกว่า 4 หมื่นล้านบาท [41] ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ใน ปี2565 ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่ป่วยติดเชื้อที่ไม่ดื้อยาถึง 1.5 เท่า และเนื่องจาก AMR เป็นวิกฤติร่วมของทุกประเทศทั่วโลก ปัญหา AMR จึงถูกยกระดับเป็นนโยบายระดับโลก ที่ต้องดำเนินการแก้ไขภายใต้แนวคิด

37 ข้อมูลจากศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย (HIV INFO HUB). กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (สืบค้นเมื่อ 13 พฤษภาคม 2567). เข้าถึงได้จาก https://hivhub.ddc.moph.go.th/

38 สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2567). “รายงานภาวะสังคมไทยไตรมาสหนึ่งปี 2567”.

39 Murray, Christopher J L et al. (2022). “Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis”. The Lancet, Volume 399, Issue 10325, 629 - 655

40 Jonas OB, et al. (2017). “Drug-resistant infections: a threat to our economic future (Vol. 2): final report”. HNP/Agriculture Global Antimicrobial Resistance Initiative Washington, D.C.: World Bank Group.

41 ภาณุมาศ ภูมาศ และคณะ. (2555). “ผลกระทบด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์จากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย: การศึกษาเบื้องต้น”. วารสารการวิจัยระบบ สาธารณสุข, 6(3): 352-360.

สุขภาพหนึ่งเดียว[42] ซึ่งประเทศไทยได้ดำเนินการในการแก้ไขปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพภายใต้สุขภาพหนึ่งเดียว มาตั้งแต่ปี 2560 ภายใต้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2565 และได้ดำเนินการ ต่อเนื่องมาถึงปัจจุบันภายใต้แผนปฏิบัติการด้านการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566-2570

2. จุดเน้นของแผน

จากการทบทวนสถานการณ์สำคัญ และการสรุปผลการดำเนินงานตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) นั้น จะเห็นได้ว่าแผนสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ จำเป็นต้องมีการวางแผนการดำเนินงาน **เพื่อปิดช่องว่างและลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ รวมทั้งยังต้อง พัฒนาแนวทางบูรณาการร่วมทั้ง 4 แผนงานเข้าด้วยกันให้มากยิ่งขึ้น** อันจะเป็นการสร้างเสริมสุขภาวะ อย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง ในการนี้ แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจึงกำหนดจุดเน้นการดำเนินงานในปี 2568 ที่สอดคล้องตามยุทธศาสตร์ของแผนหลัก (พ.ศ. 2566 -2570) ดังนี้

2.1 สนับสนุนการบังคับใช้กฎหมาย โดยเน้นมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

1. **สนับสนุนและส่งเสริมมาตรการนโยบายสร้างเสริมสุขภาพจิต** ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพจิตชาติ เช่น นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพจิตสำหรับแรงงานในสถานประกอบการ นโยบายด้านมาตรฐานการจัดบริการแบบบูรณาการกาย จิต สังคมในสถานบริการปฐมภูมิตามเจตจำนงของพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 การศึกษา การเพิ่มจำนวน และผลักดันวิชาชีพนักจิตวิทยาการปรึกษาเข้าสู่ระบบบริการด้านสุขภาพจิต เป็นต้น รวมทั้งเร่งการศึกษาภูมิทัศน์ (Eco system) ของหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีส่วนในการกำหนดนโยบาย และระบบนิเวศนโยบายสาธารณะ เพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิตที่พึงปรารถนา รวมทั้งการลงทุนด้านสุขภาพจิตที่ตอบสนองการป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างรัดกุมและเร่งด่วน
2. **สนับสนุนและร่วมขับเคลื่อนกลไกทางนโยบาย กฎหมาย ระบบยุติธรรมสิ่งแวดล้อม** มาตรการระดับพื้นที่และภูมิทัศน์ ที่เอื้อต่อเกิดการบังคับใช้กฎหมายในการแก้ไขปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมได้ผลสัมฤทธิ์ ได้แก่ การเสนอร่างพระราชบัญญัติบริหารจัดการเพื่ออากาศสะอาด พ.ศ. .... (CAA) ร่างพระราชบัญญัติการรายงานและเปิดเผยข้อมูลการปล่อยและเคลื่อนย้ายสารมลพิษ พ.ศ. .... (PRTR) และร่างพระราชบัญญัติการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และส่งเสริมการลดก๊าซเรือนกระจก พ.ศ. .... (CCA)
3. **สนับสนุนและส่งเสริมมาตรการ** อันเกี่ยวกับ “กลไกการคุ้มครองสิทธิผู้ตั้งครรภ์ไม่พร้อม หากท้องต้องท้องอย่างมีคุณภาพ” และเสริมสร้างความรู้การเข้าถึงสิทธิตาม พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 (การยุติการตั้งครรภ์/อนามัยการเจริญพันธุ์)

42 คณะทำงานประสานการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560–2564. (2563). “ความก้าวหน้าระยะครึ่งแผน: การขับเคลื่อน แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560–2564”.

4. **สนับสนุนการยกร่าง พรบ. ผู้บริโภคระดับประชาชน พ.ศ. ....** (ขณะนี้อยู่ในช่วงของการยกร่าง) รวมทั้งคัดกรองประเด็นสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางเชื่อมประสานการทำงานในการสร้างนโยบายสาธารณะผ่าน สช. สปสช. เพื่อมุ่งเน้นการดำเนินงานด้าน "การป้องกัน" ให้เพิ่มมากขึ้น

2.2 สนับสนุนการพัฒนางานวิชาการ งานวิจัย และการส่งต่อทุนความรู้ให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนามาตรการสำคัญเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

1. **พัฒนางานวิชาการที่ยังเป็นช่องว่าง** ที่ครอบคลุมการศึกษาปัจจัยกำหนดสุขภาพจิต ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยสร้างสุขภาพจิตผ่านการประยุกต์ใช้จิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology for Mental Health Promotion) การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตและติดตามสุขภาวะทางจิต การจัดการข้อมูลเพื่อชี้เป้าการดำเนินงาน การพัฒนาข้อมูลชี้วัดและติดตามประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพจิต รวมทั้งการเชื่อมความร่วมมือกับนานาชาติเพื่อเชื่อมโยงองค์ความรู้วิชาการมาใช้ประโยชน์ในบริบทของพื้นที่
2. **สนับสนุนนวัตกรรมเพื่อการขับเคลื่อนสร้างเสริมสุขภาพจิต** พัฒนางานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพจิตและสารเสพติด การเสริมความเข้มแข็ง เพื่อขยายผลการบำบัดผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน การพัฒนาสร้างเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ รวมทั้งมีการสร้างและเสริมศักยภาพเจ้าหน้าที่สุขภาพจิตชุมชนให้สามารถดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่เป้าหมายที่ต้องเร่งดำเนินการ อาทิ กลุ่มเป้าหมายเยาวชนในสถานศึกษา กลุ่มคนจนเมือง และกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ เป็นต้น
3. **พัฒนาและเผยแพร่งานวิชาการด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมสุขภาพ** เช่น ข้อมูลของ PM1.0 ผลกระทบต่อสุขภาพจากปัญหา Micro plastic การใช้สารเคมีในผลิตภัณฑ์พลาสติก การวิเคราะห์ถึงผลกระทบต่อสุขภาพจากขยะติดเชื้อ การตรวจคัดกรองมะเร็งปอดเบื้องต้นสำหรับกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่วิกฤตของประเทศไทย ผลกระทบต่อสุขภาพจากปัญหาสารอินทรีย์ระเหยง่ายในพื้นที่ภาคตะวันออกของประเทศไทย และเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่อาจกระทบต่อมลพิษสิ่งแวดล้อมสุขภาพ
4. **สนับสนุนงานวิจัยและนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการเสริมสร้างความรู้** ดำเนินการงานวิจัยตามบริบทของกลุ่มเป้าหมาย เช่น การทำวิจัยเรื่อง HIV เพื่อเป็นการให้คำปรึกษา (counseling) ปัญหาให้กับกลุ่ม LGBTQ งานวิจัยเกี่ยวกับสร้างเสริมระบบบริการ STIs และ ประเด็นการตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ มีการพัฒนาความรู้อันเกี่ยวกับประเด็นปัจจัยการค้ากำหนดสุขภาพ (Commercial Determinants of Health) ที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในการเลือกอุปโภคและบริโภคสินค้า ยา และการบริการทางสุขภาพได้อย่างปลอดภัย รวมทั้งเพื่อเป็นการเสริมสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับกลยุทธ์ กลโกง และเทคนิควิธีทางเทคโนโลยีเกี่ยวกับการซื้อ-ขายออนไลน์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว รวมถึงพฤติกรรมการเกิดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เพื่อให้ประชาชน "มีความรู้เท่าทัน สามารถป้องกัน และไม่ตกเป็นเหยื่อ"

2.3 ยกระดับการทำงานของภาคีเครือข่าย ผ่านการสร้างเสริมศักยภาพและพัฒนาความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย (ผ่านกระบวนการ empower ให้กับเครือข่ายในพื้นที่)

1. **ส่งเสริมความเข้มแข็งกลไกคณะกรรมการสุขภาพจิตจังหวัด และสนับสนุนการเสริมสร้างระบบนิเวศทางสุขภาพในชุมชน ผ่านการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายท้องถิ่นและภาคประชาสังคม** ในการดำเนินการพัฒนาและขยายการพัฒนาแกนนำชุมชน“สุขเป็น” บนฐานวิชาการจิตวิทยาเชิงบวก ซึ่งเป็นนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ด้วยกระบวนการถอดบทเรียนและประเมินผลเพื่อขยายผลแบบก้าวกระโดด การสร้างชุมชนเป็นพื้นที่ปลอดภัย มีกลุ่มสนับสนุนทางสังคมและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต พัฒนาและขยายผลการสร้างเสริมสุขภาพจิตวัยแรงงานในสถานประกอบการ ขยายการส่งเสริมทักษะพ่อแม่ผู้ปกครองในการดูแลเด็กให้มีพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์และสังคม “โรงเรียนสร้างสุข” แพลตฟอร์มการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตออนไลน์ นวัตกรรมแนวทางลดปัญหาช่องว่างระหว่างวัย การช่วยเหลือปฐมภูมิด้านสุขภาพจิตและทักษะสมองส่วนหน้า (Executive Functions) สำหรับผู้สูงอายุ
2. **สนับสนุนให้เกิดภาคีเครือข่ายด้านสิ่งแวดล้อมเพิ่มมากขึ้น** “เพื่อมาร่วมดำเนินการพัฒนาประเด็นที่ยังเป็นช่องว่างของการดำเนินงาน” เช่น การพัฒนาวิชาการ การพัฒนาศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การพัฒนาศักยภาพและเสริมพลังภาคี-เครือข่ายชุมชนในการแก้ปัญหามลพิษอุตสาหกรรม ตลอดจนสื่อสารเผยแพร่ และจุดประกาย เรื่องมลพิษสิ่งแวดล้อมสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายและสังคมวงกว้าง
3. **สนับสนุนเครือข่ายระบบบริการตาม พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559** ให้สามารถทำงาน “ยกระดับคุณภาพชีวิตของพ่อแม่วัยรุ่นและครอบครัว” เพื่อให้ทุกการเกิดมีคุณภาพ มีความเข้าใจในการเข้าถึงแหล่งบริการและสิทธิต่างๆ ให้กับพ่อแม่วัยรุ่น รวมทั้งหนุนเสริมศักยภาพการดำเนินงานเรื่อง “การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นให้กับบุคลากรในหน่วยงานระดับท้องถิ่น” อาทิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และกลไกการบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงมหาดไทย
4. **สนับสนุนการบูรณาการของเครือข่าย** เพื่อให้เกิด “กลไกการเฝ้าระวังในพื้นที่ที่เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ” ผ่านการต่อยอดการทำงานของภาคีภาคประชาชนให้สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ทันท่วงที สามารถนำเอาศักยภาพของแต่ละเครือข่ายมาหนุนเสริมให้การคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่มีความเข้มแข็งยิ่งขึ้น อันจะเป็นการยกระดับการทำงานให้กับองค์กรผู้บริโภคในการเสริมสร้างทักษะประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ความรู้เท่าทันการหลอกลวงทางออนไลน์ พิษภัยบุหรี่ไฟฟ้าและยาเสพติดแบบอ่อน เช่น กระท่อม กัญชา เป็นต้น

2.4 เสริมสร้างกลยุทธ์ในการสื่อสาร โดยการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจในประเด็นเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (ดำเนินการผสมผสานกับยุทธศาสตร์การสร้างอินฟลูเอนเซอร์ให้เป็นผู้ขับเคลื่อนภาคีเครือข่ายในพื้นที่ได้)

1. **ขับเคลื่อนการสื่อสารสังคมและรณรงค์เพื่อสร้างทักษะและความรอบรู้สุขภาพจิต** ผ่านการสร้างความเข้มแข็งทางใจ การจัดการอารมณ์และความเครียด การมีความหวัง ลดการตีตราและสร้างความเห็นอกเห็นใจ ค่านิยม การเข้าถึงบริการสุขภาพจิต โดย มุ่งเน้นกลุ่มวัยทำงานและวัยรุ่นเพื่อสร้างปัจจัยปกป้องให้เข้มแข็ง การพัฒนาอินฟลูเอนเซอร์ร่วมสื่อสารสุขภาพจิต และยกระดับการสื่อสารเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการใช้เครื่องมือผ่าน แพลตฟอร์มจิตวิทยาเชิงบวก

2. **สื่อสารรณรงค์เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงค่านิยมสิ่งแวดล้อมสุขภาวะใหม่** ผ่านการสื่อสารสาธารณะในพื้นที่วิกฤตฝุ่น PM2.5 พื้นที่เสี่ยงต่อการบริหารจัดการขยะมูลฝอย และพื้นที่ที่ประสบภัยมลพิษอุตสาหกรรม/สารเคมีอันตราย พร้อมติดอาวุธทางปัญญาให้กับชุมชนในพื้นที่เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหามลพิษทางสิ่งแวดล้อมด้วยตนเองอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการและหลักการสากล
3. **สื่อสารรณรงค์เพื่อสร้างการรับรู้**เกี่ยวกับ "พ.ร.บ.การป้องกันและการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอชไอวี/เอดส์" ผ่านช่องทางออนไลน์ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย "มีความตระหนักในการป้องกันตัวเองและคู่ รวมถึงรับรู้ถึงสิทธิของตน" และยังคงทำงานสื่อสารร่วมกับหน่วยงานรัฐและภาคประชาสังคม เพื่อก่อให้เกิดการสื่อสารในระดับพื้นที่ให้ควบคู่กันไปด้วย
4. **เผยแพร่ข้อมูลสำคัญ**เกี่ยวกับอันตรายของการอุปโภค - บริโภคสินค้าและบริการที่ไม่ปลอดภัย เช่น บุหรี่ไฟฟ้า กัญชา อาหารเสริม การใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็น และความรอบรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เพื่อเป็นการเสริมสร้างความรอบรู้ให้ผู้บริโภคได้รับข้อมูล ข่าวสารที่ถูกต้อง เหมาะสม ครบถ้วน รวดเร็ว และเท่าทันต่อสถานการณ์ ผ่านการสื่อสารในพื้นที่ และแพลตฟอร์มดิจิทัล
5. **มุ่งเน้นการถอดบทเรียนจากพื้นที่ และนำไปสื่อสารยังพื้นที่เป้าหมายอื่น** เพื่อเป็นการขยายผลการทำงานให้มากยิ่งขึ้น พร้อมทั้งนำบทเรียนที่ได้มาออกแบบการสื่อสารที่หลากหลาย เช่น การสื่อสารเชิงให้ข้อมูล (infographic) การสื่อสารผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์และ การสื่อสารเชิงบันเทิง เช่น การเล่าเรื่องราวผ่านซีรีส์ เป็นต้น

3. เป้าหมายการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก

1. ชุดเครื่องมือการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมายหรือพื้นที่เป้าหมาย ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการขับเคลื่อนมาตรการหรือขยายผลได้ **ไม่น้อยกว่า 2 เรื่อง**
2. เอกสารทางวิชาการและองค์ความรู้ด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะเรื่องที่วิกฤต เพื่อใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประเทศไทย **ไม่น้อยกว่า 2 เรื่อง**
3. คู่มือการเข้าถึงแหล่งบริการและสิทธิต่าง ๆ ที่พ่อแม่วัยรุ่นและครอบครัวพึงได้รับ ตาม พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ที่สามารถนำไปขยายผลในหน่วยงานภาคีต่าง ๆ **ไม่น้อยกว่า 1 ชุด**
4. ชุดการสื่อสารที่ได้จากการสังเคราะห์ข้อมูลในประเด็นปัญหาสำคัญเกี่ยวกับอันตรายของการอุปโภค – บริโภคสินค้ายา ที่ไม่ปลอดภัย **ไม่น้อยกว่า 2 ประเด็น**

ตัวชี้วัดร่วม

การนำใช้ข้อมูล นวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อดำเนินการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาวะทั้ง 4 มิติ และสนับสนุนการทำงานเชิงพื้นที่ เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ผลการเปลี่ยนแปลงของสุขภาวะใน 50 องค์กร และมีแผนการดำเนินงานในการนำใช้ข้อมูล นวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อดำเนินการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาวะทั้ง 4 มิติ ในประชากรกลุ่มเฉพาะเป้าหมาย จำนวน 1 แผนปฏิบัติการ

4. วัตถุประสงค์

4.1 เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และงานวิชาการ นวัตกรรม เทคโนโลยี และพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน เพื่อยกระดับมาตรการ นโยบายการขับเคลื่อนและขยายต้นแบบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมาย

4.2 เพื่อบริหารจัดการควบคุมมลพิษทางสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งมลพิษทางอากาศ มลพิษจากขยะมูลฝอย และมลพิษอุตสาหกรรม/กากของเสียอันตราย เฝ้าระวัง ร่วมตรวจสอบ ตามหลักหุ้นส่วนทางยุทธศาสตร์ และเพิ่มการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะประชาชนอย่างแท้จริง

4.3 เพื่อพัฒนาคู่มือ การเข้าถึงแหล่งบริการและสิทธิต่าง ๆ ที่พ่อแม่วัยรุ่นและครอบครัวพึงได้รับ ตาม พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ที่สามารถนำไปขยายผลในหน่วยงานภาคีต่าง ๆ เพื่อสร้างความร่วมมือกับหน่วยงาน ที่ดูแลรับผิดชอบหน่วยงานระดับท้องถิ่น อาทิ อบจ. เทศบาล อบต. ให้เห็นความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานเรื่องการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นให้กับบุคลากร

4.4 เพื่อเสริมพลังการทำงานให้กับภาคีเครือข่ายที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ ให้มีกลไกการเฝ้าระวังสินค้า ยา และการบริการสุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในพื้นที่ ให้เครือข่ายมีความเข้มแข็งเพิ่มมากขึ้น สามารถจัดการกับปัญหา หรือ สถานการณ์ความเสี่ยงอันเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคได้ทันเวลา อีกทั้งยังเป็นการลดช่องว่างของความความเหลื่อมล้ำและเป็นการเสริมสร้างมิติความเท่าเทียมกัน เกี่ยวกับการจัดการสินค้า ยา และบริการสุขภาพที่ไม่ปลอดภัยอีกด้วย

5. แนวทางการดำเนินงาน

5.1 กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

1. กลุ่มเป้าหมายหลัก

ครอบคลุมทุกช่วงวัย (สิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ และ คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและระบบยา)

สุขภาพจิต: ครอบคลุมทุกช่วงวัยและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ โดยเน้นกลุ่มปฐมวัย วัยรุ่นและวัยทำงาน

สุขภาวะทางเพศ: กลุ่มวัยเรียน วัยรุ่น และ วัยทำงาน

2. กลุ่มเป้าหมายเชิงหน่วยงาน

หน่วยงานภาครัฐภายใต้สังกัดกระทรวงมหาดไทย ที่ดูแล อบจ. และ อปท. อื่น ๆ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครพิทักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมหมู่บ้าน (ทสม.)คณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.)

3. กลุ่มเป้าหมายเชิงพื้นที่การดำเนินงาน

พื้นที่ชุมชน พื้นที่เกษตร พื้นทีป่า อาคารสำนักงาน สถานประกอบการ หน่วยงาน องค์กร สถานศึกษา มหาวิทยาลัย ศาสนสถาน และพื้นที่ดำเนินงานผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์

5.2 ภาคีหลัก

1. ภาคีหลักของแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต

หน่วยงานภาครัฐ: กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โรงเรียนและเขตพื้นที่การศึกษาในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สถาบันอาชีวศึกษา กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์วิจัย และนัวตกรรม กระทรวงแรงงาน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สถาบันวิชาการ: สถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ศูนย์สุขภาวะทางจิต คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หน่วยส่งเสริมสุขภาวะนิสิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

องค์กรภาคประชาสังคม: มูลนิธิแพธทูเฮลท์ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ มูลนิธิรักษ์ไทย มายเซ็ทเมกเกอร์ มายเวนเจอร์ สมาคมวิถีทางเลือกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน สมาคมสะมาริตันส์แห่งประเทศไทย มูลนิธิและสมาคมที่ทำงานเกี่ยวกับประเด็นด้านสุขภาพจิต สมาคมสมาพันธ์ผู้ดูแลไทย ศูนย์จิตวิทยาการศึกษา สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ชมรมนักจิตวิทยาการปรึกษาแห่งประเทศไทย

2. ภาคีหลักของแผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

หน่วยงานภาครัฐ: กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก กรมอาเซียน สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ กรมวิชาการเกษตร กรมส่งเสริมการเกษตร กรมการขนส่งทางบก กรมควบคุมมลพิษ กรมการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อม กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่าและพันธุ์พืช กรมป่าไม้ กรมธุรกิจพลังงาน กรมโรงงานอุตสาหกรรม กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กรมอนามัย กรมควบคุมโรค สำนักงานพัฒนาเทคโนโลยีอวกาศและภูมิสารสนเทศ (องค์การมหาชน) และกรุงเทพมหานคร

สถาบันวิชาการ และองค์กรวิชาชีพ: มหาวิทยาลัยที่มีคณะด้านสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติในทุกภูมิภาค สถาบันวิจัยสภาวะแวดล้อม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ERIC) สภาวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และสมาคมวิศวกรรมสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย

องค์กรภาคประชาสังคม: สมัชชาองค์กรเอกชนด้านการคุ้มครองสิ่งแวดล้อมและอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ มูลนิธิธรรมรัฐเพื่อการพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม มูลนิธิบูรณะนิเวศ มูลนิธิสถาบันสิ่งแวดล้อมไทย มูลนิธิส่งเสริมการออกแบบอนาคตประเทศไทย มูลนิธิเพื่อลมหายใจเชียงใหม่ มูลนิธิอันดามัน มูลนิธิคนเห็นคน มูลนิธิกองทุนการวิจัยกรมควบคุมโรค มูลนิธินิติธรรมสิ่งแวดล้อม มูลนิธิปลูกต้นไม้ ปลูกธรรมะ เครือข่ายสภาลมหายใจภาคเหนือ เครือข่ายสภาลมหายใจภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เครือข่ายสภาลมหายใจภาคตะวันตก สภาลมหายใจเชียงใหม่ สภาลมหายใจกรุงเทพมหานคร เครือข่ายอากาศสะอาดประเทศไทย สมาคมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนภาคเหนือ สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา สถาบันสิ่งแวดล้อมไทย สมาคมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ภาคเหนือ ห้างหุ้นส่วนจำกัด เติมเต็มวิสาหกิจเพื่อสังคม และสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน

3. ภาคีหลักของแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ

หน่วยงานภาครัฐ: กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สถาบันวิชาการ: มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

องค์กรภาคประชาสังคม: มูลนิธิแพธทูเฮลท์ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย สมาคมพัฒนาเครือข่ายอาสา RSA สมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม มูลนิธิเครือข่ายเพื่อนกะเทยเพื่อสิทธิมนุษยชน มูลนิธิเอ็มพลัส สมาคมแพทย์สตรีแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์ สมาคมเด็กและเยาวชนเพื่อสันติภาพชายแดนใต้ (กลุ่มลูกเหรียง) มูลนิธิบุญยง อรรณพ นิโครธานนท์

4. ภาคีหลักของแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและพัฒนาระบบยา

หน่วยงานภาครัฐ: กระทรวงสาธารณสุข: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมอนามัย ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) กองบัญชาการสืบสวนสอบสวนอาชญากรรมทางเทคโนโลยี (กองบัญชาการตำรวจไซเบอร์)

สถาบันวิชาการ: ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) ศูนย์วิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา สถาบันวิชาการ คณะเภสัชศาสตร์ในมหาวิทยาลัย

องค์กรภาคประชาสังคม: สภาองค์กรของผู้บริโภค (นิติบุคคลประเภทองค์กรเอกชน ที่เกิดขึ้นตาม พ.ร.บ. การจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภค) มูลนิธิสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค สมาคมสหพันธ์องค์กรผู้บริโภค องค์กรผู้บริโภคจังหวัด

6. งบประมาณ

รวม
220.00
ล้านบาท

- กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต **75.00** ล้านบาท
- กลุ่มแผนงานสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ **75.00** ล้านบาท
- กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ **42.00** ล้านบาท
- กลุ่มแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา **25.00** ล้านบาท
- การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ **3.00** ล้านบาท

แผน 5

แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ

1. สถานการณ์และแนวโน้ม

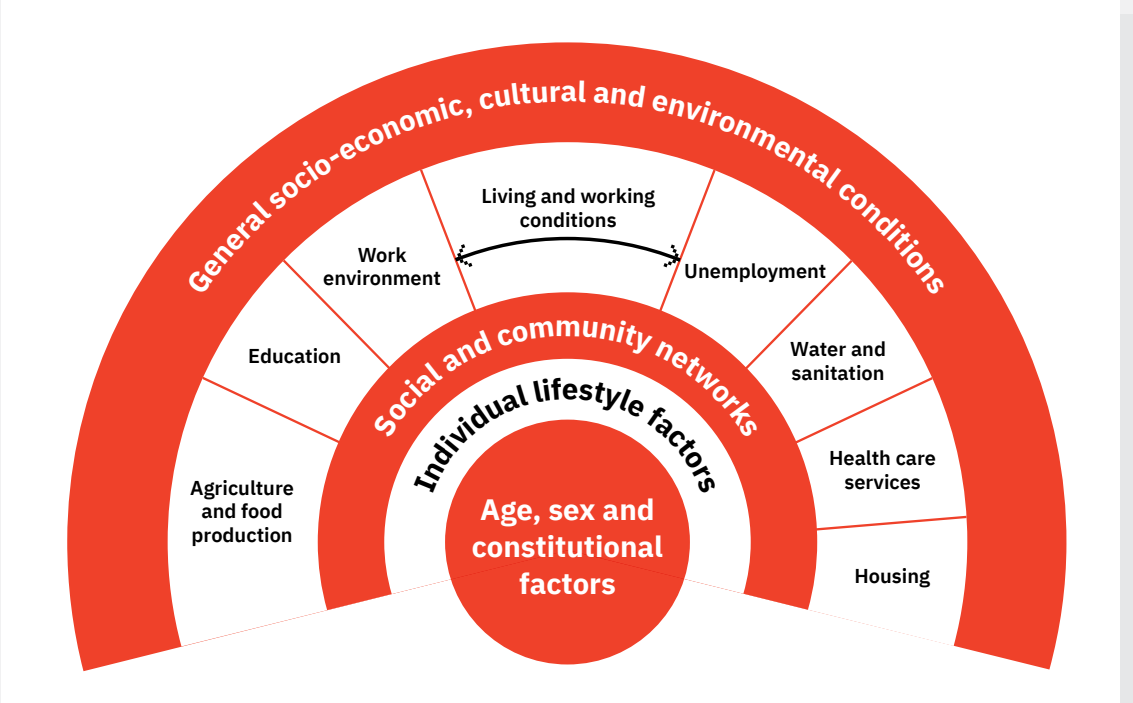
แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะมุ่งเป้าหมายและการดำเนินงานในการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในประชากรกลุ่มเฉพาะมาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ปัญหาความเหลื่อมล้ำยังคงดำเนินอยู่อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะปัญหาความเหลื่อมล้ำของผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นหนึ่งในเป้าหมายที่นานาประเทศต่างก็ให้ความสำคัญเป็นอันดับต้น ๆ ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้บ่งชี้ว่า ปัญหาความเหลื่อมล้ำของผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพนั้นไม่ได้เกิดขึ้นจากพฤติกรรมส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังมีปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health: SDH) นำไปสู่ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพด้วย

แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะได้วิเคราะห์ประเด็นปัญหาที่เกิดจากการเชื่อมโยงปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพไปจนถึงสถานการณ์ทางสุขภาพของประชากรกลุ่มต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพของทุกคนบนแผ่นดินไทยตามวิสัยทัศน์ของ สสส. โดยใช้**กรอบแนวคิดในการทำงานที่สำคัญคือ กรอบปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (SDH) ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO)**[43] ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงานของแผน และเป็นการขับเคลื่อนงานตามสากล ซึ่งกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพได้มุ่งความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงบริบทโครงสร้างทางสังคมที่เป็นอยู่ (structural 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 และปัจจัยส่งผลทางสุขภาพ (intermediary determinants) ที่เป็นตัวกลางจะสะท้อนให้เห็นถึงลำดับชั้น/สถานะสังคมของบุคคลที่จะมีความแตกต่างกัน และส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของประชาชนที่ต่างกันได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ สภาพจิตใจ พฤติกรรม และปัจจัยทางชีววิทยา ซึ่งล้วนเป็นผลลัพธ์มาจากการมีปัจจัยเชิงโครงสร้างบริบททางสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกันอีกทอดหนึ่ง เช่น การเข้าถึงอาหารที่ดีและมีคุณภาพ ประเภทงานที่ทำ ระดับความเครียดจากสภาพแวดล้อม[44] ดังแสดงตามภาพ

43 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

44 สาระสำคัญของกรอบแนวคิดดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าปัจจัยสภาพแวดล้อม ตลอดจนสถานะทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองของประชาชนก่อให้เกิดตำแหน่งหรือสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกัน โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รายได้ การศึกษา อาชีพ เพศ เชื้อชาติ ตลอดจนปัจจัยส่งผ่านทางสุขภาพ. Health Organization (2010). “A Conceptual Framework for Action on the Determinants of Health”

ภาพแสดงกรอบปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health)



กรอบปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพยังสามารถเชื่อมโยงปัญหาและจัดแบ่งลักษณะของปัญหาได้ทั้งในระดับสากลและระดับชาติ ในระดับสากล การทำงานของแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะจะเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ซึ่งหมายถึงการพัฒนาให้ความสำคัญกับสมดุลใน 3 เสาหลักของมิติความยั่งยืน (Three Pillars of Sustainability) นั่นคือ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป้าหมายที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการทำงานของแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ คือ เป้าหมายที่ 1 ขจัดความยากจนทุกรูปแบบทุกสถานที่ (No Poverty) เป้าหมายที่ 2 ขจัดความหิวโหย (Zero Hunger) บรรลุความมั่นคงทางอาหาร ส่งเสริมเกษตรกรรมอย่างยั่งยืน และเป้าหมายที่ 3 รับรองการมีสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนทุกช่วงอายุ (Good Health and Well-being) กรอบแนวคิด SDGs ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงภาพรวมของความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยระดับมหาภาคเชิงโครงสร้างและปัจจัยระดับปัจเจกบุคคล ซึ่งทำให้ทราบถึงสถานการณ์และความท้าทายที่ประชากรเฉพาะกำลังเผชิญอยู่ รวมถึงการทำงานของแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะที่ช่วยให้เป้าหมายของสังคมไทยบรรลุเป้าหมายของสากลได้อย่างชัดเจน และเป็นรูปธรรมมากขึ้น

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

กลุ่มประชากรและพื้นที่ต่าง 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 นำมาสู่การวางยุทธศาสตร์แนวทางการดำเนินงานอย่างเหมาะสมต่อไป

สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำในภาพรวมที่ส่งผลถึงการมีสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ พบประเด็นสำคัญ ได้แก่

สถานการณ์ความยากจน ปี 2565 – 2566 จากรายงานรายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำในประเทศไทย ปี 2565 [45] ระบุว่า ประเทศไทยมีคนจน 3.80 ล้านคน สัดส่วนคนจนร้อยละ 5.43 ลดลงจากปีก่อนที่สัดส่วนคนจนร้อยละ 6.32 ทั้งนี้ในปี 2566 มีคนจนที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน 211,739 คน ครัวเรือนยากจนมีแนวโน้มลดลงเหลือ 1.12 ล้านครัวเรือน ครัวเรือนที่มีแนวโน้มจะตกอยู่ในความยากจนข้ามรุ่นประมาณ 597,428 ครัวเรือน โดยครัวเรือนยากจนมีอัตราการพึ่งพิงสูงกว่าครัวเรือนไม่ยากจน

การเข้าถึงบริการสุขภาพมี "คนไทยไร้สิทธิ" อยู่ในชุมชนต่าง ๆ ทั่วประเทศ ทั้งในเขตเมืองและชนบทประมาณ 500,000 คน ยังคงมีความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพ จากการกระจุกตัวของบุคลากรและเครื่องมือแพทย์ในเมืองหลวงและเมืองใหญ่ โดยคนจนมีแนวโน้มขาดการตรวจรักษาเมื่อจำเป็นและเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวสูงกว่าคนทั่วไป และมีปัญหาขาดแคลนค่าเดินทางไปตรวจรักษา โดยเฉพาะคนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล

แม้ว่าคนจนมีแนวโน้มเข้าถึงสวัสดิการของรัฐเพิ่มขึ้น โดยพบว่า ผู้สูงอายุยากจนร้อยละ 96.16 ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น คนพิการยากจนร้อยละ 81.34 ได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการ แต่ยังคงพบกรณีประชากรกลุ่มเฉพาะถูกเลือกปฏิบัติในการเข้าถึงสิทธิ สวัสดิการ และขาดความคุ้มครองทางกฎหมายอย่างต่อเนื่อง เช่น กลุ่มแรงงานอิสระ แรงงานนอกระบบ ยังเข้าไม่ถึงประกันสังคมกว่า 10 ล้านคน และมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายงบประมาณในการคุ้มครองทางสังคมต่อ (GDP) โดยเฉลี่ยของไทยอยู่ที่ร้อยละ 3 ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยในระดับโลก

จากสถานการณ์ข้างต้นชี้ให้เห็นว่า ความเหลื่อมล้ำในภาพรวม โดยเฉพาะความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพยังคงเป็นปัญหาสำคัญและมีผลกระทบต่อประชากรกลุ่มเฉพาะอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การดำเนินงานของแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะในช่วงปี 2567 ได้มีการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและเสนอแนวทางการดำเนินการเพื่อการพัฒนา

45 สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). "รายงานรายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำในประเทศไทย ปี 2565". เข้าถึงได้จาก https://www.nesdc.go.th/more_news.php?cid=941&filename=index

คุณภาพชีวิตและการจัดสวัสดิการสังคมที่ลดความเหลื่อมล้ำในประชากรกลุ่มเฉพาะที่เสนอต่อภาครัฐ และภาคการเมือง ซึ่งในหลายข้อเสนอเชิงนโยบายได้รับการสนองตอบ และมีการนำข้อเสนอเชิงนโยบายเหล่านี้ไปอยู่ในการขับเคลื่อนได้ ซึ่งจะช่วยหนุนเสริมให้การขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะและลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมในระยะต่อไป

ในส่วนของข้อมูลสถานการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้องตามกลุ่มประชากรเฉพาะที่ดำเนินการสรุปได้ ดังนี้

1.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุ

สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุไทยในปี 2566 [46] มีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 13.06 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.08 ของประชากรทั้งหมด โดยจำแนกเป็นชาย 5.75 ล้านคน และเป็นหญิงจำนวน 7.30 ล้านคน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60 – 69 ปี ในขณะที่ประชากรไทยโดยรวมมีอัตราเพิ่มติดลบ (ประชากรลดลง) แต่ประชากรสูงอายุกลับกำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมาก ในอีก 20 ปีข้างหน้าประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มจาก 13 ล้านคน เป็น 19 ล้านคน ในส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบว่า มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวลำพังในครัวเรือน ร้อยละ 11.99 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด และร้อยละ 24.03 อยู่ลำพังกับคู่สมรส ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีความเปราะบางต่อปัญหาต่าง ๆ

ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ คือ ประเด็นด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจ ซึ่งในด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพตนเองว่า ไม่ดีและไม่ดีมาก ๆ มีแนวโน้มลดลงเหลือเพียงร้อยละ 12.36 ในปี 2564 ซึ่งพบว่า โรคเรื้อรังที่มักพบในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้ออักเสบ ข้อเสื่อม โรคถุงลมโป่งพอง/หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต นอกจากนี้ ยังมีภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วย ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีความชุกร้อยละ 8.1 ในด้านเศรษฐกิจ มีผู้สูงอายุร้อยละ 34.3 ยังคงเป็นผู้สูงอายุที่ยากจนซึ่งมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน โดยผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564 พบว่า โดยผู้สูงอายุร้อยละ 34.7 ยังคงทำงานอยู่ และ ในด้านสังคม ยังคงพบปัญหาทัศนคติเชิงลบหรือมายาคติต่อผู้สูงอายุ เห็นได้จากการผลการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 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 และร้อยละ 14.8 คิดว่า ผู้สูงอายุเป็นคนมีประโยชน์น้อย ซึ่งข้อมูลดังกล่าว ชี้ให้เห็นถึงปัญหาและช่องว่างระหว่างวัยที่มีผลต่อของการอยู่ร่วมกันในอนาคตระหว่างผู้สูงอายุและคนรุ่นใหม่ นอกจากนี้ ในด้านเทคโนโลยี พบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 4.29 ล้านคน หรือกว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ระบุว่ามีการใช้อินเทอร์เน็ต 8 แสนคน มีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ และผู้สูงอายุใช้ Smartphone กว่า 5.89 ล้านคน (ร้อยละ 49) ซึ่งเป็นโอกาสในการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีเพื่อหนุนเสริมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุได้

46 กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). “สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566”. เข้าถึงได้จาก https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2449. สืบค้นเมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม พ.ศ. 2567

1.2 สถานการณ์คนพิการ

จากข้อมูล ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 พบว่า มีคนพิการที่มีบัตรประตัวคนพิการทั่วประเทศจำนวน 2.27 ล้านคน [47] เป็นเพศชาย 1.18 ล้านคน (ร้อยละ 51.9) และเพศหญิง 1.09 ล้านคน (ร้อยละ 48.1) แบ่งเป็น คนพิการในกรุงเทพมหานครจำนวน 1.09 แสนคน (ร้อยละ 4.78) ในส่วนภูมิภาค พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนคนพิการมากที่สุด ตามด้วยภาคเหนือ ภาคกลางและตะวันออก ส่วนใหญ่เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย รองลงมาเป็นคนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ทางการเห็น ทางจิตหรือพฤติกรรม ทางสติปัญญา พิการมากกว่า 1 ประเภท ออทิสติก ทางการเรียนรู้ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุและประเภทความพิการ [48] พบว่า มีคนพิการในวัยสูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) มากที่สุดจำนวน 1.3 ล้านคนเพิ่มขึ้นจากปีที่แล้วร้อยละ 0.05 ขณะที่เด็กพิการ (อายุ 0 – 15 ปี) มีจำนวนเพียง79,348 คน สำหรับคนพิการวัยแรงงาน (อายุ 15 - 60 ปี) มีจำนวน 863,195 คน ปี 2567 จำนวนคนพิการที่ต้องจ้างในสถานประกอบการมีจำนวน 68,940 คน จ้างผ่านมาตรา 33 การจ้างงานคนพิการ มาตรา 34 การส่งเงินเข้ากองทุนฯ มาตรา 35 การเสริมอาชีพให้คนพิการ คิดเป็นร้อยละ 60 18 และ 22 ตามลำดับ คงเหลือที่ต้องจ้างเพิ่มจำนวน 10,566 คน (ร้อยละ 15.33) [49]

ปัญหาสำคัญและประเด็นท้าทายสำหรับคนพิการครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพเนื่องจากคนพิการส่วนใหญ่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ยาก เพราะความจำกัดของร่างกาย และสภาพแวดล้อมที่ทำให้การเดินทางลำบาก ด้านเศรษฐกิจ คนพิการส่วนใหญ่มีฐานะยากจน ไม่ถูกจ้างงาน หรือไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ในด้านสังคม เกิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิตจากเดิมมีการรวมกลุ่มทำงาน สร้างอาชีพ กลายเป็นถูกจำกัดให้อยู่ในบ้าน ไม่สามารถออกไปข้างนอกได้ ทำให้คนพิการส่วนใหญ่ต้องปรับตัวเพื่อเรียนรู้และใช้เทคโนโลยีมากขึ้น

อีกปัญหาของคนพิการที่พบในสังคมไทย คือการบูลลี่คนพิการ ส่วนใหญ่มักพบในโรงเรียนไทย ทำให้เด็กพิการซึ่งในจำนวนนั้นมีเด็กพิเศษรวมอยู่ด้วย จำต้องออกจากระบบการศึกษากลางคัน ตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาถึงเกือบ ร้อยละ 90 และในจำนวนนี้มีจบระดับปริญญาตรีไม่ถึงร้อยละ 2

1.3 สถานการณ์คนไร้บ้าน

กลุ่มคนไร้บ้าน ถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจากการอยู่ในพื้นที่สาธารณะ ซึ่งโดยลักษณะอาชีพและวิถีชีวิตความเป็นอยู่มักจะอาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมืองที่มีความหนาแน่นของประชากรสูง เป็นกลุ่มที่มีโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ และปัจจัยในการดำรงชีวิตต่าง ๆ ได้น้อยกว่าคนทั่วไป จึงนับเป็นกลุ่มที่มีความยากลำบากที่สุดกลุ่มหนึ่งในสถานการณ์เช่นนี้อย่างต่อเนื่อง

47 ศูนย์ข้อมูลคนพิการและเทคโนโลยีสารสนเทศ. (2567). “รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ข้อมูลสิ้นสุด ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567”. เข้าถึงได้จาก https://ecard.dep.go.th/nep_all/file/Stat2567/Stat_Jan67.pdf

48 กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (2566). “สถานการณ์คนพิการในประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2566”. เข้าถึงได้จาก https://dep.go.th/images/uploads/files/PWD-situationSep66.pdf

49 กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (2567). “สถิติการจ้างงานคนพิการในสถานประกอบการและหน่วยงานของรัฐ ณ วันที่ 26 เมษายน 2567”. เข้าถึงได้จาก https://dep.go.th/th/law-academic/service_stats/stat-depjob/สถิติการจ้างงานคนพิการในสถานประกอบการและหน่วยงานของรัฐ-ณ-วันที่-26-เมษายน-2567

ในปี 2566 สำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ ร่วมกับกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร เครือข่ายสลัมสี่ภาค มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย มูลนิธิอิสรชน มูลนิธิกระจกเงา ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งทั่วประเทศ และภาคีเครือข่าย ดำเนินการสำรวจประชากรคนไร้บ้านทั่วประเทศ พบจำนวนคนไร้บ้านทั้งสิ้น 2,499 คน แบ่งเป็นเพศชาย 2,062 คน เพศหญิง 404 คน และไม่ต้องการระบุเพศ 33 คน ทั้งนี้ ความเปราะบางของคนไร้บ้านที่พบ ได้แก่ 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 ร้อยละ 18.1 มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 17.9 มีความพิการ ร้อยละ 4 และอื่น ๆ ร้อยละ 1 [50] จาการสำรวจล่าสุดนี้พบว่า คนไร้บ้านที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เห็นได้ชัดที่มีแนวโน้มเพิ่มจากประมาณร้อยละ 10 ในปี 2559 มาเป็นร้อยละ 17.9 ในปัจจุบัน จึงได้มีการลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้ที่พึ่ง ระหว่าง กรมสุขภาพจิต กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ มูลนิธิกระจกเงา และ สสส. เมื่อวันที่ 22 มกราคม 2567

ทั้งนี้ การดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและศักยภาพคนไร้บ้าน ได้ดำเนินการนำร่องนวัตกรรมที่อยู่อาศัยคนละครึ่ง พัฒนาสู่นโยบายที่อยู่อาศัยเช่าราคาถูก ซึ่งสามารถช่วยเสริมศักยภาพในการเข้าถึงที่อยู่อาศัยราคาถูก ทำให้คนไร้บ้านมีที่พัก นำไปสู่การมีอาชีพที่สามารถสร้างรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีพ นอกจากนี้การมีจุด drop-in และจุดประสานงาน สำหรับกลุ่มเปราะบางเสี่ยงไร้บ้าน ทำให้เกิดการแก้ปัญหาด้านสุขภาวะทางกาย สิทธิสถานะ สิทธิสุขภาพ ทำให้คนไร้บ้านมีคุณภาพชีวิตและมีสุขภาวะที่ดีขึ้นจากการบูรณาการงานร่วมกันจากหลายหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคการศึกษา และภาคประชาสังคม เป็นต้น

1.4 สถานการณ์แรงงานนอกระบบ

ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2566 [51] ระบุว่า ผู้มีงานทำจำนวน 40.1 ล้านคน เป็นแรงงานนอกระบบจำนวน 21.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 52.3 ซึ่งมากกว่าแรงงานในระบบที่มีจำนวน 19.1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 47.7 โดยครึ่งหนึ่งของแรงงานนอกระบบอยู่ในช่วงอายุ 40-59 ปี และที่น่าสนใจคือ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ยังทำงานอยู่มีจำนวนประมาณ 5.1 ล้านคนนั้น เป็นแรงงานนอกระบบมากถึง 4.4 ล้านคน แรงงานนอกระบบในภาพรวมร้อยละ 55.4 ทำงานอยู่ในภาคเกษตรกรรม เมื่อเปรียบเทียบค่าจ้างเฉลี่ยต่อเดือน พบว่าลูกจ้างที่เป็นแรงงานนอกระบบยังคงมีค่าจ้างต่ำกว่าลูกจ้างในระบบเกือบ 2 เท่า อีกทั้งมีแรงงานนอกระบบ ร้อยละ 28.2 ที่ประสบปัญหา โดยเป็นปัญหาจากการทำงานมากที่สุด เช่น ค่าตอบแทนต่ำ งานขาดความต่อเนื่อง งานหนักเกินไป เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์ ความเสี่ยง และความเปราะบางของแรงงานนอกระบบ ของสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [52] พบว่า แรงงานนอกระบบทุกกลุ่มเผชิญข้อจำกัดภาพรวมใน 5 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) การเข้าถึงทรัพยากรในการดำรงชีวิตที่เป็นอุปสรรคพื้นฐานต่อความเป็นอยู่ 2) การประกอบอาชีพที่ส่วนใหญ่ได้รับรายได้ต่ำไม่สอดคล้อง

[50] ข้อมูลจาก “แผนภูมิแสดงข้อมูลสถิติการสำรวจข้อมูลแจงนับ คนไร้บ้าน พฤษภาคม 2023”.สถาบันเอเชียศึกษา. เข้าถึงได้จาก https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/0f311300-ec43-4e98-94d8-04afe56358a8/page/toRTD. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2567

[51] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). “การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2566”. สำนักงานสถิติแห่งชาติ: กรุงเทพมหานคร

[52] สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2565). “โครงการสำรวจสถานการณ์แรงงานนอกระบบ: บทสำรวจเครือข่าย สถานะองค์ความรู้ ความเสี่ยง และแนวปฏิบัติ”. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

กับค่าจ้างขั้นต่ำ ค่าครองชีพ ต้นทุนการประกอบอาชีพ ทักษะและประสบการณ์การทำงาน ตลอดจนมีอำนาจการต่อรองที่ต่ำกว่า ในกลุ่มแรงงานอิสระและรับจ้างรายวันจะไม่มีรายได้หากหยุดงาน ส่วนแรงงานที่ได้รับค่าจ้างประจำแบบรายเดือนมักเป็นงานที่ไม่มีสัญญาจ้างไม่มีรูปแบบการจ้างงานและชั่วโมงการทำงานที่แน่นอน 3) สุขภาพแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในพื้นที่เสี่ยงและไม่เหมาะสมต่อการทำงาน ตลอดจนความเครียด พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ในแรงงานที่ทำงานภาคขนส่งและภาคบริการยังมีความเสี่ยงที่จะได้รับโรคติดต่อจากการทำงานในพื้นที่ปิดและการทำงานใกล้ชิด ในขณะที่แรงงานหญิงมีความเสี่ยงที่จะถูกล่วงละเมิด และกลุ่มแรงงานเกษตร แรงงานเก็บและคัดแยกของเก่ามีโอกาสได้รับสารพิษจากโลหะหนัก สารเคมี และขยะปนเปื้อน 4) ด้านนโยบายและกฎหมาย ปัจจุบันประเทศไทยมีกฎหมายที่ให้ความคุ้มครองโดยตรงกับแรงงานนอกระบบ 3 กลุ่ม คือ ผู้รับงานไปทำที่บ้าน ลูกจ้างทำงานบ้าน และเกษตรกรรม ในขณะที่แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองการทำงานตามกฎหมายแรงงาน รวมถึงขาดโอกาสในการรวมกลุ่มเพื่อเสนอปัญหาและข้อเรียกร้อง และ 5) แรงงานนอกระบบเกือบทั้งหมดมักถูกสังคมมองข้าม มองในแง่ลบ และไม่เห็นคุณค่าของงานของแรงงานนอกระบบ

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาสถานการณ์แรงงานนอกระบบที่เปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดแรงงานนอกระบบกลุ่มใหม่ เรียกว่า แรงงานแพลตฟอร์ม (platform worker) หมายถึง คนที่รับงานและค่าตอบแทนผ่านช่องทางออนไลน์ เช่น แอปพลิเคชันรถรับ-ส่งสินค้าหรือผู้โดยสารที่ให้บริการผ่านโทรศัพท์มือถือ ผู้รับจ้างทำงานบ้านผ่านแพลตฟอร์ม เป็นต้น [53] ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างทวีคูณ ผลสำรวจสถานการณ์ทางสุขภาพของไรเดอร์โดยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย [54] ค้นพบ 3 ปัญหาสำคัญของไรเดอร์คือ (1) “ปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย” เช่น ปวดหลัง ปวดเอว ปวดข้อมือ เนื่องจากต้องขับรถเป็นเวลานาน (2) “ปัญหาความเสี่ยงจากการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน” เนื่องจากมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย และ (3) “ปัญหาสุขภาพจิต” เช่น ความเครียด (หัวร้อน) เนื่องจากถูกกดดันจากลูกค้า ร้านค้า การกดรับงานที่ต้องรวดเร็ว และสภาพอากาศ ที่มีเหตุปัจจัยทั้งจากไรเดอร์ ครอบครัว แพลตฟอร์ม ร้านค้า และลูกค้า

1.5 สถานการณ์กลุ่มชาติพันธุ์

กลุ่มชาติพันธุ์หมายถึง กลุ่มคนที่อาศัยอยู่เป็นกลุ่มเดียวกันหรือหลายกลุ่มอาศัยอยู่ในประเทศไทย ซึ่งมีอัตลักษณ์และการสั่งสมทางวัฒนธรรม ภาษา วิถีชีวิต ภูมิปัญญา และความเชื่อตามจารีตประเพณีร่วมกัน [55] เช่น 1) กลุ่มชาติพันธุ์ (ตั้งถิ่นฐานบนพื้นที่สูง พื้นที่ราบ ในทะเล ในป่า) 2) คนไทยพลัดถิ่น 3) คนไร้รัฐไร้สัญชาติ (เด็กผู้เฒ่า) ฯลฯ เป็นต้น ในปัจจุบันมีประชากรกลุ่มชาติพันธุ์อยู่ในพื้นที่ครอบคลุม จำนวน 67 จังหวัด 60 กลุ่ม มีประชากรรวมประมาณ 6,100,000 คน [56]

53 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2565). “โครงการขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายต่อคุณภาพชีวิตของแรงงานแพลตฟอร์ม (Platform worker)”. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

54 มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย. (2566). “การสร้างเสริมสุขภาพไรเดอร์”. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

55 ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน). (2565). (ร่าง) พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์ พ.ศ. ....

56 อภินันท์ ธรรมเสนา, ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน). (2566). “โอกาสและทิศทาง พ.ร.บ.ชาติพันธุ์ใต้อุ้งมือรัฐบาลเศรษฐา”. TPBS Policy Watch. เข้าถึงได้จาก https://policywatch.thaipbs.or.th/article/legal-2

ข้อมูลจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย เดือนธันวาคม 2566 ระบุว่ามีผู้ที่ยังไม่ได้รับสัญชาติไทย จำนวน 991,425 คน [57] ขณะเดียวกันยังมีกลุ่มคนอีกกลุ่มซึ่งเป็นคนไทยอาศัยอยู่ตรงขอบชายแดนไทย-พม่าบริเวณจังหวัดระนอง ชุมพร พังงา และประจวบคีรีขันธ์ เรียกว่า "กลุ่มคนไทยพลัดถิ่น" ในปี 2566 มีจำนวนประชากรกลุ่มนี้มาขึ้นทะเบียนกับกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยประมาณ 18,537 คน ได้สัญชาติไทยแล้ว 13,147 คน นอกจากนี้ยังมีการขึ้นทะเบียนผิดกลุ่ม ถูกจำหน่าย กลุ่มเด็กนักเรียน กลุ่มบุตร และตกสำรวจ ประมาณ 20,000 คน ในจังหวัดพังงา ระนอง ชุมพร ประจวบคีรีขันธ์ ตราด และตาก และยังมีนักเรียนนักศึกษาที่มีเลขประจำตัวขึ้นต้นด้วยตัวอักษร G (นักเรียนรหัส G) คือ นักเรียนที่ยังไม่มีบัตรประชาชนคนไทย กระทรวงศึกษาธิการกำหนดเลข รหัส G เพื่อใช้ในระบบการศึกษาเท่านั้น แต่ไม่เกี่ยวกับเลข 13 หลักของกระทรวงมหาดไทย ซึ่งในปี 2566 พบว่า มีเด็กนักเรียนรหัส G จำนวน 130,987 คน ที่ส่วนใหญ่มักอยู่ตามแนวตะเข็บชายแดนไทย โดยพบว่ายังไม่มีสิทธิด้านสุขภาพ การฝึกงาน การทำธุรกรรมทางการเงินเนื่องจากไม่มีเลข 13 หลัก เป็นต้น

กลุ่มชาติพันธุ์และผู้มีปัญหาสถานะบุคคลเกือบทั้งหมดอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ที่มีวิถีชีวิต ภาษา วัฒนธรรม และประเพณี และความเชื่อ ที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตจากความแตกต่าง กำลังเผชิญปัญหาความเสี่ยงด้านสุขภาวะจาก 3 ปัจจัยได้แก่ (1) สถานะทางกฎหมาย (2) การไม่ได้รับการคุ้มครองสิทธิทางวัฒนธรรมและอคติทางชาติพันธุ์ และ (3) การขาดสิทธิในทรัพยากรและความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ ซึ่งจากผลการสำรวจ โดยศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน) สามารถจำแนกสถานการณ์กลุ่มชาติพันธุ์ออกเป็น 5 ประเด็นสำคัญได้แก่ (1) สถานการณ์ด้านอัตลักษณ์และวัฒนธรรม ร้อยละ 32.2 (2) สถานการณ์ด้านการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 26.1 (3) สถานการณ์ด้านการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน ร้อยละ 14.6 (4) สถานการณ์ด้านสุขภาวะ ร้อยละ 13.9 และ (5) สถานการณ์ด้านสัญชาติและสิทธิพลเมือง ร้อยละ 13.2

นอกจากนี้ ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะกลุ่มชาติพันธุ์ พบว่า (1) ไม่มีความรู้และไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ (2) สังคมยังไม่เข้าใจและมีอคติต่อความเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ (3) วัฒนธรรมประเพณีเป็นข้อจำกัดต่อการเข้าถึงการรักษาทางการแพทย์สมัยใหม่ (4) วิถีวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม 5) ความรู้/ภูมิปัญญาสุขภาพของชุมชนสูญหายไป (6) ความไม่มั่นคงในวิถีความเป็นชาติพันธุ์ (7) ข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิในที่ดิน (8) มีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (9) คนในชุมชนต้องออกมาทำงานนอกชุมชน (10) ไม่มีระบบสาธารณสุขขั้นพื้นฐานในชุมชน (11) ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพขั้นพื้นฐาน (12) วิถีการอยู่กินของชุมชนเปลี่ยนไป (13) ชุมชนอยู่ห่างไกลและเดินทางลำบาก (14) ไม่มีแหล่งรายได้ที่มั่นคงในชุมชน และ (15) การไม่มีสัญชาติไทย หรือบุคคลไร้รัฐ ไร้สัญชาติ ที่ไม่มีเอกสารแสดงตัวตนหรือไม่มีเลข 13 หลัก จะไม่ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านบริการสาธารณสุข

1.6 สถานการณ์ประชากรข้ามชาติ

แรงงานข้ามชาติ หมายถึง ผู้ไม่มีสัญชาติไทยที่อยู่ระหว่างหางานหรือกำลังทำงานในประเทศไทย หรือเคยหางานหรือเคยทำงานแต่ไม่สามารถทำงานต่อได้และยังอาศัยอยู่ในประเทศไทยโดยรวมถึง ในขณะที่ "ผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติ" หมายถึง ผู้ไม่มีสัญชาติไทยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงแรงงานข้ามชาติในกรณีของการย้ายถิ่น คู่สมรสและเด็กเล็ก

[57] สำนักทะเบียนกลาง, กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2567). "ประกาศสำนักทะเบียนกลาง เรื่อง จำนวนราษฎรทั่วราชอาณาจักรตามหลักฐานการทะเบียนราษฎร ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2566". เข้าถึงได้จาก https://www.dopa.go.th/news/cate1/view9265

ถือว่าเป็นผู้ติดตาม รวมถึงคู่สมรสโดยพฤตินัยและผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง [58] หรือสามารถใช้คำแทนแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติ ว่า "ประชากรข้ามชาติ"

ข้อมูลของสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน ระบุว่า ในเดือน เมษายน 2567 แรงงานข้ามชาติ 4 สัญชาติ ได้แก่ เมียนมา ลาว กัมพูชา และเวียดนาม มีจำนวน 3,056,465 คน [59] นอกจากนี้ ข้อมูลจากองค์การยูนิเซฟประเทศไทย เสนอว่ามีแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้มีการลงทะเบียนอย่างถูกต้องตามกฎหมายประมาณ 1 ล้านคน เฉพาะจำนวนเด็กลูกแรงงานอพยพอย่างเดียวคาดว่ามีอยู่ประมาณ 300,000 ถึง 400,000 คน โดยเหตุผลหลักเพราะว่า ระบบ MOU ที่นำเข้าแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านไม่ได้อนุญาตให้แรงงานทักษะต่ำที่ถูกกฎหมายนำผู้พึ่งพิงเข้ามาด้วยได้ ซึ่งในกรณีนี้คือ ภรรยาและลูก [60] ซึ่งหากรวมข้อมูลของกระทรวงแรงงาน จะเห็นได้ว่ามีจำนวนแรงงานและผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติอยู่ในประเทศไทย ประมาณ 4 ล้านคน

การสำรวจระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน คือ เข้าถึง เข้าใจ โต้ตอบ/ซักถาม/แลกเปลี่ยน ตัดสินใจ เปลี่ยนพฤติกรรม และบอกต่อ โดยมหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2565 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติสัญชาติเมียนมา ลาว และกัมพูชา จำนวน 1,251 คน พบว่า มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ดีเฉลี่ย ร้อยละ 71.4 ลดลงจากการสำรวจเมื่อปี 2563 ที่เฉลี่ยร้อยละ 92.71 [61]

สองทศวรรษที่ผ่านมา การศึกษานโยบายแรงงานข้ามชาติของประเทศไทยชี้ให้เห็นว่า ประเทศไทยยังขาดการนำเอาประเด็นแรงงานข้ามชาติเข้าไปรวมอยู่ในนโยบายการพัฒนาของประเทศ และทิศทางนโยบายหลักตั้งอยู่บนมุมมองว่าการขาดแคลนแรงงานเป็นเรื่องชั่วคราว การนำเข้าแรงงานข้ามชาติมีลักษณะเพื่อทดแทนแรงงานระยะสั้น แม้ว่าจะมีข้อเสนอแนะว่าด้วยการบูรณาการนโยบายแรงงานข้ามชาติในลักษณะข้ามกระทรวง ข้ามหน่วยงาน แต่แนวนโยบายแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยยังมีลักษณะการกีดกันออก [62] เกิดความยากลำบากต่อการดำเนินชีวิตตั้งแต่กระบวนการเข้าถึงการเป็นบุคคลที่ถูกฎหมาย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติ ทำให้แรงงานข้ามชาติจำนวนมากเข้าไม่ถึงสิทธิทั้งทางด้านสังคมและสุขภาพที่รัฐได้จัดไว้ อีกทั้งภาษา วัฒนธรรม วิถีชีวิต และความเชื่อ ที่มีความแตกต่างก็ส่งผลสำคัญต่อการดำเนินชีวิต ปัจจุบันสื่อออนไลน์เป็นช่องทางหลักของการรับรู้ข้อมูลทั้งข่าวสารและความบันเทิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับกลุ่มแรงงานกลุ่มใหม่ที่ยังมีข้อจำกัดด้านการใช้ภาษาไทย สื่อออนไลน์ในโทรศัพท์มือถือ กลับเข้ามามีบทบาทสำคัญมากกว่าในลักษณะของการเป็นช่องทางของข้อมูลที่อยากรู้ ตลอดจนช่องทางของการติดต่อสื่อสารกับเครือข่ายคนบ้านเดียวกันภาษาเดียวกัน กล่าวได้ว่าโทรศัพท์มือถือจึงเป็นเครื่องมือของแรงงานข้ามชาติในการที่จะเข้าถึงสังคมและได้ส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตที่บ่งบอกว่าโทรศัพท์เป็นเครื่องมือการติดต่อสื่อสารที่มีความจำเป็นกับแรงงานข้ามชาติ เพราะสามารถเชื่อมต่อแรงงานให้เข้ากับสังคมชุมชนประเทศต้นทางได้ และยังสามารถช่วยให้แรงงานเหล่านี้เข้าถึงความรู้ต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี

58 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2565). "สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มแรงงานข้ามชาติ"
59 กระทรวงแรงงาน (2567), สถิติจำนวนแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักร ประจำเดือนเมษายน 2567
60 มูลนิธิภิวัฒน์สาธารณสุขไทย. (2563), "ยูนิเซฟเผย แม่และเด็กแรงงานข้ามชาติอพยพในไทย กลุ่มเสี่ยงขาดหลักประกันสุขภาพ". Hfocus. เข้าถึงได้จากhttps://www.hfocus.org/content/2020/02/18418
61 มหาวิทยาลัยมหิดล. (2566). "สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มประชากรข้ามชาติชาวเมียนมา ลาว และกัมพูชาในประเทศไทยหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19"
62 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2565)

1.7 สถานการณ์กลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ

การคาดประมาณของเว็บไซต์ LGBT–Capital.com ในปี 2562 ระบุว่าปัจจุบันมี LGBTIQN+ ทั่วโลกราว 371 ล้านคน โดยในประเทศไทยมี LGBT ราว 3.6 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 5 ของจำนวนประชากรทั้งหมด [63] การสำรวจสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพกลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ พบว่า คะแนนเฉลี่ยสำหรับชุดคำถามเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป สูงกว่าคำถามที่เกี่ยวกับเรื่องความหลากหลายทางเพศ คือ อยู่ที่ 8.61 คะแนน เทียบกับ 6.49 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า เมื่อเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศโดยตรง อาจจะยังมีข้อจำกัดอยู่มาก [64]

LGBTIQN+ ยังคงเป็นบุคคลที่ถูกทำให้มองไม่เห็นหรือไม่มีตัวตนในพื้นที่ต่าง ๆ การไม่ถูกมองเห็นทำให้ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาวะในหลากหลายรูปแบบทั้งนี้เมื่อพิจารณาประชากร LGBTIQN+ โดยแยกตามอัตลักษณ์ทางเพศ ประชากรกลุ่มนี้ต้องเผชิญปัญหาสุขภาวะในลักษณะที่แตกต่างกัน [65] รายงาน “การมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจของกลุ่ม LGBTIQN ในประเทศไทย” พ.ศ. 2561 ของธนาคารโลก พบปัญหาในด้านการประกันสุขภาพที่กลุ่มความหลากหลายทางเพศต้องเผชิญ ดังนี้ [66] (1) การกีดกันการผ่าตัดแปลงเพศในแผนประกันสังคม (2) การจำกัดการเข้าถึงการบำบัดโดยใช้ฮอร์โมนเพศทดแทนและการบำบัดอื่นๆ ภายใต้การประกันสุขภาพ (3) การเข้าถึงบริการสุขภาพและการประกันชีวิตของเอกชนได้จำกัด เนื่องจากเบี้ยประกันที่สูงและนโยบายที่เคร่งครัด (4) การตีตราและการใช้ภาพจำเกี่ยวกับผู้หญิงข้ามเพศและชายรักชายว่าเป็น “กลุ่มเสี่ยง” ในการติดเชื้อเอชไอวี (5) การคิดเบี้ยประกันชีวิตและประกันสุขภาพบุคคลที่เป็นบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศสูงกว่า (6) บริษัทประกันส่วนมากไม่มีนโยบายการยกผลประโยชน์การทำประกันชีวิตให้กับคู่ที่เป็นเพศเดียวกัน (7) ประกันสังคมและประกันภัยจากบริษัทเอกชนไม่ครอบคลุมบริการทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับการยืนยันเพศสภาพ (การแปลงเพศการใช้ฮอร์โมน) (8) บริการสุขภาพเรียกหาหลักฐานการยืนยันตัวตนตามเพศกำเนิดของคนข้ามเพศ (9) บริการเฉพาะทางสำหรับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้หญิงข้ามเพศและผู้ชายข้ามเพศ มีจำกัด และไม่มีบริการที่เฉพาะทางสำหรับหญิงรักหญิงและผู้หญิงไบเซ็กชวล (10) มีพื้นที่การให้บริการที่ไม่พอเพียง มีปัญหาเกี่ยวกับการรักษาความลับความเป็นส่วนตัวและทัศนคติของพนักงาน

1.8 สถานการณ์ผู้ต้องขัง

ในปี 2566 ประเทศไทยมีจำนวนผู้ต้องขัง 268,306 คน [67] แบ่งเป็นผู้ต้องขังชาย 236,708 คน ผู้ต้องขังหญิง 31,598 คน สำหรับนักโทษเด็ดขาดมีจำนวนถึง 212,824 คน ข้อจำกัดและผลกระทบเมื่อจำนวนผู้ต้องขังมากเกินกว่าที่เรือนจำหรือทัณฑสถานรองรับได้ ทำให้ภาพรวมของคุณภาพชีวิตในเรือนจำมีข้อจำกัดทั้งการอยู่อาศัย สุขภาพอนามัย การทำกิจวัตรประจำวัน เรียนหนังสือ ฝึกอาชีพ พักผ่อนนอนหลับ ทั้งหมดล้วนเกิดขึ้นอย่างแออัดในพื้นที่คับแคบในเรือนจำหรือทัณฑสถาน ปัญหาหลักที่เกี่ยวบริการทางสุขภาพต่อผู้ต้องขังหญิงในเรือนจำคือ การเข้าไม่ถึงบริการ

63 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

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

65 ชเนตตี ทินนาม, โกสุม โอมพรนุวัฒน์ และรัตนา ด้วยดี. (2564). “ยุทธศาสตร์สุขภาวะ LGBTIQN+ ในประเทศไทย”. สมาคมเพศวิถีศึกษา

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

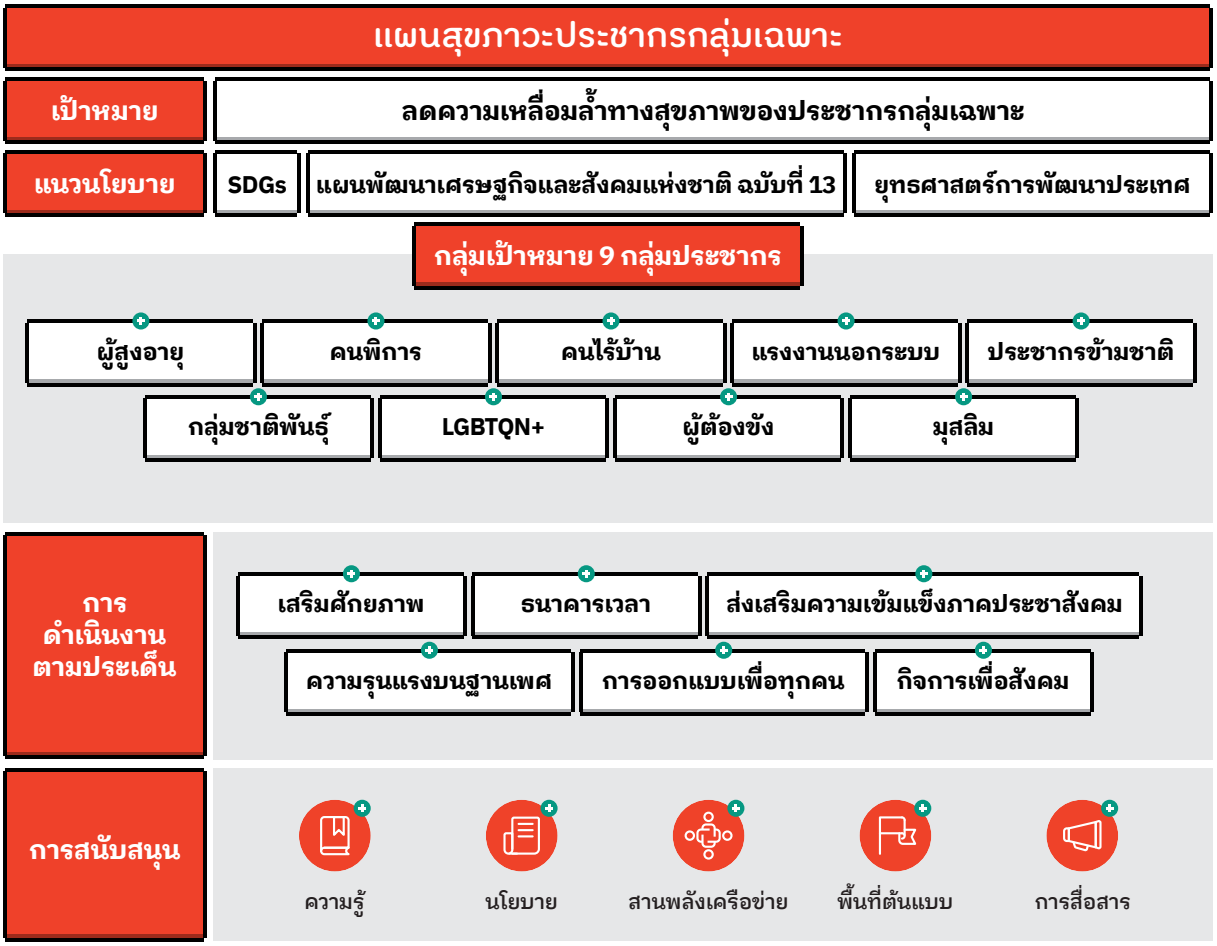
67 กรมราชทัณฑ์. (2566). “สถิติผู้ต้องราชทัณฑ์ทั่วประเทศ”. เข้าถึงได้จาก http://www.correct.go.th/rt103pdf/report_result.php?date=2022-07-01&report=. (สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2566)

หรือเข้าถึงได้ช้าในเวลาเจ็บป่วย เพราะบุคลากรในเรือนจำ เช่น พยาบาล หรือผู้คุมที่จะพาไปโรงพยาบาลมีไม่พอ ที่สำคัญคือขาดงบประมาณ

1.9 สถานการณ์มุสลิมไทย

ประชากรมุสลิมทั่วประเทศมีประมาณ 4.24 ล้านคน ในปี 2565 โดยแยกเป็นชาย ร้อยละ 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 โดยหนุนเสริมการทำงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม ซึ่งสอดคล้องกับ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) และสอดรับกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม โดยเฉพาะประเด็นการลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างความเป็นธรรมทุกมิติให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 การดำเนินงานมีเป้าหมายหลักคือการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพเพื่อให้ทุกคนมี “สิทธิ ศักดิ์ศรี คุณค่า พึ่งพาตัวเอง” ที่นำไปสู่การส่งเสริมความเข้มแข็งและการจัดการตัวเองของประชากรกลุ่มเฉพาะทั้ง 9 กลุ่มได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ ผู้สูงอายุ คนพิการ คนไร้บ้าน แรงงานนอกระบบ กลุ่มชาติพันธุ์ ประชากรข้ามชาติ ผู้มีความหลากหลายทางเพศ ผู้ต้องขัง และมุสลิมไทย นอกจากนี้ยังมีการดำเนินงานเชิงประเด็นที่สำคัญที่จะทำให้เกิดการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในประชากรกลุ่มเฉพาะ ได้แก่ การเสริมสร้างศักยภาพภาคี การส่งเสริมความเข้มแข็งภาคประชาสังคม ความรุนแรงบนฐานเพศ การออกแบบเพื่อทุกคน และธนาคารเวลา เป็นต้น โดยภาพรวมการดำเนินงานของแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ แสดงเป็นกรอบแนวคิดเชิงยุทธศาสตร์ ดังนี้



2. จุดเน้นของแผน

2.1 จุดเน้นของแผน

แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะได้ทบทวนสถานการณ์และแนวทางการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย พร้อมทั้งนำทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) และข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ 2 เป็นกรอบแนวทางในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ให้สอดรับกับนโยบายระดับประเทศ เช่น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 นโยบายรัฐบาล และนโยบายระดับกระทรวงต่างๆที่แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยมุ่งเน้นการดำเนินงานที่รองรับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง และสถานการณ์วิกฤตต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น และยังคงเน้นการลดความแตกต่างด้านการเข้าถึงสิทธิและโอกาสในการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะ ไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากความแตกต่างของลักษณะประชากร และรองรับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยเฉพาะในประชากรกลุ่มเฉพาะที่มีความยากลำบาก ตลอดจนบูรณาการเชื่อมร้อยแนวทางการดำเนินงานระหว่างกลุ่มประชากรเฉพาะเพื่อสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนในการดำเนินงาน

จากกรอบนโยบายในการจัดทำแผนการดำเนินงานข้างต้น สามารถสรุปเป็นแนวทางในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โดยมีจุดเน้นในภาพรวมของแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ ดังนี้

1. ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในประชากรกลุ่มเฉพาะ ตามแนวทางสำคัญทั้งการขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบาย หนุนเสริมให้เกิดสวัสดิการที่เป็นธรรม ระบบบริการสุขภาพและสังคมที่เป็นมิตรและมีความยืดหยุ่นทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยคำนึงถึงความลื่นไหลของกลุ่มประชากรเฉพาะต่าง ๆ ที่สามารถเปลี่ยนแปลงสถานภาพไปตามเงื่อนไขทางสังคมหรือปัจจัยทางกายภาพได้ตลอดเวลา
2. ยกระดับและขยายผลการสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพจากต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะผ่านรูปแบบที่หลากหลายไปสู่ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน
3. เสริมศักยภาพเครือข่ายประชากรกลุ่มเฉพาะให้มีพลัง มีขีดความสามารถในการต่อสู้เพื่อสิทธิของตนเอง มีความเข้มแข็งในระดับเครือข่ายร่วมขับเคลื่อนเพื่อความเป็นธรรมทางสุขภาพ ร่วมสร้างสังคมที่เอื้ออาทร รวมทั้ง การขยายความร่วมมือไปยังภาคีใหม่ ๆ โดยเฉพาะกลุ่มคนรุ่นใหม่ ที่มีความกระตือรือร้นสนใจนวัตกรรมการเปลี่ยนแปลงสังคมในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยสร้างผลลัพธ์อย่างก้าวกระโดดได้มากขึ้น
4. สนับสนุนการพัฒนาระบบฐานข้อมูล และชุดข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลสำหรับการติดตามการเปลี่ยนแปลงความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะ เพื่อสามารถนำไปสู่การออกแบบกิจกรรม แนวทางการดำเนินงาน รวมถึงการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อสร้างสุขภาวะและลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ
5. ขับเคลื่อนและเชื่อมโยงบูรณาการการทำงานระหว่างภาคีตามกลุ่มประชากรและประเด็นสุขภาวะที่มีความเกี่ยวข้องเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในประชากรกลุ่มเฉพาะ รวมถึงสอดรับกับการขับเคลื่อนงานตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ภายใต้บริบทเชิงพื้นที่ทั้งในพื้นที่เขตเมือง ทั้งในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และพื้นที่ส่วนภูมิภาคซึ่งมีบริบททางกายภาพในลักษณะเมือง หรือเมืองใหญ่ที่มีความซับซ้อนในการบริหารและจัดการปัญหา ที่ส่งผลกระทบต่อการมีสุขภาวะของประชากรกลุ่มเฉพาะ

2.2 จุดเน้นตามกลุ่มประชากร

1. **ผู้สูงอายุ** สนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนข้อเสนอนโยบายที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน โดยเน้นการขยายความเข้มแข็งของกลไกชมรมผู้สูงอายุที่เห็นผลเป็นรูปธรรม พัฒนาและขยายผลนวัตกรรมทางสังคมและสนับสนุนการพัฒนาบริการทางเลือกสังคมที่เป็นทางเลือกสำหรับผู้สูงอายุ
2. **คนพิการ** สนับสนุนให้คนพิการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพในทิศทางที่ดีขึ้น ผ่านรูปแบบที่หลากหลายและเหมาะสมกับคนพิการในแต่ละประเภท โดยเน้นการเสริมศักยภาพของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้มีกระบวนการทำงานที่เป็นระบบครบวงจรสามารถให้บริการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกที่มีคุณภาพและคนพิการเข้าถึงได้ง่าย รวมทั้งสานต่อกลไกการบริหารระบบการจ้างงาน การพัฒนาศักยภาพคนพิการและสร้างโอกาสการมีงานทำที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน
3. **คนไร้บ้าน** สนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผลไร้บ้าน ให้สามารถเข้าถึงระบบการสนับสนุนฟื้นฟู สิทธิสุขภาพ สวัสดิการพื้นฐานของรัฐ และมีศักยภาพในการจัดการตนเอง สามารถใช้ชีวิตร่วมกับคนในชุมชนและสังคมได้ รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมทางสังคมในการขับเคลื่อนนโยบาย
4. **แรงงานนอกระบบ** พัฒนาองค์ความรู้ งานวิชาการ ข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อขับเคลื่อนในการลดช่องว่างการเข้าถึงการใช้ประโยชน์จากกฎหมาย นโยบายต่อการคุ้มครองแรงงานนอกระบบ รวมไปถึงการพัฒนานวัตกรรมต่อการสร้างเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงจากการทำงาน ในกลุ่มแรงงานนอกระบบทั้งกลุ่มอาชีพเก่าและอาชีพใหม่ ได้แก่ แรงงานแพลตฟอร์ม เป็นต้น

5. **ประชากรข้ามชาติ** พัฒนาต้นแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรข้ามชาติในชุมชน และสถานประกอบการ พัฒนากลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคประชาสังคม องค์กรระหว่างประเทศ สถาบันการศึกษา และสื่อมวลชน ต่อการขับเคลื่อนลดช่องว่างทางด้านกฎหมายและนโยบายคุ้มครองสิทธิทางสังคมและสุขภาพประชากรข้ามชาติ และพัฒนานวัตกรรมการสื่อสารเพื่อลดช่องว่าง อคติ สร้างความเข้าใจต่อประชากรข้ามชาติ รวมถึงนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
6. **กลุ่มชาติพันธุ์** ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงสิทธิทางสังคมและสุขภาพ หลักประกันในการดำรงชีวิต กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นมิตร ผ่านการพัฒนาความรู้และข้อมูลทางวิชาการ ฐานข้อมูลสุขภาวะกลุ่มชาติพันธุ์ การพัฒนากลไก รูปแบบบริการสุขภาพ สร้างพื้นที่ต้นแบบ พื้นที่คุ้มครองทางวัฒนธรรม และแกนนำที่มีศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมไปถึงการผลักดันนโยบาย และสื่อสารเพื่อลดอคติต่อกลุ่มชาติพันธุ์
7. **ผู้มีความหลากหลายทางเพศ** พัฒนาองค์ความรู้ งานวิชาการ ข้อเสนอเสนอเชิงนโยบาย และแนวปฏิบัติที่ส่งผลต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพของผู้มีความหลากหลายทางเพศ รวมไปถึงการพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพเฉพาะประเด็นความหลากหลายทางเพศ และการสื่อสารสังคมให้เกิดความเข้าใจและยอมรับในความแตกต่างทางเพศ
8. **ผู้ต้องขัง** สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขัง โดยการทำให้แนวคิดของเรือนจำสุขภาวะในการขับเคลื่อนเรือนจำต้นแบบ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและการยอมรับจากผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะผู้ต้องขัง
9. **มุสลิม** สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตมุสลิมที่สอดคล้องกับบริบทสังคม ประเพณีวัฒนธรรม ศาสนา และภาษา โดยยึดหลักการศาสนาอิสลามเป็นศูนย์กลางและเชื่อมโยงกลไกการทำงาน เสริมพลังเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาวะมุสลิมในพื้นที่นำร่อง

3. เป้าหมายการดำเนินงาน

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

ตัวชี้วัดหลัก

1. ขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายในด้านสวัสดิการ การเข้าถึงสิทธิและบริการ ที่นำไปสู่การขับเคลื่อนเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและสร้างเสริมสุขภาวะในประชากรกลุ่มเฉพาะที่เห็นผลอย่างเป็นรูปธรรม **ไม่น้อยกว่า 3 ประเด็น** [68]
2. นวัตกรรมเพื่อสนับสนุนการทำงานเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ในภาพรวมของ สสส. [69] และลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะ จำนวน**ไม่น้อยกว่า 6 ประเด็น**
3. ขยายผลการขับเคลื่อนพื้นที่/โมเดลต้นแบบเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและสร้างเสริมสุขภาวะในประชากรกลุ่มเฉพาะที่เห็นผลอย่างเป็นรูปธรรม **ไม่น้อยกว่า 3 ประเด็น**
4. ขับเคลื่อนกลไกความร่วมมือระหว่างกลุ่มประชากร หรือประเด็นร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะ **ไม่น้อยกว่า 3 ประเด็น**

ตัวชี้วัดร่วม

การนำใช้ข้อมูล นวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อดำเนินการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาวะทั้ง 4 มิติ และสนับสนุนการทำงานเชิงพื้นที่ เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ผลการเปลี่ยนแปลงของสุขภาวะใน 50 องค์กร และมีแผนการดำเนินงานในการนำใช้ข้อมูล นวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อดำเนินการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาวะทั้ง 4 มิติ ในประชากรกลุ่มเฉพาะเป้าหมาย จำนวน 1 แผนปฏิบัติการ

68 การขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายที่จะดำเนินการในปี 2568 จะมีทั้งในส่วนขับเคลื่อนต่อยอดจากข้อเสนอนโยบายสำคัญที่ต่อเนื่องจากปี 2567 เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมจากการขับเคลื่อนและดำเนินการได้จริงในระดับชาติ และขับเคลื่อนนโยบายใหม่ เช่น การส่งเสริมการจ้างงานคนพิการในหน่วยงานภาครัฐ นโยบายในระดับจังหวัดที่ด้านสุขภาพคนไทยพลัดถิ่น คนไทยไร้สิทธิ การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นต้น โดยกระบวนการขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายมีทั้งกระบวนการตามขั้นตอนการออกกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ หรือการทำงานร่วมกับหน่วยงาน องค์กรเจ้าภาพต่างๆ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานตามแผนหรือแนวทางที่ระบุในข้อเสนอเชิงนโยบายนั้น ๆ

69 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 ชี้ว่าความไม่เป็นธรรมทางสังคมเป็นสาเหตุหลักของความความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในประเทศต่าง 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 โอกาสและทรัพยากรต่าง ๆ ที่พึงได้รับการปฏิบัติจากรัฐ และได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมเพื่อสร้างโอกาสในการมีสุขภาวะที่ดี
5. **นวัตกรรมสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ** หมายถึง รูปแบบวิธีการทำงานใหม่ 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) โดยผู้นำการเปลี่ยนแปลง

จะมีคุณลักษณะสำคัญ ได้แก่ มีความสามารถสร้างความสมดุลในชีวิตและการทำงาน มีความเข้าใจเรื่องความเป็นธรรมทางสังคมและสุขภาพ เข้าใจภาวะการนำร่วม และสามารถทำงานแบบใช้อำนาจร่วมให้ความสำคัญของการทำงานที่เป็นเครือข่ายและการทำงานขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม

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 [70]
11. **เพศภาวะ** หมายถึง สิ่งที่ถูกประกอบสร้างทางวัฒนธรรมเพื่อกำหนดบทบาท พฤติกรรม การกระทำ และอัตลักษณ์พื้นฐานที่บ่งบอกถึงความเป็นหญิง ความเป็นชาย และความเป็นเพศอื่น ๆ รวมทั้งปฏิสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศที่ถูกกำหนดและควบคุมด้วยเงื่อนไขของบริบทสังคมวัฒนธรรมหนึ่ง ๆ
12. **การออกแบบเพื่อทุกคน (universal design)** หมายถึง การออกแบบและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ บริการสาธารณะ และผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ เพื่อให้ทุกคนสามารถใช้ประโยชน์จากสิ่งเหล่านั้นได้อย่างเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้เจ็บป่วย หรือผู้ที่มีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันแตกต่างจากบุคคลทั่วไปด้วยข้อจำกัดทางร่างกาย
13. **กลไก** หมายถึง คณะทำงาน คณะกรรมการ คณะทำงาน อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ตลอดจนกระบวนการ หรือเครื่องมือ ที่ส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนทำงานของภาคีเครือข่าย เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะ ลดความเหลื่อมล้ำ และลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะ
14. **โครงสร้าง (structure)** หมายถึง ระบบหรือองค์ประกอบทางสังคมในระดับมหภาคที่อาจเกี่ยวข้องกับการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมที่ทำหน้าที่จัดเรียงความสัมพันธ์ของสำนักส่งเสริมสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ ภาคี และประชากรกลุ่มเฉพาะ อันมีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์จากการทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายของกองทุน
15. **โครงสร้างพื้นฐาน (fundamental)** หมายถึง ระบบที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อต่อยอด หรือนำไปใช้เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ปัญหา และนำเสนอแนวทางแก้ไขที่มีความรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ โดยมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ กรอบนโยบาย/กลไกการทำงาน (institutional framework) ข้อมูลพื้นฐาน (datasets) มาตรฐานหรือแนวทางการทำงาน (technical standard) และเครือข่ายการทำงาน (network)

[70] รศ.ดร.นภาภรณ์ หะวานนท์ และรศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล. (2559). “งานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังหญิง 2558-2560”. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

4. วัตถุประสงค์

4.1 เพื่อพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายที่หนุนเสริมในการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและสร้างสุขภาวะของประชากรกลุ่มเฉพาะที่เกิดผลลัพธ์และการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะ

4.2 เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ ระบบฐานข้อมูล กลไกสนับสนุนการทำงานเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะและลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะอย่างต่อเนื่อง และต่อยอดการทำงานในระยะยาวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

4.3 เพื่อเสริมสร้างนวัตกรรม พื้นที่หรือโมเดลต้นแบบ เพื่อการขยายผลในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศให้ที่เกิดผลลัพธ์มากขึ้น

4.4 เพื่อขยายความร่วมมือตามกลไกการทำงานของภาคีเครือข่าย เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการทำงานให้เกิดผลลัพธ์มากขึ้น

5. แนวทางการดำเนินงาน

5.1 กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

1. กลุ่มเป้าหมาย

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

2. พื้นที่ดำเนินการ

กระจายตามบริบทของกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานทั่วประเทศ รวมถึงพื้นที่เขตเมืองทั้งในพื้นที่กรุงเทพมหานครและพื้นที่ส่วนภูมิภาคซึ่งมีบริบททางกายภาพในลักษณะเมือง หรือเมืองใหญ่ที่มีความซับซ้อนในการบริหารและจัดการปัญหา ที่ส่งผลกระทบต่อการมีสุขภาวะของประชากรกลุ่มเฉพาะในการดำเนินชีวิตประจำวัน

3. ขอบเขตการดำเนินงาน

1. พัฒนานวัตกรรม กลไก และนโยบายสาธารณะ เพื่อการมีสุขภาวะ ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ โดยสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดด และยกระดับการขยายผลนวัตกรรมต้นแบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ
2. สนับสนุนและเสริมศักยภาพการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลเพื่อเป็นเครื่องมือในการยกระดับการสร้างเสริมสุขภาพและมีสุขภาวะที่ดีของประชากรกลุ่มเฉพาะต่าง ๆ อย่างเหมาะสม โดยไม่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำจากการใช้เทคโนโลยี

3. พัฒนาต้นแบบและขยายผลการดำเนินงานในระดับพื้นที่ ซึ่งมีจุดเน้นแตกต่างกันตามความเหมาะสมและบริบทของประชากรกลุ่มเฉพาะนั้น ๆ
4. พัฒนาศักยภาพ สร้างความเข้มแข็งและกลไกความร่วมมือกับแกนนำประชากรกลุ่มเฉพาะ คนทำงานกับประชากรกลุ่มเฉพาะ เครือข่ายประชากรกลุ่มเฉพาะ รวมถึงเครือข่ายรุ่นใหม่ที่มีความสนใจในการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและสร้างเสริมสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ รวมถึงการหนุนเสริมให้ประชากรกลุ่มเฉพาะมีความสามารถจัดการตัวเอง เข้าถึงสวัสดิการขั้นพื้นฐาน ที่จะนำไปสู่การลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ
5. สนับสนุนการดำเนินงานของแผนกลุ่มพื้นที่ องค์กร กลุ่มประชากร ของ สสส. ในการดำเนินการพัฒนาสุขภาวะและลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ส่งเสริมความเข้มแข็งและเปิดโอกาสการเข้าถึงบริการสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะในพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย

5.3 ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์การดำเนินงานของทุกกลุ่มประชากรเฉพาะมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ไตรพลัง คือ ความรู้ นโยบาย สื่อสารและขับเคลื่อนสังคม โดยเพิ่มเรื่องการพัฒนาศักยภาพภาคีและแกนนำกลุ่มประชากรเฉพาะเพื่อสนับสนุนการรวมกลุ่มและการพัฒนาภาคีและองค์กรตัวแทนกลุ่มประชากรเฉพาะให้เข้มแข็ง โดยยุทธศาสตร์ 6 ข้อ ดังนี้

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

5.4 ภาคีหลัก

การดำเนินงานของแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะในช่วงที่ผ่านมา มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้งในเชิงนโยบายและขับเคลื่อนในพื้นที่ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ องค์กรภาคประชาสังคม และสถาบันทางวิชาการต่าง ๆ โดยสรุปดังนี้

1. หน่วยงานภาครัฐ

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

2. องค์กรภาคประชาสังคม

ร่วมขับเคลื่อนนโยบาย และประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ รวมถึงการเข้าถึงสิทธิและบริการต่าง ๆ สำหรับประชากรเฉพาะกลุ่มต่าง ๆ ประกอบด้วย อาทิ มูลนิธินวัตกรรมทางสังคม มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ มูลนิธิอารยสถาปัตย์เพื่อคนทั้งมวล สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ สมาคมนักขับเคลื่อนสังคมเพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาวะ สถาบันส่งเสริมความเข้มแข็งภาคประชาสังคม 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

3. สถาบันทางวิชาการ

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

6. งบประมาณ

รวม
330.00
ล้านบาท

- กลุ่มแผนงานพัฒนาความรู้และนโยบาย
  120.00 ล้านบาท
- กลุ่มแผนงานเสริมความเข้มแข็งเครือข่าย
  50.00 ล้านบาท
- กลุ่มแผนงานพัฒนานวัตกรรมและพื้นที่ต้นแบบ
  110.00 ล้านบาท
- กลุ่มแผนงานสื่อสารสังคม
  30.00 ล้านบาท
- การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ
  20.00 ล้านบาท

แผน 6

แผนสุขภาวะชุมชน

1. สถานการณ์และแนวโน้ม

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพได้จัดโครงสร้างกลุ่มแผนเป็น 4 กลุ่มเพื่อให้สอดรับกับบริบทของงาน และสนับสนุนการบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งแผนสุขภาวะชุมชนอยู่ในกลุ่มแผนเชิงพื้นที่ ที่มีบทบาทหน้าที่ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นเพื่อทำให้ชุมชนท้องถิ่นเกิดกระบวนการมีส่วนร่วม เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำไปสู่การสร้างการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมของชุมชนและพฤติกรรมของคนในชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ส่งผลให้ชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง น่าอยู่ และจัดการตนเองได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน ความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานสำคัญของการแก้ปัญหาในระดับพื้นที่และระดับประเทศด้วยศักยภาพของ 4 องค์กรหลัก อันประกอบด้วย ท้องถิ่น ท้องที่ องค์กรชุมชน และหน่วยงานรัฐในพื้นที่ รวมถึงองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาพื้นที่ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งกองทุน สสส. ด้วยการพัฒนาความสามารถของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชน หรือองค์กรเอกชน องค์กรสาธารณประโยชน์ ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ แผนสุขภาวะชุมชนออกแบบการขับเคลื่อนงานในรูปแบบเครือข่ายแบบเพื่อนช่วยเพื่อนในชื่อ “เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่”

มาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ทุนทางสังคมของพื้นที่และร่วมกันพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนท้องถิ่นและกลไกที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ให้มีความพร้อมที่จะเป็นกลไกขับเคลื่อนระบบการจัดการสุขภาวะชุมชนและปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพเชิงประเด็นโดยชุมชนท้องถิ่นที่มีสมาชิกเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่สะสมตั้งแต่ปี 2552 ถึงปัจจุบัน จำนวน 3,618 แห่ง ครอบคลุมร้อยละ 46.54 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศ ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการทำงานเชิงบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการน้อมนำศาสตร์ของพระราชา เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และระเบิดจากข้างใน เป็นเครื่องมือในการดำเนินงานตอบสนองต่อทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 นโยบายรัฐบาล รวมถึงการขับเคลื่อนงานพัฒนาโดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง

1.1 สถานการณ์ แนวโน้ม และข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงาน

1. แนวโน้มของสถานการณ์ที่ส่งผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

มีรายละเอียดดังนี้

1. สถานการณ์ทางการเมือง รัฐบาลให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาปากท้องของประชาชนและการกระตุ้นการเติบโตทางเศรษฐกิจ โดยกำหนดเป็นความจำเป็นเร่งด่วนในการแก้ปัญหา สสส. จึงควรมีส่วนสำคัญในการสร้างองค์ความรู้ สนับสนุนข้อมูล และประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วน
2. สถานการณ์ทางเศรษฐกิจ เศรษฐกิจไทยมีแนวโน้มขยายตัวต่อเนื่องจากการฟื้นตัวของภาคการท่องเที่ยวและการบริโภคภาคเอกชน และมีแนวโน้มเติบโตขึ้นอย่างต่อเนื่องในระดับปกติ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการขยายตัวของหนี้ครัวเรือนมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงมีมูลค่าโดยรวมอยู่ในระดับสูง การหนุนเสริมเศรษฐกิจชุมชนยังคงเป็นหนึ่งในแนวทางการแก้ปัญหาประเทศด้วย

3. สถานการณ์ทางสังคมประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์มีเด็กเกิดใหม่ลดต่ำลงอย่างต่อเนื่อง สวนทางกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุ ซึ่งอัตราการเกิดที่ลดลงจะส่งผลต่อการขาดแคลนแรงงานในอนาคต และเกิดภาวะพึ่งพิงวัยแรงงานที่เพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งปัจจุบันเกิดการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าและการเข้าถึงผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ อาจส่งผลให้จำนวนผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน รวมถึงยาเสพติดที่มีความจำเป็นในการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยใช้ชุมชนให้ท้องถิ่นเข้มแข็งเป็นกลไกสำคัญในการรับมือสถานการณ์นี้ ตลอดจนร่วมสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผู้ใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น
4. สถานการณ์ทางสิ่งแวดล้อมทั้งโลกและประเทศไทยมีความแปรปรวนค่อนข้างสูง ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ โดยเฉพาะภาวะโลกเดือดซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของคนโดยตรง และกระทบต่อหลายส่วนอย่างเป็นวงกว้าง ทำให้อาหารที่ดีต่อสุขภาพมีราคาสูงขึ้น การมีกิจกรรมทางกายมีข้อจำกัดมากขึ้น รวมถึงสถานการณ์ PM2.5 ที่มีปริมาณสูงกว่ามาตรฐานและอยู่ในระดับที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคจากมลพิษทางอากาศเพิ่มมากขึ้น การสนับสนุนให้ชุมชนท้องถิ่นมีศักยภาพในการเตรียมรับมือสถานการณ์นี้ สามารถลดปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในระยะยาว
5. การเปลี่ยนแปลงและการขยายตัวของพื้นที่เขตเมือง ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของประชากรในเมืองหลักของไทยที่เผชิญความท้าทายหลายด้าน อาทิด้านการจัดการขยะ น้ำเสีย ด้านการลดความแออัดของที่อยู่อาศัยและเสื่อมโทรมของสภาพแวดล้อม รวมถึงด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพและบริการสาธารณะอื่น ๆ ที่จำเป็น

2. สถานการณ์สำคัญของชุมชนท้องถิ่น

ข้อมูลของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่จากระบบข้อมูลตำบลโดยการสำรวจ (Thailand Community Networking Appraisal Program: TCNAP) ในปี 2566 ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2566 จำนวน 2,834 ตำบล จำนวนประชากรทั้งสิ้น 10,681,617 คน จากครัวเรือนจำนวน 3,514,197 ครัวเรือน มีข้อมูลสถานการณ์สำคัญโดยสรุปของชุมชนท้องถิ่นใน 13 ประเด็น ประกอบด้วย (1) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 2.16 (2) พฤติกรรมการดื่มสุรา พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการดื่มสุรเป็นประจำ ร้อยละ 10.29 (3) กิจกรรมทางกาย พบว่า ประชากรไม่ได้ออกกำลังกาย ร้อยละ 20.46 (4) อุบัติเหตุจราจรและความปลอดภัยทางถนน พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมเสี่ยงในการขับขี่ ร้อยละ 2.77 (5) การจัดการอาหารในชุมชน พบว่า ประชากรประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 38.45 ได้สำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า ประชากรมีพฤติกรรมการกินอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ร้อยละ 21.01 (6) สุขภาพจิต พบว่า ประชากรมีความเครียด ร้อยละ 3.33 และข้อมูลที่สำคัญ คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือมีสัดส่วนประชากรที่มีความเครียดมากกว่าทุกภาค ภาคใต้มีสัดส่วนการเจ็บป่วยเป็นโรคทางจิตเวช/ซึมเศร้ามากกว่าทุกภาค และภาคกลางมีจำนวนการฆ่าตัวตายมากกว่าทุกภาค (7) การจัดการสิ่งแวดล้อม พบว่า ครัวเรือนส่วนใหญ่มีการจัดให้มีภาชนะรองรับขยะมากถึงร้อยละ 78.25 (8) การรับมือภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน ในรอบปีที่ผ่านมาสถานการณ์ส่วนใหญ่ คือ น้ำท่วม ร้อยละ 36.38 รองลงมา คือ ดินถล่ม พายุ ไฟป่า ภัยแล้ง แผ่นดินไหว และน้ำกัดเซาะชายฝั่งทะเล/ตลิ่ง เป็นต้น (9) การดูแลผู้สูงอายุ พบว่า มีกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 25.41 (10) การดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชน พบว่า เด็กปฐมวัยมีน้ำหนักมากเกินเกณฑ์ ร้อยละ 21.78 (11) การควบคุมโรคติดต่อ พบว่า ประชากรมีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ 3 เรื่องหลักได้แก่ โรคอุจาระร่วงมากที่สุด รองลงมาคือโรคไข้เลือดออก และโรคไข้หวัดสายพันธุ์ใหม่ (12) เศรษฐกิจชุมชน พบว่า ครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ยต่อปี 243,257.20 บาท มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย

ต่อปี 141,957.57 บาท ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ใช้จ่ายในเรื่องอาหารมากที่สุด โดยเฉลี่ย 52,304.26 บาทต่อครัวเรือนต่อปี และ (13) โครงข่ายความคุ้มครองทางสังคม พบว่า อัตราส่วนของทุนทางสังคมด้านสุขภาพต่อพื้นที่จะมีอัตราส่วนมากสุดคือ 89:1 รองลงมาเป็นด้านสังคม 72:1

3. ข้อเสนอแนะจากการประชุมรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานของแผนสุขภาวะชุมชนในปีงบประมาณ 2568

เมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม 2567 ประกอบด้วย ผู้นำชุมชนท้องถิ่นจาก 4 องค์กรหลัก จำนวน 60 แห่ง ใน 44 จังหวัด กรรมการบริหารแผน กรรมการกำกับทิศทางของแผนสุขภาวะชุมชน ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนหน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ จำนวน 5 หน่วยงาน และสถาบันวิชาการ จำนวน 7 แห่ง รวมจำนวน 152 คน โดยสรุปดังนี้

1. ข้อเสนอแนะจากผู้นำชุมชนท้องถิ่นจาก 4 องค์กรหลัก ใน 2 เรื่อง ดังนี้

   เรื่องที่ 1 สรุปสถานการณ์และปัญหาสำคัญของพื้นที่และแนวทางแก้ไขปัญหา 5 ประเด็นสำคัญ ประกอบด้วย ประเด็นที่ 1 การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เช่น การจัดสวัสดิการรัฐ การส่งเสริมอาชีพ การเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุ การออกแบบกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ การออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุ การให้ชุมชนค้นหาและช่วยกันดูแล การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อผู้สูงอายุ เป็นต้น ประเด็นที่ 2 การส่งเสริมเศรษฐกิจชุมชนและการจัดการหนี้ครัวเรือน เช่น การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางการเงิน การส่งเสริมความรู้ด้านการผลิตและการจัดการ ส่งเสริมการรวมกลุ่มอาชีพ สร้างรายได้ การพัฒนาทุน/ศักยภาพ เป็นต้น ประเด็นที่ 3 การจัดการสิ่งแวดล้อม เช่น การจัดการดิน น้ำ ป่า ขยะ ฝุ่นละออง และการเตรียมพร้อมรับมือภาวะโลกเดือด เป็นต้น ประเด็นที่ 4 การส่งเสริมคุณภาพเด็กและเยาวชน เช่น การเสริมศักยภาพสภาเด็กและเยาวชน การออกแบบกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ ส่งเสริมคุณธรรม/จริยธรรม เป็นต้น และประเด็นที่ 5 การส่งเสริมสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เช่น การประสานความร่วมมือเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช การออกแบบกิจกรรมแบบบูรณาการ การติดตาม/เฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช การส่งเสริม/ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น

   เรื่องที่ 2 ข้อเสนอแนะสำหรับการหนุนเสริมจาก สสส. 7 ประเด็นสำคัญ ประกอบด้วย ประเด็นที่ 1 สนับสนุนการจัดการระบบข้อมูลพื้นที่เพื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหา วางแผนและดำเนินการแก้ไข การออกแบบและกำหนดนโยบาย รวมถึงจัดทำฐานข้อมูลหรือระบบข้อมูล one data, one plan, one map ประเด็นที่ 2 ปรับปรุงระเบียบประกาศ รวมถึงนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น ปัญหายาเสพติดที่เกิดจากนโยบายรัฐ การเผาป่า การส่งเสริมคาร์บอนเครดิต การส่งเสริมเศรษฐกิจ เป็นต้น ประเด็นที่ 3 ส่งเสริมองค์ความรู้และทักษะการทำงาน เพื่อเพิ่มความรู้ ความตระหนัก และส่งเสริมให้เกิดการสร้างงาน สร้างอาชีพ ลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ รวมถึงสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น การคัดแยกขยะ สุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวช เด็กและเยาวชนติดยาเสพติด สังคมสูงวัย สภาพภูมิอากาศ เป็นต้น ประเด็นที่ 4 เสริมสมรรถนะผู้นำและกลไกการดำเนินการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ เพื่อบูรณาการเครือข่ายร่วมแก้ไขปัญหาและสร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคี ประเด็นที่ 5 เสริมศักยภาพศูนย์พัฒนาหรือศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้ ตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ประเด็นที่ 6 เสริมศักยภาพและทักษะการบริหารจัดการด้านงบประมาณเพื่อส่งเสริม/หนุนเสริมกลไกการสร้างรูปธรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนท้องถิ่น โดยอาจจะร่วมกับสถาบันการเงินชุมชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และสร้างนวัตกรรมการจัดการร่วมกัน และประเด็นที่ 7

เสริมศักยภาพชุมชนท้องถิ่นให้มีการจัดการกองทุนและสวัสดิการสังคมที่เอื้อต่อการช่วยเหลือดูแลทุกช่วงวัย การจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ การส่งเสริมอาชีพ การจัดการรายได้และหนี้สิน และเพิ่มการออม

2. ข้อเสนอแนะจากกรรมการบริหารแผน กรรมการกำกับทิศทางของแผนสุขภาวะชุมชน ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนหน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ และสถาบันวิชาการ ประกอบด้วย 4 ประเด็น คือ ประเด็นที่ 1 การขับเคลื่อนงานโดยใช้ความเข้มแข็งของพื้นที่เป็นฐาน ด้วยศักยภาพของกลไกการจัดการของพื้นที่ แนวทางการจัดการตนเอง ครอบคลุมทุกมิติของคุณภาพชีวิตประชาชน รวมทั้งขบวนการร่วมผลักดันนโยบายสาธารณะในระดับท้องถิ่น ประเด็นที่ 2 การมีส่วนร่วมของภาคียุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยหนุนเสริมการดำเนินงานระหว่างภาคียุทธศาสตร์กับแผนสุขภาวะชุมชน ในการนำนโยบาย ระเบียบ กฎหมาย ไปปฏิบัติในระบบการจัดการโดยชุมชนท้องถิ่นและการใช้แนวปฏิบัติที่ได้ผลดีจากพื้นที่ไปประกอบการพัฒนานโยบาย ระเบียบกฎหมายที่เกี่ยวข้องในระดับชาติ ประเด็นที่ 3 การยกระดับการขับเคลื่อนงานของแผนสุขภาวะชุมชนอย่างก้าวกระโดด เช่น การกำหนดเป้าหมายความสำเร็จตามการพัฒนาอย่างยั่งยืนและการตอบสนองต่อวิกฤตภายในประเทศและโลก เป็นต้น และประเด็นที่ 4 การเรียนรู้ศักยภาพพื้นที่โดยเครื่องมือทางวิชาการ ประกอบด้วย การจัดทำฐานข้อมูล การบริหารจัดการท้องถิ่นโดยบูรณาการแผนพัฒนาท้องถิ่น ชุดกิจกรรมขับเคลื่อนปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยสร้างเสริมสุขภาพและการเชื่อมประสานการทำงานร่วมกัน

การออกแบบและวางแผนการดำเนินงานของแผนสุขภาวะชุมชนจึงต้องสามารถตอบสนองสถานการณ์สำคัญของชุมชนท้องถิ่นและของประเทศ ตามแนวโน้มของสถานการณ์ที่ส่งผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ สถานการณ์สำคัญของชุมชนท้องถิ่นและข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานของแผนสุขภาวะชุมชน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ข้างต้น

1.2 สรุปผลการดำเนินงานที่สำคัญของปีที่ผ่านมา

แผนสุขภาวะชุมชนออกแบบการทำงานเป็น 2 หลักการคือ หลักการที่ 1 การใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา และหลักการที่ 2 คำนึงถึงสุขภาพในทุกนโยบาย เพื่อมุ่งเป้าสนับสนุนกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นให้เกิด “ชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง” “ชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่” และ “ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง” ที่เป็นฐานสำคัญของการพัฒนาประเทศ ด้วยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นใน 6 ปัจจัยสำคัญ ประกอบด้วย (1) ผู้นำชุมชนท้องถิ่นให้มีทักษะและความสามารถในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น (2) กลไกขับเคลื่อนที่จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วม จัดการเรียนรู้และสร้างการเปลี่ยนแปลงในระดับพื้นที่ (3) นโยบายสาธารณะและมาตรการทางสังคมที่กำหนดโดยชุมชนท้องถิ่นสามารถสร้างรูปธรรมแสดงถึงความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น (4) แนวทางการนำนโยบายสู่การปฏิบัติเป็นรูปธรรมและมีคุณภาพ (5) ระบบข้อมูลและเครื่องมือทางวิชาการที่มีคุณภาพและไวต่อการนำใช้ในการตัดสินใจ และ (6) ระบบบริการสาธารณะและบริการอื่นโดยชุมชนท้องถิ่นครอบคลุม เข้าถึงได้และมีคุณภาพ เพื่อทำให้คนในชุมชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตดีขึ้น

จากการออกแบบการทำงานและบทบาทหน้าที่ของแผนสุขภาวะชุมชน รวมถึงทุนและศักยภาพในการขับเคลื่อนงานของแผนร่วมกับภาคีเครือข่าย จึงสามารถสรุปผลงานที่สำคัญของปีที่ผ่านมา 3 เรื่อง โดยสรุปดังนี้

เรื่องที่ 1 การใช้ศักยภาพของเครือข่ายในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ เริ่มจากชุมชนท้องถิ่นได้รับการเสริมศักยภาพในการวิเคราะห์ทุนทางสังคม ศักยภาพการจัดการและปัญหาของพื้นที่ โดยกำหนดประเด็นในการขับเคลื่อนการแก้ปัญหา/ประเด็นเหล่านั้นด้วยการพัฒนาระบบการจัดการโดยชุมชนท้องถิ่นเอง ทั้งนี้ต้องสัมพันธ์และตอบสนองประเด็นยุทธศาสตร์ของแผนสุขภาวะชุมชนและ สสส. โดยในปี 2566 ชุมชนท้องถิ่นจำนวน 626 แห่ง ตกลงร่วมกันขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหา 4 ประเด็น คือ (1) การส่งเสริมเศรษฐกิจชุมชน ผ่านกลไกการจัดการการเงิน กองทุน สถาบันการเงิน การยกระดับผลิตภัณฑ์ กลุ่มอาชีพ รวมถึงการมีธุรกิจเพื่อสังคม (2) การเตรียมพร้อมรับมือการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ที่ส่งผลกระทบอย่างหนักต่อชีวิตความเป็นอยู่ ทรัพย์สิน ผลผลิตทางการเกษตร (3) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ระบบสวัสดิการสังคม ระบบบริการสาธารณะอื่น ๆ และระบบอาสาสมัครที่เอื้อต่อและเตรียมการเข้าสู่สังคมสูงวัย และ (4) การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่เกิดจากหลากหลายสาเหตุ ทั้งจากภาวะเศรษฐกิจ ยาเสพติด หรือความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งทั้ง 4 ประเด็นข้างต้นเป็นประเด็นสำคัญในปี 2566 ที่สมาชิกเครือข่ายตกลงร่วมกันขับเคลื่อนปฏิบัติการในพื้นที่ โดยได้รับการเสริมศักยภาพ จากแผนสุขภาวะชุมชน จนปรากฏเป็นพื้นที่ต้นแบบเครือข่ายผู้นำที่มีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ แนวทางการพัฒนากลไกการจัดการสุขภาวะชุมชนและการแก้ปัญหาเชิงประเด็นรวมทั้งเครื่องมือการทำงานที่มีความไว ระบบข้อมูลและการนำใช้ประโยชน์จากข้อมูลในระดับพื้นที่และเครือข่าย ชุดกิจกรรมที่เป็นมาตรฐานครอบคลุมการแก้ปัญหา แนวทางการพัฒนานโยบายสาธารณะ ข้อตกลงความร่วมมือ รวมทั้งกติการะดับพื้นที่และเครือข่าย ตลอดจนแนวทางการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่

เรื่องที่ 2 ผู้ได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานของแผน มีจำนวนรวม 10 ล้านกว่าคน จาก 3 ล้านกว่าครัวเรือน (3,526 ตำบล 76 จังหวัด) โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยแรงงานและกลุ่มผู้สูงอายุเป็นอันดับต้น ๆ ตามลำดับ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่ดำเนินการร่วมกับแผนสุขภาวะชุมชนในการดูแลและช่วยเหลือประชากรกลุ่มเด็กและเยาวชน รวมทั้งกลุ่มเปราะบางอื่น ๆ

เรื่องที่ 3 ผลลัพธ์ทางสุขภาพจากการดำเนินงานของเครือข่าย ผ่านกระบวนการ 3 ส คือ สร้างการมีส่วนร่วม สร้างการเรียนรู้ และสร้างการเปลี่ยนแปลง โดยใช้ระบบข้อมูลกระตุ้นให้เกิดปฏิบัติการต่าง ๆ ในพื้นที่ โดยเฉพาะในการขับเคลื่อนประเด็นหลักของ สสส. คือ การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และ การลดการสูบบุหรี่ โดยปรากฏมีอัตราลดลงอันอาจเป็นผลจากการดำเนินงานของแผนสุขภาวะชุมชนด้วย

แผนสุขภาวะชุมชนคำนึงถึงการพัฒนาอย่างยั่งยืนและการตอบสนองต่อวิกฤตภายในประเทศและระดับโลก โดยใช้เป็นหลักสำคัญในการออกแบบกระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ได้วิเคราะห์ความสอดคล้องกับนโยบายหลักและทิศทางการพัฒนาของประเทศไทยไว้ 5 ส่วน คือ (1) แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580): ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์และด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม (2) แผนปฏิรูปประเทศด้านสังคม: ประเด็นปฏิรูปที่ 4 ระบบสร้างเสริมชุมชนเข้มแข็ง (3) การดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) อาทิ ขจัดความยากจน ขจัดความหิวโหย การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี การศึกษาที่เท่าเทียม การจัดการน้ำและสุขาภิบาล พลังงานสะอาดที่ทุกคนเข้าถึงได้ แผนการบริโภคและการผลิตที่ยั่งยืน การรับมือการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การใช้ประโยชน์จากมหาสมุทรและทรัพยากรทางทะเล

การใช้ประโยชน์จากระบบนิเวศทางบก สังคมสงบสุขยุติธรรมไม่แบ่งแยก (4) การพัฒนาบนหลักของศาสตร์พระราชา 3 ประการ คือ 1) เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา 2) ระเบิดจากข้างใน และ 3) ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และ (5) จุดเน้นและหมุดหมายของกรอบแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) ที่ประกอบด้วย 13 หมุดหมาย ใน 4 มิติ ได้แก่ มิติภาคการผลิตและบริการเป้าหมาย มิติโอกาสและความเสมอภาคทางเศรษฐกิจและสังคม มิติความยั่งยืนของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และมิติปัจจัยผลักดันการพลิกโฉมประเทศ รวมถึงธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ทั้งด้านสุขภาพ กาย จิต ปัญญา และสังคมกับทุกกลุ่มประชากรตลอดทุกช่วงวัย

2. จุดเน้นของแผน

2.1 ยกระดับการขับเคลื่อนงานสุขภาวะชุมชนด้วยการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ [71] และเครือข่ายเชิงพื้นที่ที่มีความหลากหลายในการทำงาน

ด้วยการสร้างและขยายผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างทั่วถึง ประกอบด้วย เครือข่ายระดับหมู่บ้าน/ชุมชน เครือข่ายตำบล เครือข่ายชุมชนเขตเมือง เครือข่ายเชิงพื้นที่ระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัด เครือข่ายการรับมือการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ เครือข่ายแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก และเครือข่ายพื้นที่เฉพาะ/พื้นที่เขตเศรษฐกิจ

2.2 ใช้ศักยภาพเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่บูรณาการงานตาม 7 ประเด็นเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของ สสส. หรือประเด็นที่มีความจำเป็นในการแก้ปัญหาของชุมชนท้องถิ่น

ด้วยการหนุนเสริมและดำเนินงานร่วมกับแผนต่าง ๆ ภายใน สสส. ภาคียุทธศาสตร์ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน สถาบันวิชาการ ภาคีเครือข่ายทุกกลุ่ม โดยการน้อมนำศาสตร์ของพระราชา เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และระเบิดจากข้างในมาเป็นเครื่องมือในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนท้องถิ่น

2.3 ขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ความเข้มแข็งของพื้นที่เป็นฐานในการสร้างปฏิบัติการและผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน รวมทั้งยกระดับงานเชิงนโยบายของพื้นที่

ประกอบด้วย ส่งเสริมการลดรายจ่ายและเพิ่มรายได้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาและยกระดับการบริการเพื่อลดช่องว่างทางดิจิทัลในการเข้าถึงองค์ความรู้และฐานข้อมูลการสร้างเสริมสุขภาพ เสริมความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน การรับมือกับผลกระทบของกลุ่มประชากรเปราะบางจากความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอุบัติใหม่ และการตอบสนองแผนระดับชาติที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนนโยบายของรัฐที่อาจเปลี่ยนแปลงไป

[71] พื้นที่ต้นแบบ เช่น พื้นที่ตำบลเข้มแข็งมั่นคงยั่งยืน พื้นที่ศูนย์จัดการเครือข่าย พื้นที่ศูนย์เรียนรู้ พื้นที่ศูนย์ปฏิบัติการ พื้นที่ศูนย์ฝึกอบรม พื้นที่ตัวอย่าง เป็นต้น

3. เป้าหมายการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก

1. เครือข่ายชุมชนท้องถิ่น **ไม่น้อยกว่า 300 แห่ง** ใช้ความเข้มแข็งของพื้นที่เป็นฐานในการลดการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า หรือส่งเสริมการลดรายจ่ายและเพิ่มรายได้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ หรือยกระดับงานนโยบายสาธารณะของพื้นที่
2. พื้นที่ต้นแบบ **ไม่น้อยกว่า 20 แห่ง** ที่บูรณาการขับเคลื่อนงานสุขภาวะชุมชนตาม 7 ประเด็นเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของ สสส. หรือประเด็นที่มีความจำเป็นในการแก้ปัญหาของชุมชนท้องถิ่น
3. ผู้นำชุมชนท้องถิ่นและผู้นำรุ่นใหม่ **ไม่น้อยกว่า 1,000 คน** มีทักษะหรือความสามารถในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น
4. การบริหารจัดการข้อมูลเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือสภาพ แวดล้อมของชุมชนท้องถิ่น ร่วมกับภาคียุทธศาสตร์หรือสถาบันวิชาการ

ตัวชี้วัดร่วม

1. ความร่วมมือระหว่างแผนสุขภาวะเด็กเยาวชนและครอบครัว (แผน 7) และแผนสุขภาวะชุมชน (แผน 6) ในการยกระดับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเครือข่ายตำบลสุขภาวะให้เป็นศูนย์ต้นแบบ ทำบทบาทหน้าที่เป็นแหล่งเรียนรู้ เป็นพี่เลี้ยงถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ให้แก่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเครือข่ายตำบลสุขภาวะ ไม่น้อยกว่า 5 แห่ง
2. การบูรณาการร่วมกันระหว่างแผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม (แผน 3) และแผนสุขภาวะชุมชน (แผน 6) เพื่อยกระดับการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในเครือข่ายตำบลสุขภาวะในพื้นที่ 10 อำเภอ ให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

4. วัตถุประสงค์

4.1 เพื่อยกระดับการขับเคลื่อนงานสุขภาวะชุมชนด้วยการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ และเครือข่ายเชิงพื้นที่ที่มีอัตลักษณ์ในการทำงาน

4.2 เพื่อใช้ศักยภาพเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่บูรณาการงานตาม 7 ประเด็นเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของ สสส. หรือประเด็นที่มีความจำเป็นในการแก้ปัญหาของชุมชนท้องถิ่น

4.3 เพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ความเข้มแข็งของพื้นที่เป็นฐานในการขับเคลื่อนและยกระดับนโยบายสาธารณะของพื้นที่

5. แนวทางการดำเนินงาน

5.1 กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตงาน

1. กลุ่มเป้าหมาย

ประกอบด้วย (1) กลุ่มประชากร (setting) ครอบคลุม 13 กลุ่มประชากรเป้าหมาย [72] องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล รวมถึงครอบครัว ศาสนสถาน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน สถาบันวิชาการ ภาครัฐ ภาคเอกชน ระบบบริการสุขภาพ (2) พื้นที่ (area) ชุมชนชนบท ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท และชุมชนเมือง ชุมชนในกรุงเทพมหานคร ปริมณฑลและพื้นที่ที่มีลักษณะพิเศษ เช่น พื้นที่อนุรักษ์ พื้นที่ชายแดน พื้นที่ที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ พื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ เป็นต้น และ (3) ระบบ (system) ประเด็นและวาระสำคัญของ สสส. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น การสื่อสารและรณรงค์

2. ขอบเขตการดำเนินงาน

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

5.2 ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

แผนสุขภาวะชุมชนใช้ "ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น: S-2I (เอสทูไอ)" อย่างต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2567 ด้วยกิจกรรมเชิงยุทธศาสตร์ 3 ประการ ดังนี้

1. การจัดการพื้นที่-Systematization ดำเนินการจัดระบบในพื้นที่โดยดำเนินการใน 3 ส่วน ประกอบด้วย (1) ความร่วมมือของผู้นำชุมชนท้องถิ่นจากทั้ง 4 องค์กรหลัก (2) ผู้นำชุมชนท้องถิ่นจาก 4 องค์กรหลักร่วมกันออกแบบกลไกในการขับเคลื่อนการพัฒนาทุกด้าน และ (3) ผู้นำชุมชนท้องถิ่นจัดทำข้อมูลเพื่อการตัดสินใจและการติดตามประเมินผล
2. การสร้างและพัฒนานวัตกรรมชุมชน-Innovative creation กระตุ้นให้ 4 องค์กรหลักพัฒนาแนวทางและวิธีการใหม่ ๆ ในการจัดการสุขภาวะชุมชนที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการแก้ปัญหาเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและมีแนวโน้มที่จะนำไปสู่ความยั่งยืน
3. การบูรณาการภายในชุมชนท้องถิ่นและร่วมมือกับหน่วยงานสนับสนุนจากภายนอก-Integration and Collaboration ผ่านการเรียนรู้ร่วมกันในพื้นที่และข้ามพื้นที่ในหลากหลายรูปแบบ เพื่อผลักดันให้มีการปรับใช้และบูรณาการเข้าสู่ระบบการทำงานของ 4 องค์กรหลัก พร้อม ๆ กับการนำศักยภาพของชุมชนท้องถิ่นเชื่อมต่อกับหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงตามโครงสร้างการบริหารราชการ และการเชื่อมโยงกับแผนของ สสส.

[72] 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

5.3 ภาคีหลัก

1. ภาคีปฏิบัติการ

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

2. ภาคีขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และนโยบายสู่การปฏิบัติ

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

3. ภาคียุทธศาสตร์

1. กระทรวงมหาดไทย เช่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมการพัฒนาชุมชน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กรมการปกครอง เป็นต้น
2. กระทรวงสาธารณสุข
3. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เช่น สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) กรมกิจการผู้สูงอายุ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เป็นต้น
4. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
5. กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม
6. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม
7. กระทรวงเกษตรและสหกรณ์
8. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

9. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
10. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
11. กรุงเทพมหานคร
12. กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา
13. สำนักงานกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมืองแห่งชาติ
14. สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย

6. งบประมาณ

รวม
330.00
ล้านบาท

กลุ่มแผนงานเสริมความเข้มแข็งระบบการจัดการพื้นที่	กลุ่มแผนงานขับเคลื่อนความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์และสถาบันวิชาการ	กลุ่มแผนงานขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนและบูรณาการ	การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ
80.00 ล้านบาท	80.00 ล้านบาท	150.00 ล้านบาท	20.00 ล้านบาท

แผน 7

แผนสุขภาวะ เด็ก เยาวชน และครอบครัว

1. สถานการณ์และแนวโน้ม

1.1 สถานการณ์และแนวโน้มสำคัญ

1. สถานการณ์สุขภาวะที่สำคัญของเด็ก เยาวชน และครอบครัว

รายงานสุขภาพคนไทย 2566 แสดงข้อมูลสถานการณ์และแนวโน้มความเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาวะกลุ่มเด็ก เยาวชน และครอบครัว **การบริโภคยาสูบ** พบว่าสถานการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเด็กและเยาวชนค่อนข้างน่าเป็นห่วง มีอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเด็กไทยสูงถึงร้อยละ 17.6 หรือเพิ่ม 5.3 เท่าระหว่างปี 2558-2565 (ผลการสำรวจของการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบในเยาวชนไทย (Global Youth Tobacco Survey: GYTS ปี 2565) **การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด** เยาวชนอายุ 15-24 ปี พบเห็นการโฆษณา กิจกรรมการตลาดและการส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด โดยเฉพาะในรูปแบบการสนับสนุนทีมกีฬาหรือการแข่งขันกีฬาที่ร้อยละ 23.8 ตามด้วยรูปแบบการสนับสนุนการจัดงานเทศกาลต่าง ๆ ที่ร้อยละ 20.4 และผ่านสื่อหรือสังคมออนไลน์ที่ร้อยละ 16.1 ขณะที่จำนวนเยาวชนที่เข้าถึงกัญชาเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น การใช้กัญชาแบบสูบในเด็กและเยาวชนไทยอายุ 18-19 ปี สูงขึ้น 10 เท่า จากร้อยละ 1-2 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 9.7 ในปี 2565 [73] **การบริโภคอาหาร** เด็กอายุ 6-14 ปี เป็นกลุ่มบริโภคผักและผลไม้ที่เพียงพอค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะเด็กในกรุงเทพมหานคร ที่ในปี 2564 พบว่า มีไม่ถึง 1 ใน 4 เท่านั้นที่กินผักและผลไม้เพียงพอ **การมีกิจกรรมทางกาย** พบว่า เด็กและเยาวชนไทยเพียง 1 ใน 4 ที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ **อุบัติเหตุทางถนน** ข้อมูลปี 2564 1 ใน 5 ของคนไทยที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีความเสี่ยงสูงเนื่องจากมีสัดส่วนการสวมหมวกนิรภัยต่ำกว่าประชากรในกลุ่มวัยอื่น **สุขภาพจิต** ผลการประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นปี 2565 พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี มากกว่า 1 ใน 3 มีความเสี่ยงทางสุขภาพจิต

2. สถานการณ์ของระบบนิเวศในการพัฒนาเด็กและเยาวชน/ สภาพแวดล้อมที่มีอิทธิผลต่อการพัฒนาเด็กและเยาวชน

การพัฒนาเด็กและเยาวชนให้เติบโตเต็มศักยภาพต้องให้ความสำคัญกับระบบนิเวศรอบตัวเด็ก (Child Ecology) ข้อมูลจาก ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว (คิด for คิดส์) พบว่า ร้อยละ 67 ของเด็กและเยาวชนอยู่ในครอบครัวรายได้น้อย (น้อยกว่า 100,000 บาท/คน/ปี) เสี่ยงด้านโภชนาการและการเรียนรู้ เด็กใน 1.8 ล้านครัวเรือนไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ ต้องอยู่กับปู่ย่าตายาย โดยเฉพาะในครอบครัวรายได้น้อย ความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่าใน 7 ปี (จาก 1,001 รายในปี 2559 เป็น 2,347 รายในปี 2565) เด็กและเยาวชนรู้สึกว่าบ้านไม่ปลอดภัย โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่เลี้ยงเดี่ยว งบประมาณสถานรองรับของรัฐลดลงเฉลี่ยร้อยละ 12.6 ต่อปี ทำให้ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านร่างกายและจิตใจ ระบบการศึกษามีปัญหา ครูขาดแคลนในโรงเรียนขนาดเล็ก ส่งผลต่อคุณภาพการศึกษา แรงงานเยาวชนร้อยละ 88 ได้ค่าจ้างน้อยกว่าที่คาดหวัง สังคมสูงวัยทำให้เด็กต้องรับภาระในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและดูแลผู้สูงอายุในอนาคต สุขภาพจิตเด็กต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 24 มีความเสี่ยงซึมเศร้า โดยในปี 2566 พบว่า เยาวชนร้อยละ 18 มีความเครียดสูง ร้อยละ 26 เสี่ยงซึมเศร้า และร้อยละ 12.5 เสี่ยงฆ่าตัวตาย สาเหตุหลักมาจากการเรียน ความคาดหวังในการทำงาน และสถานะการเงิน การกลั่นแกล้งในโรงเรียน

[73] สุริยัน บุญแท้. (2563) (2564) (2565). โครงการสำรวจทัศนคติและพฤติกรรมการใช้สารเสพติด : กรณีศึกษาประชาชนอายุ 18 – 65 ปี ใน 20 จังหวัด ทุกภูมิภาคของประเทศ. ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.)

เกิดกับเด็ก ร้อยละ 44.3 ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ปัญหาเหล่านี้สะท้อนความจำเป็นในการปรับปรุงระบบนิเวศในการพัฒนาเด็กและเยาวชนอย่างเร่งด่วนเพื่อให้พวกเขาเติบโตได้เต็มศักยภาพ

3. สถานการณ์ภัยคุกคามต่อเด็กและเยาวชน

การสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชน เป็นภัยคุกคามที่ต้องได้รับการแก้ปัญหาโดยเร่งด่วน ข้อมูลจากรายงานสุขภาพคนไทย 2566 พบว่า เด็กและเยาวชนเป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังด้วยมายาคติที่เชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ทั่วไป ทำให้อุบัติการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดถึง 5.3 เท่า ระหว่างปี 2558-2565 (เยาวชนชายสูบเพิ่ม 4.7 เท่า และเยาวชนหญิงสูบเพิ่ม 7.9 เท่า) อุตสาหกรรมยาสูบใช้กลยุทธ์มุ่งเป้าที่เด็ก มีการโฆษณาทางอินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27 เป็นร้อยละ 48 และมีการพัฒนารสชาติใหม่ ๆ เพื่อสร้างความจูงใจมากขึ้น นอกจากนั้น เด็กและเยาวชนไทยมีทัศนคติเชิงบวกต่อบุหรี่มากขึ้น การตัดสินใจเลิกบุหรี่ลดลง (จากร้อยละ 72.2 เหลือร้อยละ 59) งบประมาณในการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารจากพิษภัยบุหรี่ลดลงในทุกช่องทางสื่อ (ร้อยละ 74.9 หรือ ร้อยละ 61.3) การรณรงค์ในงานกิจกรรมพิเศษต่าง ๆ ลดลง (ร้อยละ 72.2 เหลือร้อยละ 62.4) ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ลดลงจากร้อยละ 38.4 เหลือร้อยละ 28.6 รวมไปถึง การสอนเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ในโรงเรียนลดลง (ร้อยละ 76.2 เหลือร้อยละ 65.8) [74] ดังนั้นการเพิ่มขึ้นของอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับความปลอดภัยของบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชนเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการพัฒนานโยบายและมาตรการที่เข้มงวดขึ้นในการป้องกันและแก้ไขปัญหานี้

4. สถานการณ์ความเปราะบางของเด็ก เยาวชน และครอบครัว

รายงานสถานการณ์เด็กและครอบครัว ปี 2024 โดยศูนย์นโยบายเด็กและครอบครัว (คิด for คิดส์) ได้รวบรวมสถานการณ์ความเปราะบางของเด็ก เยาวชน และครอบครัว นำเสนอข้อมูล **เด็กและครอบครัวไทยที่ไม่ถูกมองเห็น** พบเด็กและครอบครัวไทยยังมีบางกลุ่มที่ไม่ถูกมองเห็นโดยรัฐ ใน 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) เด็กและเยาวชนครัวเรือนเกษตร ซึ่งต้องเผชิญกับปัญหาในเรื่องความไม่แน่นอนของรายได้ และถึงแม้ว่าครอบครัวเกษตรจะพยายามทำให้เด็กเป็นผู้รับผลสุดท้าย แต่ความไม่แน่นอนก็ยังส่งผลให้ขาดโอกาสในการเข้าถึงการศึกษาที่ดี รวมถึงมองว่าการศึกษาสูงไม่ใช่เรื่องจำเป็น ทำให้ไม่มีโอกาสเข้าถึงงานทักษะสูงและมีความฝันในอนาคตที่จำกัด (2) เด็กและเยาวชนจนเมือง ที่อยู่ในพื้นที่ที่เต็มไปด้วยโอกาส แต่มีต้นทุนแฝงที่ทำให้ไม่ได้โอกาสนั้น เด็กจนเมืองเข้าถึงการศึกษาระดับปฐมวัยน้อยกว่าพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศ บั่นทอนโอกาสในระยะยาว ความยากจนยังรวมถึงในด้านทุนทางสังคมที่กีดกันไม่ให้พวกเขาเลื่อนฐานะจากรุ่นพ่อแม่ได้ (3) สามเณร เด็กและเยาวชนใต้ร่มกาสาวพัสตร์ที่เป็นแหล่งสะท้อนความเปราะบาง ทั้งในเรื่องความยากจนและครอบครัวแหว่งกลาง และไม่ตอบโจทย์พัฒนาการของเด็กจากการต้องครองตนใต้ผ้าเหลือง (4) เยาวชนที่เคลื่อนไหวทางการเมืองในช่วงปี 2563 ยังต้องเผชิญกับการคุกคาม-ติดตามบ้าน รวมถึงถูกคุมขังเพิ่มแม้ภายหลังการเลือกตั้งในปีที่ผ่านมา ตอกย้ำให้บาดแผลในครัวเรือนไม่อาจได้รับการเยียวยา

5. การมีส่วนร่วมอย่างมีความหมายของเด็กและเยาวชน (Meaningful Participation)

ศูนย์นโยบายเด็กและครอบครัว (คิด for คิดส์) ได้นำเสนอข้อมูลซึ่งได้มาจากการสำรวจความคิดเห็นของเยาวชน 15-25 ปี ทั่วประเทศ ระหว่างเดือน เมษายน – พฤษภาคม 2565 (Youth Survey 2022) ในประเด็นการส่งเสริมให้

[74] กรมควบคุมโรค, มหาวิทยาลัยมหิดล, องค์การอนามัยโลก, และศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐ. (2024). "การสำรวจของการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบในเยาวชนไทย ปี พ.ศ. 2565 (Global Youth Tobacco Survey: GYTS)"

เสียงของเยาวชนมีความหมาย เปิดกระบวนการนโยบายให้เยาวชนมีส่วนร่วม สถานการณ์ปัจจุบันพบว่า เยาวชนขาดช่องทางการมีส่วนร่วมที่มีความหมาย อันเนื่องมาจาก (1) นโยบายไม่ตอบสนองปัญหาและความต้องการของเยาวชน (2) เยาวชนขาดช่องทางการมีส่วนร่วมที่เป็นทางการและมีความหมาย และ (3) เยาวชนจัดและมีส่วนร่วมในการชุมนุมประท้วงจำนวนมากอย่างต่อเนื่อง

คิด for คิดส์ได้สังเคราะห์ข้อเสนอนโยบายเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมายของเด็กและเยาวชน ดังนี้ (1) กำหนดยุทธศาสตร์ระยะยาวให้เด็กและเยาวชนร่วมคิดและตัดสินใจ โดยขยายช่องทางให้เยาวชนสามารถร่วมให้ความเห็น ตัดสินใจ ดำเนินกิจกรรมและประเมินทุกนโยบายทุกระดับที่เหมาะสม การจัดทำนโยบายเกี่ยวกับประเด็นเด็กและเยาวชน หน่วยงานควรจัดประชุมหรือส่งเนื้อหานโยบายให้ตัวแทนเด็กและเยาวชนพิจารณาให้ความเห็น (2) สร้างพื้นที่ทดลอง (sandbox) เป็นต้นแบบการมีส่วนร่วมเชิงนโยบายของเยาวชน เพื่อทดลองเรียนรู้และพัฒนากลไกและสร้างความเชื่อมั่นร่วมกันระหว่างเด็กเยาวชนและผู้กำหนดนโยบาย ให้เยาวชนมีส่วนร่วมในการเลือกประเด็นนโยบายที่จะส่งผลกระทบวงกว้างต่อเด็กเยาวชน และ (3) พัฒนาโครงสร้าง “สภาเด็ก” ให้เป็นตัวแทนที่ดี อิสระ และมีบทบาทมากพอ โดยให้มีการจัดเลือกตั้งสภาออนไลน์ ให้สภามีอิสระ ทำงานง่ายขึ้น และเชื่อมต่อผู้บริหารและหน่วยนโยบาย

6. การระดมความคิดเห็นกับภาคีเครือข่ายด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว

ในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว โดยสำนัก 4 ได้มีการจัดประชุมร่วมกับภาคีเครือข่าย 4 ครั้ง ได้แก่

ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 30 เมษายน 2567 เพื่อประเมินความก้าวหน้าการดำเนินงานของแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว

ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม 2567 เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มสำคัญ

ครั้งที่ 3 เมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม 2567 เพื่อกำหนดเป้าหมายและจุดเน้นของแผน โดยภาคีเครือข่ายเสนอแนะและเห็นพ้องร่วมกันถึงเป้าหมายสำคัญของแผน คือ ประเด็นความสุขของเด็กและเยาวชน การมีส่วนร่วมอย่างมีความหมายของเด็กและเยาวชน และการสร้างความสัมพันธ์เพื่อลดช่องว่างระหว่างคนต่างรุ่น โดยเสนอให้แผนการดำเนินงานประจำปี 2568 มุ่งเน้น ดังนี้: (1) เพิ่มขีดความสามารถของชุมชน/บุคลากรท้องถิ่น ให้มีศักยภาพและความพร้อมในการพัฒนาชีวิตเด็กและเยาวชน (2) บูรณาการ เชื่อมร้อยระบบและกลไกการทำงานแบบไร้รอยต่อระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ (3) จัดการความรู้ของภาคีเครือข่าย แลกเปลี่ยนความรู้และบทเรียนการทำงาน เพื่อนำใช้เป็นเครื่องมือในการทำงานได้อย่างรอบด้าน (4) วางแผนการขับเคลื่อนนโยบายอย่างมีกลยุทธ์ โดยจัดลำดับความสำคัญในประเด็นที่ต้องผลักดัน และ (5) เปิดพื้นที่ให้คนรุ่นใหม่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนนโยบาย ทั้งระดับพื้นที่และระดับประเทศ อาจเป็นอีกหนึ่งหนทางที่จะช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์และลดช่องว่างระหว่างคนต่างรุ่นได้

ครั้งที่ 4 เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2567 เปิดเวทีรับฟังความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) ต่อ (ร่าง) แผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีข้อเสนอแนะที่จะนำไปสู่การยกระดับการดำเนินงานได้ ดังนี้ (1) การขับเคลื่อนขยายผลเชิงนโยบาย ที่มีการวางแผนให้มีความยืดหยุ่นและคำนึงถึงบริบทของสังคมที่เกิดขึ้น

และเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (2) การมีแผนงาน/กลไกเพื่อรับมือต่อสถานการณ์เร่งด่วน/ภาวะวิกฤต ให้สามารถแก้ปัญหาได้อย่างเป็นระบบ เช่น กรณีเหตุการณ์ความรุนแรงที่จังหวัดหนองบัวลำภู (3) การสร้างเสริมความเข้มแข็งและสร้างการมีส่วนร่วมในระดับชุมชน โดยใช้แนวคิด "ชุมชนนำ" และ "เลี้ยงเด็กหนึ่งคนใช้คนทั้งหมู่บ้าน" ให้ตอบความต้องการของกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ (4) การทำงานร่วมกับกลุ่มเด็ก เยาวชนและพลเมืองรุ่นใหม่ ที่ไม่แยกส่วนกับชุมชน สังคม จะช่วยบรรเทาปัญหาความขัดแย้งระหว่างคนต่างรุ่นได้ (5) การเปิดพื้นที่ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เป็น "ผู้รับประโยชน์" เข้าร่วม และร่วมกำหนดทิศทางการทำงาน จะนำไปสู่การออกแบบแผนการทำงานที่สอดคล้องและตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของพื้นที่

ข้อเสนอแนะเหล่านี้เป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว ภายใต้แผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและเป้าหมายของเด็ก เยาวชน และครอบครัวในประเทศไทย

1.2 ความสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ที่สำคัญของรัฐ

ในช่วงปีที่ผ่านมาเกิดแนวนโยบายและยุทธศาสตร์สำคัญ ที่นำมาสู่การขับเคลื่อนงานของแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว ประกอบด้วย

1. มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 16 การส่งเสริมการพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ

ในการส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนในสังคมมีความตระหนักถึงคุณค่าและความสำคัญของเด็กในการเป็นอนาคตของชาติ และร่วมกันเป็นแรงขับเคลื่อนเพื่อสร้างค่านิยมร่วมในสังคม "สร้างบ้านแปงเมืองด้วยการสร้างเด็กที่มีคุณภาพ ที่มุ่งเน้นการพัฒนาเด็กให้เกิดและเติบโตเป็นทุนมนุษย์ที่มีคุณภาพ อันเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาประเทศ ภายใต้แนวคิด "Happy Child – Happy Family – Happy Community" โดยดำเนินการผ่าน (1) การสร้างแรงขับเคลื่อนทางสังคมครั้งใหญ่ (momentum) ให้เห็นถึงความสำคัญของการยกระดับการพัฒนาให้เด็กเกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ (2) การมีนโยบายที่เป็นมิตรกับครอบครัว (family-friendly policies) ที่เอื้อต่อการมีและดูแลบุตร (3) การนำแนวคิดชุมชนนำ (community-led approach) เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อกระบวนการเรียนรู้ในการเลี้ยงดูและพัฒนาเด็ก และ (4) การพัฒนาระบบสนับสนุนเพื่อเป็นฐานในการวางนโยบายที่มีประสิทธิภาพในระยะต่อไป

2. (ร่าง) วาระแห่งชาติประเด็นส่งเสริมการมีบุตร

ในมาตรการที่ 1 สร้างสมดุลระหว่างการทำงานและการดูแลครอบครัว ด้วยการส่งเสริมนโยบาย Family Friendly Workplace การยืดหยุ่นเวลาและรูปแบบในการทำงาน ให้สอดคล้องกับการเลี้ยงดูบุตร โดยไม่กระทบกับหน้าที่การงานและรายได้ ผลักดันให้สถานประกอบการมีโครงสร้างพื้นฐานในการสนับสนุนการทำงานของพนักงานที่มีบุตร เช่น ที่รับดูแลเด็ก มุมนมแม่ เป็นต้น ขยายเวลาในการหยุดงานไปเลี้ยงลูก ทั้งโดยได้รับค่าจ้างและไม่ได้รับค่าจ้างของบิดา-มารดา มาตรการที่ 2 การเพิ่มจำนวนและการเข้าถึงบริการสถานรับเลี้ยงเด็ก ด้วยการส่งเสริมการจัดสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอายุต่ำกว่า 2 ปี ส่งเสริมให้สถานรับเลี้ยงเด็กทุกแห่งดำเนินการตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ลดค่าใช้จ่ายในการเข้าใช้บริการสถานรับเลี้ยงเด็ก และมาตรการที่ 3 แบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร ด้วยการสนับสนุน Baby Bonus เพิ่มจำนวนเงินและปรับเงื่อนไขในการให้เงิน

อุดหนุนบุตร เพิ่มค่าลดหย่อนภาษีบุตร รวมถึงการพิจารณาค่าใช้จ่ายการเลี้ยงดูบุตร ที่สามารถนำมาลดหย่อนภาษีได้เพิ่มเติม เช่น ค่าเล่าเรียน ค่าสถานรับเลี้ยงเด็ก เป็นต้น

1.3 สรุปผลการประเมิน/ผลการดำเนินงานที่สำคัญในปีที่ผ่านมา

1. การสนับสนุนพื้นที่เรียนรู้

ในปีที่ผ่านมา ภาคีเครือข่ายพัฒนาและขยายผลพื้นที่เรียนรู้เพื่อความสุขและทักษะชีวิตของเด็ก ร่วมกันพัฒนาพื้นที่เรียนรู้ต้นแบบที่สามารถส่งเสริมความสุข ความรอบรู้ทางสุขภาพ สมรรถนะของเด็กและเยาวชน ในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ บ้าน ชุมชน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน องค์กรเพื่อสังคม เครือข่าย ธุรกิจเพื่อสังคม พื้นที่เรียนรู้หลายแห่งมีความพร้อมเป็นต้นแบบ เป็นแหล่งเรียนรู้สำหรับเด็กและเยาวชนในระดับชุมชน/พื้นที่ อีกทั้งสามารถเป็นพี่เลี้ยงถ่ายทอดประสบการณ์ บ่มเพาะและขยายผลพื้นที่เรียนรู้อื่น ๆ ในพื้นที่ได้ โดยเกิดพื้นที่เรียนรู้ระดับพื้นที่จำนวนรวม 94 พื้นที่ ตลอดทั้งปีมีเด็กและเยาวชนได้รับประโยชน์จำนวน 41,944 คน โดยพบว่า เด็กและเยาวชนที่ร่วมกิจกรรม/กระบวนการเรียนรู้ในพื้นที่เรียนรู้ มีผลลัพธ์ด้านความสุข ความรอบรู้ทางสุขภาพและสมรรถนะเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังเกิดความร่วมมือในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระดับจังหวัดผ่านการขับเคลื่อน “เมืองแห่งการเรียนรู้” และ “เทศกาลปิดเทอมสร้างสรรค์อัศจรรย์วันว่าง” มีการจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ใน 25 จังหวัด และ 4 จังหวัดนำร่อง (กรุงเทพมหานคร อุตรดิตถ์ ยะลา นครราชสีมา) ถึง 2,134 กิจกรรม กิจกรรมสร้างสรรค์เหล่านี้สามารถรองรับเด็กและเยาวชนได้ถึง 346,610 คน โดยมีความร่วมมือเครือข่ายปิดเทอมสร้างสรรค์ องค์กรภาคส่วนต่าง ๆ 393 หน่วยงาน และในช่วงปลายปี 2566 เครือข่ายเล่นเปลี่ยนโลกได้จัดเทศกาลเล่นอิสระ (Let’s play festival) เป็นครั้งแรกในประเทศ โดยมีครอบครัวและเด็ก ๆ เข้าร่วมกิจกรรมตลอด 3 วันรวม 4,800 คน และได้รับความสนใจจากสื่อมวลชนและอินฟลูเอนเซอร์จำนวนมากที่ช่วยสื่อสารสร้างความตระหนักของสังคมในการส่งเสริมให้เด็กทุกคนเข้าถึงการเล่นอิสระ

ด้านการพัฒนาและยกระดับโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพต้นแบบ ทั้งรูปแบบที่มีการพัฒนาทั้งระบบ (Whole School Approach) โดยมีโรงเรียนที่เข้าร่วมปฏิบัติการ 23 แห่ง เกิดหลักสูตรและแนวทางการเรียนรู้ มุ่งเน้นการสร้างเสริมทักษะอารมณ์สังคม (Social Emotional Learning: SEL) เพื่อเป็นทักษะพื้นฐานสำหรับนักเรียนทุกคนให้มีสุขภาวะ และรูปแบบโรงเรียนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเด็กและครอบครัวบนฐานจิตวิทยาเชิงบวก (FamSkool) เกิดเป็นหลักสูตร Visible Relationship (VR) สำหรับสร้างความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างโรงเรียนและครอบครัว และหลักสูตร Famskool Teacher Accelerator Program ที่มุ่งเน้นการสร้างโรงเรียนนำร่องในการใช้จิตวิทยาเชิงบวกในโรงเรียน ชุดความรู้สำหรับครูเบื้องต้นในการทำงานร่วมกับครอบครัว และการสร้างสัมพันธภาพเชิงบวก โดยมีโรงเรียนนำร่อง 2 แห่ง และโรงเรียนเครือข่าย 6 แห่ง

2. การสนับสนุนภาคีความร่วมมือ

การดำเนินงานในปีที่ผ่านมา ส่งผลให้เกิดต้นแบบชุมชนพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กที่สามารถสนับสนุนครอบครัวและสถานศึกษา ให้มีขีดความสามารถและร่วมกันดูแลเด็กช่วงวัยต่าง ๆ ให้มีสุขภาวะ ใน 90 พื้นที่ปฏิบัติการ ครอบคลุม 20 จังหวัด และมี 60 ตำบลเป็นพื้นที่ต้นแบบชุมชนพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กที่สามารถสนับสนุนครอบครัวและสถานศึกษาให้มีขีดความสามารถและร่วมกันดูแลเด็กช่วงวัยต่าง ๆ การพัฒนาแพลตฟอร์มการเรียนรู้สำหรับเด็กและครอบครัวทั้งแบบออนไลน์และออนไซต์ ได้แก่ แพลตฟอร์มคุณเปลี่ยนลูกเปลี่ยน ระบบเรียนรู้ออนไลน์สำหรับเด็ก

และครอบครัว “Mappa” ห้องเรียนพ่อแม่ที่มีลูกอายุ 0-3 ปี และ Parenger สร้างระบบนิเวศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของเด็กในยุคศตวรรษที่ 21 สู่พ่อแม่ผู้นำการเปลี่ยนแปลง

นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่ตอบโจทย์บริบทเชิงพื้นที่ เช่น กลไกอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อสุขภาวะเด็กปฐมวัยในชุมชน ที่มุ่งลดอุบัติการณ์เด็กปฐมวัยพัฒนาการบกพร่อง/ล่าช้า ผ่านระบบดูแลพัฒนาการเด็กทุกครัวเรือน เกิดความร่วมมือหลายภาคส่วนในการดูแลช่วยเหลือเด็กในชุมชนเปราะบางของกรุงเทพมหานคร เช่น บ้านรับเลี้ยงเด็กอ่อนในชุมชน การส่งเสริมสภาเด็กและเยาวชนระดับพื้นที่ด้วยระบบสนับสนุน 6+1

การขับเคลื่อนเครือข่ายสถานประกอบการที่เป็นมิตรกับครอบครัว (family-friendly workplace network) ยังเป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบสำคัญ ที่มีเป้าหมายในการสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่สนับสนุนการเลี้ยงดูและการพัฒนาเด็กและเยาวชน รวมถึงการสร้างแพลตฟอร์มที่เอื้อต่อการเรียนรู้และพัฒนาทักษะของเด็กและเยาวชนในรูปแบบที่ทันสมัยและสอดคล้องกับความต้องการของสังคมปัจจุบัน

การสนับสนุนภาคีความร่วมมือดังกล่าวยังรวมถึงการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในชุมชน การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างการเรียนรู้ และการวิจัยเพื่อติดตามผลและปรับปรุงกลยุทธ์การพัฒนาเด็กและเยาวชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การสนับสนุนเหล่านี้มีเป้าหมายเพื่อสร้างสังคมที่เอื้อต่อการพัฒนาเด็กและเยาวชนอย่างยั่งยืนและครอบคลุมในทุกมิติ

3. การสนับสนุนการขับเคลื่อนสังคม

ผลการดำเนินงานที่สำคัญในปีที่ผ่านมาประกอบด้วย

- การสร้างและจัดการความรู้และสื่อสารความรู้ทันต่อสถานการณ์สังคม: มีการจัดทำรายงานสถานการณ์เด็กและครอบครัว 2023 โดยศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว (คิด for คิดส์) ซึ่งเสนอข้อเสนอนโยบายด้านเด็กและเยาวชนจากการสำรวจความคิดเห็นของเด็กและเยาวชน นำไปสู่การขับเคลื่อน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ สวัสดิการเด็กและครอบครัวแบบรอบด้าน พื้นที่เรียนรู้และเล่นอิสระ และการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมายของเยาวชน นอกจากนี้ยังมีการสร้างชุมชนเรียนรู้ออนไลน์เพื่อเด็ก เยาวชน และครอบครัวภายใต้ชื่อ Hook Learning
- การศึกษาวิจัยและรังสรรค์นวัตกรรม: การขยายผลห้องเรียนเน็ตป๊าม้า และแพลตฟอร์ม Child Impact Platform ซึ่งระดมความร่วมมือหลายภาคส่วนเพื่อพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชน ผ่านชุดความรู้ เครื่องมือ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญ นวัตกรรมเหล่านี้ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้และพัฒนาทักษะของเด็กและเยาวชน
- การเสริมพลังภาคีเครือข่าย: มีการพัฒนาโปรแกรมเสริมศักยภาพและสร้างพลังให้กับภาคีเครือข่ายคนทำงานด้านเด็กและเยาวชน รวมถึงการพัฒนาวิทยากรต้นแบบศิลปะด้านในเพื่อขยายชุมชนการเรียนรู้และพัฒนาสุขภาวะเด็กอย่างเป็นองค์รวม โปรแกรมเหล่านี้มุ่งเสริมสร้างความเข้มแข็งและประสิทธิภาพในการทำงานร่วมกันเพื่อพัฒนาเด็กและเยาวชน

- การผลักดันเชิงนโยบาย: มีการผลักดันนโยบายสวัสดิการเงินอุดหนุนเด็กเล็ก การมีส่วนร่วมอย่างมีความหมายของเด็กและเยาวชน การสร้างสภาเมืองคนรุ่นใหม่ในกรุงเทพมหานคร และการพัฒนาพื้นที่เล่น เรียนรู้ และเล่นอิสระ นโยบายเหล่านี้มุ่งเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนาเด็กและเยาวชน

การดำเนินงานเหล่านี้คือบทสรุปและบทสะท้อนถึงความพยายามในการสร้างระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนสำหรับการพัฒนาเด็กและเยาวชนในประเทศไทย ผ่านการสร้างและเผยแพร่ความรู้ การวิจัยและนวัตกรรม การเสริมพลังภาคีเครือข่าย และการผลักดันนโยบายที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่และประเด็นสำคัญเฉพาะในลำดับต่อไป

4. การส่งเสริมความเท่าเทียมและลดความเหลื่อมล้ำที่ส่งผลต่อกลุ่มเปราะบาง

การส่งเสริมความเท่าเทียมและลดความเหลื่อมล้ำที่ส่งผลต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัวเปราะบาง เป็นประเด็นสำคัญที่ได้รับความร่วมมือจากกรุงเทพมหานครในการพัฒนาระบบคุ้มครองเด็ก โดยได้มีการพัฒนาโมเดลการพัฒนาคุณภาพบ้านรับเลี้ยงเด็กอ่อนในชุมชนกรุงเทพมหานคร และเตรียมการขยายผลนวัตกรรมแพลตฟอร์ม “เติมเต็ม” เพื่อเสริมสมรรถนะการร่วมจัดบริการคุ้มครองเด็กในภาวะเปราะบาง โดยทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานหลายภาคส่วน เป้าหมายคือการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กแบบไร้รอยต่อให้ครอบคลุม 6 เขตพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร

การดำเนินงานนี้ได้มีการถอดบทเรียนเพื่อสนับสนุนคุณภาพชีวิตเด็กเปราะบางในชุมชนที่มีความหลากหลายทางพื้นที่ในกรุงเทพมหานคร เกิดเครือข่ายภาคประชาสังคมที่ทำงานร่วมกันในการคุ้มครองเด็กแบบไร้รอยต่อ พร้อมทั้งประสานความร่วมมือกับภาควิชาการและวิชาชีพ เพื่อพัฒนารูปแบบความร่วมมือหลายภาคส่วนอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาระบบการฝึกอบรมและเสริมสร้างความรู้ให้กับบุคลากรในภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองเด็ก โดยเน้นการสร้างสมรรถนะในการทำงานร่วมกันและการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการคุ้มครองและดูแลเด็กเปราะบางอย่างครอบคลุมและยั่งยืน

การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาควิชาการในการพัฒนาระบบคุ้มครองเด็กและการเสริมสร้างสมรรถนะของบุคลากร จะนำไปสู่การลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเท่าเทียมในการคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กในกรุงเทพมหานครอย่างยั่งยืน

5. ความร่วมมือกับหน่วยงานยุทธศาสตร์

เกิดความร่วมมือกับ (1) สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา ในการสนับสนุนงานของคณะกรรมการนโยบายการพัฒนาเด็กปฐมวัย จัดทำเว็บไซต์ปฐมวัยไทยแลนด์ เป็นแพลตฟอร์มออนไลน์สำหรับสื่อสารผลการดำเนินงานของคณะกรรมการฯ และเป็นองค์กรร่วมจัดประชุมวิชาการระดับชาติประจำปี 2566 “ชวนรู้ ชวนเล่น สร้างสรรค์ผ่านนวัตกรรมเด็กปฐมวัย” (2) กรมส่งเสริมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว ในการขับเคลื่อนส่งเสริมสวัสดิการและสุขภาวะที่ดีให้แก่ครอบครัว เกิดเครือข่ายสถานประกอบการ องค์กรที่เป็นมิตรกับครอบครัว (Family Friendly Workplace) (3) กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ในการส่งเสริมให้เกิดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสภาเด็กและเยาวชน และ (4) กรมพินิจและคุ้มครองเด็ก ในการขยายผลการนำใช้โปรแกรมเน็ตป๊าม้า

6. การติดตามและประเมินภายในของแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว

ในปีที่ผ่านมาได้พัฒนาและทดสอบการนำใช้เครื่องมือกลางเพื่อการประเมินผลความสำเร็จของตัวชี้วัดในโครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนที่ใช้ชุมชนเป็นฐานของการพัฒนา 9 ประเภท เพื่อให้เกิดมาตรฐานในการประเมินผล ได้แก่ แบบประเมินสัมพันธภาพครอบครัวแบบสั้น แบบประเมินความสุขของเด็กปฐมวัย แบบประเมินความสุขของเด็กประถมศึกษา แบบประเมินความสุขของเด็กมัธยมศึกษา แบบประเมินฐานทุนชีวิตของเด็ก แบบประเมินทักษะเด็กและเยาวชนในยุค VUCA World แบบประเมินชุมชนต้นแบบ (9 องค์ประกอบ) แบบประเมินความยั่งยืนภายใต้กรอบการทำงานของสำนัก แบบประเมินการมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชนอย่างมีความหมาย โดยเครื่องมือดังกล่าวถูกนำไปใช้ใน 440 พื้นที่ทั่วประเทศ เพื่อสกัดสกัดผลลัพธ์สุขภาวะที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ได้รับประโยชน์ สอดคล้องกับเป้าหมายของแผนหลัก (พ.ศ. 2566 – 2570) ได้แก่ (1) เด็กปฐมวัยได้รับการเลี้ยงดูและพัฒนาให้มีสุขภาวะและมีพัฒนาการสมวัย (2) เด็กวัยเรียน วัยรุ่นและเยาวชน มีความสุข มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับโลกยุคพลิกผัน และมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมสุขภาวะ (3) ครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี มีขีดความสามารถในการเลี้ยงดูเด็ก และสามารถเข้าถึงความช่วยเหลือที่จำเป็น (4) ข้อเสนอนโยบายที่เอื้อให้เกิดระบบ กลไก และมาตรการที่สนับสนุนทรัพยากรให้ครอบครัวมีขีดความสามารถในการเลี้ยงดูและพัฒนาเด็ก สนับสนุนโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงพื้นที่เรียนรู้ใกล้บ้าน และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชน ได้เข้าสู่กระบวนการพิจารณาเชิงนโยบายในระดับประเทศ

ทั้งนี้ เพื่อให้การประเมินผลความสำเร็จและความก้าวหน้าในแต่ละพื้นที่เป็นไปอย่างเที่ยงตรงและครบถ้วน การใช้เครื่องมือประเมินผลกลางนี้จะช่วยให้สามารถวิเคราะห์และเปรียบเทียบผลการดำเนินงานในพื้นที่ต่าง ๆ ได้อย่างชัดเจน และกำหนดแนวทางการพัฒนาต่อไปได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้น ยังยกระดับการประเมินผลในระดับโครงการ โดยพัฒนาแบบประเมินให้กับโครงการที่มุ่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ตัวเด็ก เช่น แบบประเมินทักษะของเด็กและเยาวชนในศตวรรษที่ 21 แบบประเมินสมรรถนะของเด็กจากกิจกรรมการอ่าน และมีการขยายผลการใช้แบบประเมินไปยัง สำนัก 6 และโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการผ่าน Child Impact Platform

ข้อสังเกตจากการติดตามประเมินผล ยังเป็นข้อมูลสำคัญเพื่อพัฒนากระบวนการทำงานและการยกระดับโครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในอนาคต เช่น (1) ความท้าทายในประเด็นใหม่ ๆ ให้กับสังคมเพื่อสร้างจุดเปลี่ยนให้กับสังคมไทย (2) ออกแบบทิศทางการทำงานให้เกิดความแตกต่างในลักษณะก้าวหน้า (3) การขมวดผลลัพธ์ (Outcome) ทั้งในมิติสังคมและสุขภาวะ จากการเปลี่ยนแปลงในตัวเด็กและเยาวชน (4) การยกระดับตัวชี้วัดของสำนักให้เป็นตัวชี้วัดกลางระดับองค์กร (5) การสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานยุทธศาสตร์ต่าง ๆ เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฯลฯ และมีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจนและต่อยอดได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (6) การเสริมพลัง (re-empowerment) ให้ภาคีและหน่วยงานปฏิบัติการช่วยลดความเสี่ยงของการเหนื่อยล้า (burnout) (7) การวิเคราะห์และรายงานผลความสำเร็จของโครงการช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในความยั่งยืนของโครงการและการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพในระยะยาว เมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานหรือถอนตัวออกจากพื้นที่ (8) การประเมินผล การวิเคราะห์ผล และการรายงานผลการเสริมพลังที่สอดคล้องกับกิจกรรม (intervention) สิ่งเหล่านี้จะช่วยทำให้ประเด็น รูปแบบ กระบวนการ และการประเมินความสำเร็จของโครงการเป็นไปได้อย่างสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความสำเร็จของแผน และตัวชี้วัด

2. จุดเน้นของแผน

2.1 **กระจายกรอบนโยบายการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี 2568** ประกอบด้วย (1) ทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2566-2574) ของ สสส. (2) สร้างและขยายผลลัพธ์ทางสุขภาวะอย่างทั่วถึงและยั่งยืน (3) สนับสนุนการพัฒนาและใช้ประโยชน์ข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (4) ให้ความสำคัญกับการลดผลกระทบจากความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอุบัติใหม่ และ (5) สานพลังการทำงานกับภาคียุทธศาสตร์ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ภาคีปฏิบัติการ และภาคีเครือข่ายทุกกลุ่ม พร้อมทั้งสร้างภาคีรุ่นใหม่ สู่แผนงาน/โครงการต่าง ๆ

2.2 **ขยายผลต้นแบบ**ทั้งต้นแบบนวัตกรรม ต้นแบบเชิงระบบและเชิงพื้นที่ รวมถึงชุดความรู้และชุดเครื่องมือที่ได้พัฒนาและผ่านการพิสูจน์ผลลัพธ์ โดยมุ่งให้เกิดการทำงานร่วมระหว่างภาคีต่างภาคส่วน เพื่อตอบสนองต่อการสร้างเสริมสุขภาวะทั้ง 4 มิติ ความสุขและสุขภาวะทางจิต พัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน ทักษะการเลี้ยงดูเด็กแต่ละช่วงวัย การส่งเสริมพื้นที่เรียนรู้และกิจกรรมสร้างสรรค์ มุ่งเน้นการทำงานเชิงรุกเพื่อเข้าถึงเด็กและเยาวชนในครอบครัวที่มีภาวะเปราะบาง

2.3 สร้างและส่งเสริม**ความเข้มแข็งของเครือข่ายเด็ก เยาวชนและพลเมืองคนรุ่นใหม่** สนับสนุนการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมายในกระบวนการนโยบายสาธารณะ การพัฒนานวัตกรรมที่ส่งผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพและการเรียนรู้ตลอดชีวิต การส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคนต่างรุ่น

2.4 พัฒนากรอบความร่วมมือกับหน่วยงานยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ โดยนำใช้บทเรียนที่ดีและต้นแบบการดำเนินงานในเรื่องต่าง ๆ มุ่งเป้าให้เกิด**ระบบสนับสนุนเด็กและครอบครัวในชุมชนที่เชื่อมโยงกับระบบบริการภาครัฐ**

3. เป้าหมายการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก

1. ชุดข้อเสนอเชิงนโยบายพร้อมแผนปฏิบัติการร่วม เพื่อขับเคลื่อนระบบสนับสนุนเด็ก เยาวชน และครอบครัว ในระดับประเทศ **ไม่น้อยกว่า 1 ชุด** และในระดับพื้นที่ **ไม่น้อยกว่า 5 ชุด**

2. มีหน่วยงาน **ไม่น้อยกว่า 3 หน่วยงาน** ให้ความร่วมมือ/ร่วมทุนในการส่งเสริมพื้นที่เรียนรู้ ที่ส่งเสริมความสุข/ความรอบรู้ทางสุขภาพ/สมรรถนะของเด็กและเยาวชน

3. เครือข่ายพหุภาคีระดับภูมิภาค **ไม่น้อยกว่า 3 เครือข่าย** ร่วมขับเคลื่อนข้อเสนอนโยบายและมาตรการเพื่อการประกันสิทธิเด็กและเยาวชนในการเข้าถึงระบบคุ้มครองทางสังคมและบริการพื้นฐานเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

4. รูปแบบกระบวนการส่งเสริมทักษะและการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะของเยาวชน/คนรุ่นใหม่ **ไม่น้อยกว่า 5 รูปแบบ**

ตัวชี้วัดร่วม

ความร่วมมือระหว่างแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว (แผน 7) และแผนสุขภาวะชุมชน (แผน 6) ในการยกระดับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเครือข่ายตำบลสุขภาวะให้เป็นศูนย์ต้นแบบ ทำบทบาทหน้าที่แหล่งเรียนรู้ เป็นพี่เลี้ยงถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ให้แก่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเครือข่าย ตำบลสุขภาวะ ไม่น้อยกว่า 5 แห่ง

4. วัตถุประสงค์

4.1 พัฒนาร่วมมือระหว่างภาคีหลายภาคส่วนและหลายระดับ (Multi-sectoral Collaboration) ขยายผลต้นแบบทั้งต้นแบบนวัตกรรม ต้นแบบเชิงระบบและเชิงพื้นที่ รวมถึงชุดความรู้และชุดเครื่องมือที่ได้พัฒนาและผ่านการพิสูจน์ผลลัพธ์ เพื่อตอบสนองต่อการสร้างเสริมสุขภาวะทั้ง 4 มิติ พัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน การเสริมสร้างขีดความสามารถแก่ครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กและเยาวชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กและเยาวชนในครอบครัวที่มีภาวะเปราะบาง

4.2 สร้างเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายเด็ก เยาวชนและพลเมืองคนรุ่นใหม่ สนับสนุนการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมายในกระบวนการนโยบายสาธารณะ การพัฒนานวัตกรรมที่ส่งผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพและการเรียนรู้ตลอดชีวิต การส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคนต่างรุ่น

4.3 พัฒนากรอบความร่วมมือกับหน่วยงานยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ จากบทเรียนที่ดีและต้นแบบการดำเนินงานต่าง ๆ มุ่งเน้นให้เกิดระบบสนับสนุนเด็กและครอบครัวในชุมชนที่เชื่อมโยงกับระบบบริการภาครัฐ

4.4 พัฒนาระบบรายงานผลลัพธ์ความสุข-ฐานทุนชีวิต-ทักษะชีวิตในโลกยุคพลิกผัน (VUCA) ของเด็กและเยาวชนตามกรอบการติดตามและประเมินผลภายใน ภายใต้แผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) ของแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว ที่มีความเชื่อมโยงกับดัชนีชี้วัดกลางของ สสส.

5. แนวทางการดำเนินงาน

5.1 กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตงาน

แผนมีการดำเนินงานในระดับพื้นที่รวม 23 จังหวัด ประกอบด้วย ลำปาง พะเยา แพร่ กาฬสินธุ์ เลย สุรินทร์ อุบลราชธานี ขอนแก่น ชัยภูมิ มุกดาหาร มหาสารคาม ชัยนาท ฉะเชิงเทรา นครนายก สุพรรณบุรี นครศรีธรรมราช ตรัง สงขลา สตูล ยะลา ปัตตานี นราธิวาส และกรุงเทพมหานคร ครอบคลุมพื้นที่ชุมชนทั้งในและนอกเขตเมือง พื้นที่ยากลำบาก โดยมุ่งให้ความสำคัญกับเด็ก เยาวชนและครอบครัวกลุ่มเปราะบางเป็นลำดับต้น

5.2 ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว ขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้ 4 ยุทธศาสตร์หลักได้แก่ (1) เพิ่มทรัพยากรให้ครอบครัว ให้มีขีดความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กทุกช่วงวัย (2) เพิ่มพื้นที่เรียนรู้ที่มีคุณภาพใกล้บ้าน ในชุมชนเพื่อส่งเสริมกิจกรรมสร้างสรรค์ยามว่าง (3) คุ้มครองเด็กในการเข้าถึงระบบคุ้มครองทางสังคมและบริการพื้นฐาน และ (4) สนับสนุนให้เด็กและเยาวชนเป็นพลเมืองที่เข้มแข็งและมีส่วนร่วมอย่างมีความหมาย (Meaningful Participation) ในการพัฒนาสังคมสุขภาวะ เพื่อพร้อมรับโลกยุคใหม่และสังคมสูงวัย โดยจัดโครงสร้างแผนให้ประกอบด้วยกลุ่มแผนงานย่อย 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแผนงานสนับสนุนพื้นที่การเรียนรู้ กลุ่มแผนงานสนับสนุนภาคีความร่วมมือ กลุ่มแผนงานสนับสนุนการขับเคลื่อนสังคม และกลุ่มแผนงานพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพทำหน้าที่เป็นกลไกการสนับสนุนการดำเนินงานตามกรอบแนวคิดภาพรวมของแผน

กรอบแนวคิดการดำเนินงาน	สุขภาพดี 4 มิติ กาย จิต ปัญญา สังคม	
วิสัยทัศน์และพันธกิจ	**วิสัยทัศน์** "เด็ก เยาวชน และครอบครัว ได้รับการคุ้มครองและส่งเสริมให้มีวิถีชีวิตและสังคมที่เอื้อต่อสุขภาวะ"	**พันธกิจ** "จุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลังบุคคล ชุมชน และองค์กรทุกภาคส่วนให้มีขีดความสามารถและสร้างสรรค์ระบบสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี"
เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์	**ลดผลกระทบ :** ยาสูบ สุราและสิ่งเสพติด มลพิษจากสิ่งแวดล้อม ปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่ และปัจจัยเสี่ยงอื่น	**เพิ่ม :** อาหารและโภชนาการ พัฒนาการ กิจกรรมทางกาย ความปลอดภัยทางถนน สุขภาพจิตที่ดี ทักษะในศตวรรษที่ 21
	ส่งเสริมความเท่าเทียมและลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ มุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายที่เปราะบาง	
ยุทธศาสตร์	✓ เพิ่มทรัพยากรให้ครอบครัว มีขีดความสามารถเพื่อเลี้ยงดูเด็กทุกช่วงวัย ✓ พัฒนาต้นแบบและขยายโอกาสในการเข้าถึงพื้นที่เรียนรู้ที่มีคุณภาพใกล้บ้าน เพื่อส่งเสริมกิจกรรมสร้างสรรค์ของเด็กและเยาวชนอย่างยั่งยืน	✓ พัฒนาระบบและกลไกที่จำเป็นเพื่อประกันสิทธิเด็กในการเข้าถึงระบบคุ้มครองทางสังคมและบริการพื้นฐานเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ✓ ส่งเสริมเด็กและเยาวชนให้เป็นพลเมืองที่เข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมสูงวัยในโลกยุคใหม่
การจัดโครงสร้างแผน	➕ กลุ่มแผนงานสนับสนุนพื้นที่เรียนรู้ ➕ กลุ่มแผนงานสนับสนุนภาคีความร่วมมือ ➕ กลุ่มแผนงานสนับสนุนการขับเคลื่อนสังคม ➕ กลุ่มแผนงานพัฒนาและบริหารงาน สร้างเสริมสุขภาพ (งานบูรณาการ-ติดตามและประเมินผล-การวัดผลและความคุ้มค่า)	

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

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.

5.3 กลุ่มแผนงาน

1. กลุ่มแผนงานสนับสนุนพื้นที่การเรียนรู้

มุ่งเป้าให้เกิดทั้งนิเวศการเรียนรู้ (learning ecosystem) และนิเวศสนับสนุนพื้นที่การเรียนรู้ (supportive ecosystem for learning space) เพื่อขยายโอกาสให้เด็ก/ผู้ปกครอง/ครู เข้าถึงความรู้และทักษะเพื่อการพัฒนาเด็กในโลกยุคใหม่ โดยเน้นต่อยอดและขยายผลรูปแบบพื้นที่การเรียนรู้ ครอบคลุมทั้งพื้นที่การเรียนรู้ในบ้านและในชุมชน ส่งเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่ ปลอดภัย เอื้อต่อการเรียนรู้ การมีกิจกรรมทางกาย ผ่านการเล่นอิสระและกิจกรรมสร้างสรรค์ (Learn through Play) รองรับความสนใจ ความต้องการของเด็กกลุ่มวัยต่าง ๆ และพัฒนาองค์ความรู้และเพิ่มขีดความสามารถให้แก่ครู ผู้ปกครอง ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็ก ในการจัดการกระบวนการเรียนรู้ สนับสนุนการทำงานร่วมกันกับผู้ปกครองแบบ one team มีชุดความรู้ ชุดเครื่องมือที่เหมาะสมกับผู้ใช้งานและเครือข่ายการทำงาน ยกระดับเป็นศูนย์การเรียนรู้ในชุมชนที่เข้มแข็ง สามารถถ่ายทอดความรู้เพื่อ

ขยายผล รวมทั้งเกิดแพลตฟอร์มการระดมทุนและความร่วมมือหลากหลายรูปแบบ จนเกิดเป็นระบบนิเวศสนับสนุนพื้นที่การเรียนรู้ได้อย่างยั่งยืน โดยมีแนวทางสำคัญในการดำเนินงาน ดังนี้

1. สนับสนุนและพัฒนายกระดับประสิทธิภาพของพื้นที่การเรียนรู้เพื่อเป็นต้นแบบในการสร้างนิเวศการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับบริบทที่หลากหลาย ครอบคลุมทั้งเรื่องทักษะการเลี้ยงดู ทักษะการเรียนรู้ และการส่งเสริมสมรรถนะเด็กและเยาวชนที่สอดคล้องกับโลกพลิกผัน ความรอบรู้ทางสุขภาพ ครอบคลุมทั้งพื้นที่การเรียนรู้ที่เป็นสถานศึกษา และพื้นที่การเรียนรู้ในชุมชน สามารถพิสูจน์ผลลัพธ์ได้ด้วยการวิจัยเชิงทดลอง
2. พัฒนานิเวศสนับสนุนพื้นที่การเรียนรู้ โดยสร้างกลไกความร่วมมือระดับพื้นที่ และการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ-ภาคเอกชน-ภาคประชาสังคม-ภาควิชาการ ในการพัฒนา วางแผน เป็นคณะทำงานร่วม และภาคีหุ้นส่วนอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อส่งเสริมกลไกการดำเนินงานพื้นที่การเรียนรู้ในชุมชนให้ยั่งยืนและครอบคลุมทั่วประเทศ
3. สื่อสารสาธารณะแบบมุ่งเป้าเพื่อสร้างความเข้าใจ กระตุกกระตุ้นให้เกิดชุดความเชื่อ (mindset) ใหม่ของสังคมที่มีต่อพื้นที่การเรียนรู้/การเรียนรู้ในโลกยุคใหม่ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย และสะสมพลังสังคมที่สนับสนุนพื้นที่การเรียนรู้ที่หลากหลาย สอดคล้องกับความต้องการของเด็กและเยาวชน
4. พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและผลักดันสู่การปฏิบัติในระดับต่าง ๆ ร่วมกับภาคีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและภาคียุทธศาสตร์ เพื่อส่งเสริมให้เด็กและครอบครัวมีโอกาสพัฒนาตัวเองตามความสนใจ มี “พื้นที่การเรียนรู้ในบ้านและใกล้บ้าน” อย่างทั่วถึงและยั่งยืน

2. กลุ่มแผนงานสนับสนุนภาคีความร่วมมือ

มุ่งหนุนเสริมการบูรณาการภารกิจของภาคส่วนต่าง ๆ ที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาวะเด็กและเยาวชนโดยครอบคลุมทั้งการดำเนินงานแบบพื้นที่เป็นฐาน และแบบประเด็นเป็นฐาน (area-based and issue-based multi-sectoral collaboration) ได้แก่ สนับสนุนรูปแบบการบูรณาการภารกิจเพื่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว ในระดับชุมชน ท้องถิ่น อำเภอ จังหวัด (multilevel) และสนับสนุนความเข้มแข็งของเครือข่ายที่ทำงานที่เป็นมิตรต่อครอบครัว (family-friendly workplace) รวมถึงขับเคลื่อนนโยบายและระดมความร่วมมือจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สอดคล้องกับห่วงโซ่ผลลัพธ์ของแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว และห่วงโซ่ผลลัพธ์ของเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของ สสส. โดยเน้น พัฒนาศักยภาพของพ่อแม่/ผู้เลี้ยงดู/ผู้ทำงานด้านเด็กเพื่อให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพ ร่วมกับพัฒนานวัตกรรมโดยเน้นการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัล พัฒนาต้นแบบและพิสูจน์ผลด้วยการวิจัยเชิงทดลอง พัฒนางานวิชาการและความรู้ ไปพร้อมกับการพัฒนาความร่วมมือหลายภาคส่วน และหลายระดับเพื่อร่วมพัฒนาต่อยอดภายใต้เป้าหมายเดียวกัน โดยมีแนวทางสำคัญในการดำเนินงาน ดังนี้

1. ส่งเสริมศักยภาพท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในพื้นที่ เพื่อให้สามารถส่งเสริมขีดความสามารถของครอบครัวและกลไกต่าง ๆ ในชุมชน (home-based & community-based intervention) เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ส่งเสริมสุขภาวะและสมรรถนะของเด็กทุกกลุ่มวัย
2. ส่งเสริมศักยภาพท้องถิ่นให้สามารถทำงานพัฒนาเยาวชนเชิงบวก (positive youth development) และสนับสนุนการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมาย (meaningful participation) ของเยาวชน โดยเปิดพื้นที่ในการแสดงออก และเสริมสร้างโอกาสในการทำงานร่วมกับกลุ่มคนที่หลากหลาย

3. สนับสนุนให้เกิดนโยบายและมาตรการในการบูรณาการภารกิจทุกภาคส่วนทั้งระดับประเทศ ระดับท้องถิ่น ระดับองค์กร ที่มุ่งเป้าผลลัพธ์ที่ตัวเด็กครบทุกกลุ่มวัยโดยเน้นการเพิ่มทรัพยากรให้ครอบครัวสามารถดูแลเด็กได้อย่างมีคุณภาพและประกันสิทธิเด็กในการเข้าถึงระบบคุ้มครองสังคม บริการและสวัสดิการต่าง ๆ
4. ส่งเสริมและสนับสนุนความเข้มแข็งของเครือข่ายสถานประกอบการที่มีนโยบายเป็นมิตรต่อครอบครัว เพื่อเอื้อให้คนวัยแรงงานสามารถดูแลครอบครัวอย่างมีคุณภาพ และขับเคลื่อนนโยบายเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน

3. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการขับเคลื่อนสังคม

มุ่งเป้าให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เกื้อกูลการพัฒนาของเด็กและเยาวชน (enabling environment) ประกอบด้วยการสร้างและจัดการความรู้ให้ทันต่อสถานการณ์สังคมอยู่เสมอ สื่อสารความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจและเกิดกระแสสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ การศึกษาวิจัยและการรังสรรค์นวัตกรรมที่สำคัญและจำเป็นต่อการดำเนินงาน การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายและส่งเสริมองค์กรคนรุ่นใหม่/เยาวชนที่ต้องการร่วมขับเคลื่อนสังคมสุขภาวะ โดยในการดำเนินงานจะมุ่งเน้นต่อยอดและขยายผลฐานทุนการทำงานของแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ทางสุขภาพและเข้าถึงองค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการสร้างเสริมสุขภาวะของเด็ก เยาวชน และครอบครัว โดยมีแนวทางสำคัญในการดำเนินงาน ดังนี้

1. สนับสนุนการสร้าง การจัดการความรู้ และการสื่อสารความรู้ให้ทันต่อสถานการณ์สังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งบทเรียนที่ดีจากการทำงานของภาคีเครือข่าย ชุดความรู้ใหม่และเครื่องมือสนับสนุนการทำงานที่ผ่านการพิสูจน์ประสิทธิภาพ เพื่อเตรียมพร้อมสู่การนำใช้ในวงกว้าง
2. ส่งเสริมการศึกษาวิจัยและการรังสรรค์นวัตกรรมที่ช่วยสนับสนุนการทำงาน/การจัดบริการ และการพัฒนาสมรรถนะ ตลอดจนการสร้างเสริมสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว และพัฒนาแนวทางนำใช้และขยายผลนวัตกรรมสู่การใช้จริงในสังคมอย่างยั่งยืน
3. สนับสนุนพื้นที่ปฏิบัติการนโยบายและสกัดข้อเสนอเชิงนโยบายในมิติและระดับต่าง ๆ สื่อสารผลักดันให้เกิดความเปลี่ยนแปลงเชิงระบบและกลไกที่จำเป็น เพื่อประกันสิทธิเด็กในการเข้าถึงระบบคุ้มครองทางสังคม สวัสดิการและบริการพื้นฐานเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และเพิ่มทรัพยากรให้แก่เด็กและครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่มีภาวะเปราะบาง
4. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย ตลอดจนการส่งเสริมสนับสนุนองค์กรคนรุ่นใหม่/เยาวชนเพื่อให้เกิดเครือข่ายคนรุ่นใหม่ที่เข้มแข็งและมีส่วนร่วมขับเคลื่อนสังคมสุขภาวะ

4. กลุ่มแผนงานพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ

มุ่งให้เกิดการยกระดับคุณภาพการดำเนินงานของแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว กลุ่มแผนงานทั้ง 4 กลุ่มแผนงาน และโครงการที่ได้รับการสนับสนุน ให้สามารถดำเนินงานเพื่อบรรลุตามทิศทางและเป้าหมายระยะสิบปีและห่วงโซ่ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง โดยมีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

1. เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบติดตาม หนุนเสริมและประเมินผลภายในของแผน ด้วยการสนับสนุนให้เกิดการติดตามและประเมินผลเพื่อการพัฒนา (Development Evaluation) ทั้งการติดตามและประเมินผลภายในการติดตามและประเมินผลภายนอก และจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างคณะติดตามและประเมินผลโครงการ
2. สนับสนุนให้เกิดการวิจัยและทดสอบโมเดล การคำนวณต้นทุนต่อหน่วย และวัดผลความคุ้มค่า โดยเฉพาะกลุ่มโครงการที่มีการดำเนินงานต่อเนื่อง ก่อนที่จะขยายผลวงกว้าง
3. สนับสนุนให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และใช้ประโยชน์จากผลการประเมิน เพื่อยกระดับคุณภาพการดำเนินงานของแผน กลุ่มแผนงานและโครงการ

5.4 ภาคีเครือข่ายร่วมขับเคลื่อนงาน

ภาคียุทธศาสตร์: สำนักงานสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กรมกิจการเด็กและเยาวชน กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กรมพินิจและคุ้มครองเด็ก กระทรวงยุติธรรม กรุงเทพมหานคร สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) สำนักงานบริหารและพัฒนาองค์ความรู้ (องค์การมหาชน) องค์การยูนิเซฟประเทศไทย ภาคธุรกิจและบริษัทที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์

ภาคีปฏิบัติการ: มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก มูลนิธิเพื่อนเยาวชนเพื่อการพัฒนา มูลนิธิสร้างสรรค์ชาติพันธุ์อาเซียน มูลนิธิสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน กลุ่มไม้ขีดไฟ โรงเล่นเรียนรู้ We are happy มูลนิธิสื่อชาวบ้าน (มะขามป้อม) มูลนิธิแพธทูเฮลท์ มูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม สมาคมเครือข่ายพัฒนาชุมชนแห่งการเรียนรู้
มูลนิธิเพื่อสุขภาพและการแบ่งปัน มูลนิธิเครือข่ายสุขภาพ (สำนักงานภาคอีสาน)
มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ศูนย์สร้างสรรค์เพื่อการพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อมจังหวัดแพร่(พลังโจ๋)
สมาคมเด็กและเยาวชนเพื่อสันติภาพชายแดนใต้ (ลูกเหรียง) เครือข่ายพื้นที่นี้ดีจัง เครือข่ายเล่นเปลี่ยนโลก
มูลนิธินวัตกรรรมสร้างสรรค์สังคม สมาคมคนรุ่นใหม่กับนวัตกรรมทางสังคม บริษัทนักเปลี่ยนแปลง จำกัด
บริษัท ไลฟ์ เอ็ดดูเคชั่น (ประเทศไทย) จำกัด บริษัท Bookscape จำกัด
ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว (คิดฟอร์คิดส์) บริษัท ดิ วันโอวัน เปอร์เซ็นต์ จำกัด
บริษัทบุ๊กแด๊นซ์ สตูดิโอ จำกัด บริษัท อายดรอปเปอร์ ฟิลล์ จำกัด บริษัท มูฟวี่ส์ แม็ทเทอร์ จำกัด
บริษัท กล้าก้าว อินสไปเรชั่น บริษัท มิลทวล กราวน์ บริษัท ส่งเสริมบทบาทพ่อแม่เพื่อสังคม จำกัด
บริษัท เอดูเคชั่น เซอร์วิส แอนด์ เทรนนิ่ง เอเจนซี่ จำกัด
คณะทำงานขับเคลื่อนนโยบายสวัสดิการเงินอุดหนุนเด็กเล็กอายุ 0-6 ปีแบบถ้วนหน้า
เครือข่ายสถานประกอบการที่เป็นมิตรกับครอบครัว สถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ มูลนิธิวายไอวาย วิทยาลัยพัฒนศาสตร์ ป๋วย อึ๊งภากรณ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ บริษัท สานพลังดี จำกัด
มูลนิธิกังหันลม

ภาคีนวัตกรรม: มหาวิทยาลัยมหิดล บริษัท ทูลมอโร่ จำกัด บริษัท ฟล็อค เลิร์นนิ่ง จำกัด Inskru สถาบัน Change Fusion ภายใต้มูลนิธิบูรณะชนบทแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย บริษัทป๊าม้าพลัส จำกัด

6. งบประมาณ

รวม
240.00
ล้านบาท

กลุ่มแผนงานสนับสนุนพื้นที่เรียนรู้	กลุ่มแผนงานสนับสนุนภาคีความร่วมมือ	กลุ่มแผนงานสนับสนุนการขับเคลื่อนสังคม	การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ
65.00 ล้านบาท	46.00 ล้านบาท	107.00 ล้านบาท	22.00 ล้านบาท

แผน 8

แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

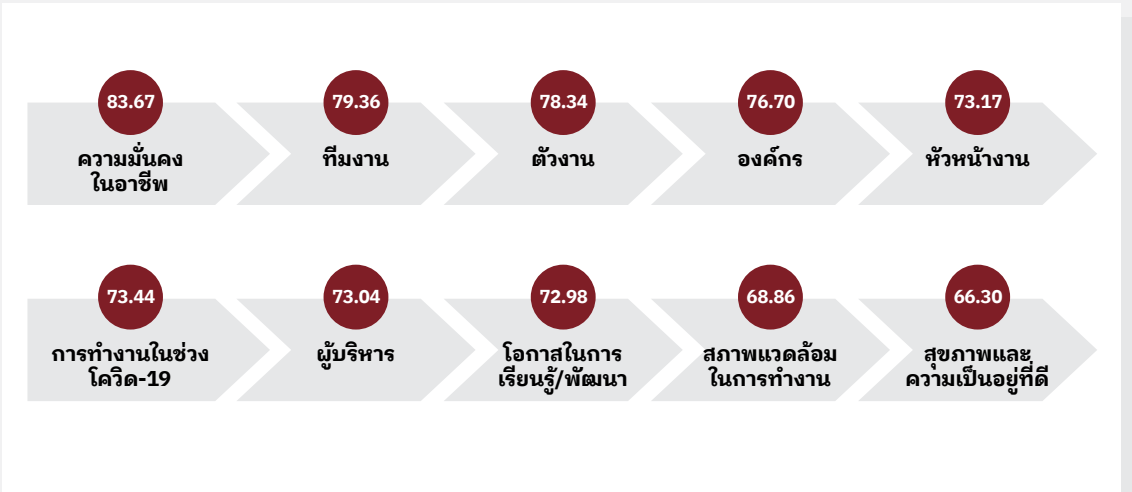
1. สถานการณ์และแนวโน้ม

หากพิจารณาสถานการณ์ด้านสุขภาพโดยจำแนกตามกลุ่มเป้าหมายของแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ซึ่งได้แก่ กลุ่มข้าราชการพลเรือน ข้าราชการทหาร ข้าราชการตำรวจ สถาบันอุดมศึกษา องค์กรทางพุทธศาสนา สถานประกอบการขนาดใหญ่ และสถานประกอบการขนาดกลางถึงขนาดย่อม สามารถสรุปประเด็นด้านสุขภาพที่ควรพิจารณาหรือให้ความสำคัญได้ ดังนี้

1.1 ภาพรวมสถานการณ์ด้านสุขภาพในกลุ่มข้าราชการพลเรือน

ข้าราชการพลเรือนสามัญทุกประเภทและระดับตำแหน่งได้แก่ ประเภทบริหาร ประเภทอำนวยการ ประเภทวิชาการ และประเภททั่วไป สังกัดราชการบริหารส่วนกลางและราชการบริหารส่วนภูมิภาคใน 19 กระทรวง และส่วนราชการไม่สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีหรือกระทรวง รวม 142 ส่วนราชการ จำนวนทั้งสิ้น 421,521 คน [75] ซึ่งจากผลสำรวจความผูกพันของข้าราชการพลเรือนสามัญ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 โดยใช้กรอบแนวคิด โดยใช้แนวคิด “Employee Experience” ของสำนักงาน ก.พ. พบว่า ปัจจัยที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือด้านความมั่นคงในอาชีพ รองลงมาคือด้านทีมงาน และอันดับที่สามคือด้านตัวงาน โดยปัจจัยที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ **ด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Health and Wellbeing) ค่าเฉลี่ย 66.30**

ผลการสำรวจความผูกพันของข้าราชการพลเรือนสามัญ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565



นอกจากนี้ โครงการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานและเสริมสร้างศักยภาพองค์กรภาครัฐในระยะเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นองค์กรสุขภาวะ สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำการเก็บข้อมูลคนในองค์กรภาครัฐในปี 2560 จำนวน 1,912 คน พบว่า 1 ใน 3 ของข้าราชการยังมีความเสี่ยงด้วย 3 โรคที่สำคัญคือ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน อีกทั้ง ยังเริ่มพบแนวโน้มโรคออฟฟิศซินโดรมจากอาการภูมิแพ้ที่มีความถี่สูงขึ้น มีภาวะเนือยนิ่ง ออกกำลังกายน้อย และ 1 ใน 5 มีภาวะความเครียดจากการทำงานในระดับที่สูง

75 ข้อมูล ณ เดือนกันยายน 2563 และ ตุลาคม 2564

1.2 ภาพรวมสถานการณ์ด้านสุขภาพกลุ่มข้าราชการตำรวจ

จำนวนข้าราชการตำรวจในปีงบประมาณ 2566 มีจำนวนรวม 219,768 คน อ้างอิงจากเอกสารงบประมาณ ฉบับที่ 5 รายงานภาวะเศรษฐกิจและการคลัง [76] จากลักษณะการปฏิบัติงานของตำรวจส่วนใหญ่ส่งผลต่อสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เนื่องจากลักษณะงาน เช่น สูบบุหรี่ ประมาณร้อยละ 66 และ ดื่มสุรา ประมาณร้อยละ 40 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 และจากผลการตรวจสุขภาพประจำปีของข้าราชการตำรวจทั่วประเทศ 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

1.3 ภาพรวมสถานการณ์ด้านสุขภาพนักศึกษาและบุคลากรในกลุ่มสถาบันอุดมศึกษา

จำนวนนิสิตนักศึกษาระดับอุดมศึกษา รวมทั้งสิ้น 1,386,086 คน แบ่งเป็นเพศชาย 559,802 คน และเพศหญิง 826,284 คน [77] และมีจำนวนบุคลากรหรือพนักงานในมหาวิทยาลัยรวมทั้งสิ้น 225,405 คน [78] สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของนักศึกษาและบุคลากรในสถาบันอุดมศึกษาในหลายมิติ ทั้งในด้านกายภาพและด้านจิตใจ อ้างอิงจากผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัย [79] ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 9,050 ชุด จากมหาวิทยาลัยเครือข่ายทั่วประเทศ จำนวน 15 แห่ง พบว่า นักศึกษาประสบกับปัญหาด้านสุขภาพจิตและความเครียด โดยกว่าร้อยละ 26.5 รู้สึกเศร้าบ่อยครั้งถึงตลอดเวลา กว่าร้อยละ 3.5 เคยคิดฆ่าตัวตายบ่อยครั้งถึงตลอดเวลา และบางส่วนมีพฤติกรรมเนือยนิ่งและการบริโภคอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ นอกจากนี้ หากพิจารณาในสถานการณ์ปกติแล้วยังพบว่า ในกลุ่มนักศึกษามีการใช้ยาสูบถึงร้อยละ 15 และสูบบุหรี่บ่อยครั้งไปจนถึงทุกวันกว่าร้อยละ 5.5

1.4 ภาพรวมสถานการณ์ด้านสุขภาพในกลุ่มองค์กรทางพุทธศาสนา

จำนวนบุคลากรทางพุทธศาสนาในประเทศไทยมีจำนวนทั้งสิ้น 288,342 รูป แบ่งเป็นพระภิกษุสงฆ์ 251,532 รูป และสามเณร จำนวน 36,810 รูป และมีศาสนสถานทางพุทธศาสนาในประเทศไทยทั้งสิ้น 43,305 วัด โดยพบว่าจังหวัดที่มีวัดมากที่สุดคือจังหวัดนครราชสีมา รองลงมาคืออุบลราชธานี และจังหวัดร้อยเอ็ด [80]

76 สำนักงบประมาณ. (2565). “เอกสารงบประมาณ ฉบับที่ 5 รายงานภาวะเศรษฐกิจและการคลัง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566”. สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี

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

78 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

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

80 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). “จำนวนพระภิกษุ สามเณร และวัดในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565”. สืบค้นจาก: https://www-nso-go-th.translate.goog/nsoweb/nso/

จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2564 – 2567 ของกรมอนามัย ที่มีการสำรวจพฤติกรรมพระสงฆ์ จำนวน 65,013 รูป พบว่า พระสงฆ์ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จำนวน 14,250 รูป คิดเป็นร้อยละ 22 และพระสงฆ์ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์จำนวน 50,763 รูป คิดเป็นร้อยละ 78 [81]

1.5 ภาพรวมสถานการณ์ด้านสุขภาพกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการ

จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า กลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี) มี 39 ล้านคน เป็นวัยทำงานในระบบประมาณ 18 ล้านคน [82] และประชากร กลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องสุขภาพที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อไม่เรื้อรังและการเกิดอุบัติเหตุ โดยพบว่า สาเหตุการป่วยส่วนใหญ่ของประชากรวัยทำงานเกิดจากโรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไร้ท่อ โรคติดเชื้อและอุบัติเหตุ สำหรับสาเหตุการตายของประชากรไทยอายุต่ำกว่า 60 ปี พบว่า โรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับแรกในเพศชาย คือ อุบัติเหตุทางถนน รองลงมาคือ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรคมะเร็งตับ และโรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ สำหรับสาเหตุการตายในเพศหญิงอายุต่ำกว่า 60 ปี ได้แก่ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อุบัติเหตุทางถนน โรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมอง

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

1. การละเลยอาหารการกิน

พฤติกรรมการทานอาหาร ถือเป็นสาเหตุใหญ่ของโรค NCDs การทานอาหารหวานจัด เค็มจัด หรือทานของทอดของมัน ก็เสี่ยงที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไขมันอุดตันในเส้นเลือด รวมถึงโรคอ้วน ตามมาด้วยโรคอื่น ๆ ที่มีสาเหตุจากโรคนี้ ส่วนการทานเค็ม จากการศึกษาของนักวิจัยทางการแพทย์ในหลายประเทศยืนยันชัดเจนว่า การทานเค็มจะเพิ่มโอกาสในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เนื่องด้วยการติดตามกลุ่มคนที่ไม่ใช้เกลือในการประกอบอาหารเลย พบว่า กลุ่มคนที่ไม่ใช้เกลือประกอบอาหารความดันโลหิตจะไม่เพิ่มขึ้นตามอายุ ในทางตรงกันข้ามกลุ่มคนที่ใช้เกลือประกอบอาหารเป็นปกติ ความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้นตามอายุเป็นส่วนใหญ่

การบริโภคอาหาร เงื่อนไขสำคัญหนึ่งของการมีสุขภาพดีที่เท่าเทียมกันของประชากร ได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่กำหนดสภาพแวดล้อม และวิถีชีวิตของบุคคลซึ่งเอื้อต่อการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ได้สมดุลทางโภชนาการ มีคุณภาพและความปลอดภัย มีปริมาณเพียงพอและสามารถเข้าถึงได้ตามความต้องการตามช่วงวัย พฤติกรรมด้านอาหารของคนไทยหลายเรื่องยังน่าเป็นห่วง โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การดื่ม

81 สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2567). “ผลสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในประเทศไทย”. เข้าถึงได้จาก: https://eh.anamai.moph.go.th/th/monk-data/

82 สำนักงานสถิติแห่งชาติประมวลผล ณ วันที่ 30 มีนาคม 2566

เครื่องดื่มที่มีรสหวาน และการกินผักและผลไม้ที่ไม่เพียงพอ ปัญหาเหล่านี้มีความแตกต่างในแต่ละกลุ่มประชากร ตามสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การกินอาหารที่มีไขมันสูงและเครื่องดื่มที่มีรสหวานค่อนข้างเป็นปัญหาในกลุ่มคนรายได้สูง ขณะที่การกินเนื้อสัตว์แปรรูปและอาหารกึ่งสำเร็จรูปที่เสี่ยงต่อสุขภาพเป็นปัญหามากกว่าในกลุ่มคนรายได้น้อย ในภาพรวมคนไทยยังมีการกินผักและผลไม้ที่เพียงพอค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะเด็กอายุ 6-14 ปี

2. กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ

การขาดการออกกำลังกาย จะทำให้การเผาผลาญพลังงานลดลง การไหลเวียนโลหิตน้อยลง ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันอ่อนแอ ทำให้เกิดโอกาสเสี่ยงการโรคกลุ่ม NCDs การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยลดโอกาสการเป็นโรคในกลุ่มนี้ เพราะการออกกำลังกายจะทำให้หัวใจแข็งแรง ช่วยให้เลือดสูบฉีดได้ดีขึ้น ภูมิคุ้มกันแข็งแรง

3. การดื่มแอลกอฮอล์

นอกจากจะมีผลต่อตับ ยังส่งผลต่อหัวใจ เพราะหากดื่มเกินพอดี แอลกอฮอล์จะทำให้ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นผิดจังหวะ เมื่อเกิดอาการนี้เป็นระยะเวลานานส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแอ ในขณะเดียวกันผลกระทบโดยตรงเกี่ยวกับตับหากมีการสะสมแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มาก จะนำไปสู่อาการไขมันพอกตับหรือเกิดพังผืดในตับ และทำให้เป็นโรคตับแข็งได้ และการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ราว 1 ใน 5 ของคนไทย เคยพบเห็นการโฆษณา กิจกรรมการตลาดการส่งเสริมการขายเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อย่างน้อยในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง โดยกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-24 ปี มีสัดส่วนเคยพบเห็นสูงที่สุด ถึง 1 ใน 3 พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของคนไทยมีความแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภูมิภาคที่มีอัตราการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สูงที่สุด ที่ร้อยละ 33.1 และ 32.3 ตามลำดับ สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศที่ร้อยละ 28 และสูงกว่าอัตราการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในภาคใต้ราวเท่าตัวในกลุ่มนักดื่ม พบพฤติกรรมการดื่มหนักเป็นประจำมากที่สุดในภาคกลางและกรุงเทพมหานครที่ร้อยละ 16.6 และ 16.5 ตามลำดับ ในขณะที่นักดื่มภาคใต้ นอกจากนักดื่มจะมีสัดส่วนน้อยแล้ว ยังมีพฤติกรรมการดื่มหนักต่ำที่สุดอีกด้วย

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

4. 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

5. ปัญหาสุขภาพจิตและความเครียด

ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต คาดว่ามีมากถึงร้อยละ 13 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 รวมทั้งมีพฤติกรรมแก้ปัญหาความเครียดแบบผิด ๆ เช่นการดื่มแอลกอฮอล์ การเสพยา หรือการสูบบุหรี่ ซึ่งพฤติกรรมนี้เองจะเพิ่มความเสี่ยงการเป็นโรคอ้วน โรคหัวใจ รวมถึงโรคมะเร็งด้วย

1.6 สรุปผลการดำเนินงานที่สำคัญของปีที่ผ่านมา

1. ผลงานการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายหรือแนวทางการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรที่สำคัญ

1. **ร่วมขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2566** สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งคณะสงฆ์และส่วนราชการต่าง ๆ อาทิ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ผลักดันการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ภายใต้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ “พระแข็งแรง วัดมั่นคง ชุมชนเป็นสุข” โดยใช้แนวทางจากธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติซึ่งเป็นเจตจำนงและพันธะร่วมของพระสงฆ์ คณะสงฆ์ ชุมชน สังคม และหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเป็นกรอบและแนวทางการส่งเสริมสุขภาวะพระสงฆ์ในทุกระดับ ซึ่งมีกรอบแนวทางการดำเนินงาน 3 ด้าน คือ (1) พระสงฆ์กับการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัย (2) ชุมชนและสังคมกับการดูแลอุปัฏฐากพระสงฆ์ที่ถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย และ (3) บทบาทพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาวะของชุมชนและสังคม
2. **พัฒนาหลักเกณฑ์การพิจารณารางวัลสถานประกอบกิจการและรัฐวิสาหกิจดีเด่นด้านสุขภาวะในองค์กรระดับประเทศ** สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร ร่วมกับกระทรวงแรงงาน พัฒนาหลักเกณฑ์การพิจารณารางวัลสถานประกอบกิจการและรัฐวิสาหกิจดีเด่นด้านสุขภาวะในองค์กรระดับประเทศ เพื่อสร้างแรงจูงใจและแนวทางดำเนินงานให้แก่สถานประกอบการ ซึ่งประกอบการด้วย คู่มือพิจารณารางวัลสถานประกอบกิจการและรัฐวิสาหกิจดีเด่นด้านสุขภาวะในองค์กร สำหรับคณะกรรมการพิจารณารางวัล คู่มือพิจารณารางวัลสถานประกอบกิจการและรัฐวิสาหกิจดีเด่นด้านสุขภาวะในองค์กร สำหรับสถานประกอบการ และแบบรับรองตนเองเพื่อพิจารณารางวัลสถานประกอบกิจการและรัฐวิสาหกิจดีเด่นด้านสุขภาวะในองค์กร สำหรับสถานประกอบกิจการและรัฐวิสาหกิจดีเด่น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพิจารณารางวัลสถานประกอบกิจการและรัฐวิสาหกิจดีเด่นด้านสุขภาวะในองค์กรประจำปี พ.ศ. 2567

3. **จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการส่งเสริมแนวคิดมหาวิทยาลัยสร้างสุขให้เป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานกลางการประเมินตามเกณฑ์คุณภาพการศึกษาเพื่อการดำเนินการที่เป็นเลิศ (Education Criteria for Performance Excellence: EdPEx)** สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร ร่วมกับสถาบันวิจัยและประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการส่งเสริมแนวคิดมหาวิทยาลัยสร้างสุขให้เป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานกลางการประเมินตามเกณฑ์คุณภาพการศึกษาเพื่อการดำเนินการที่เป็นเลิศ (Education Criteria for Performance Excellence: EdPEx) เสนอต่อ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ปี 2567-2570 ซึ่งประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ได้แก่

ยุทธศาสตร์ 1 สร้างระบบเฝ้าระวังสุขภาวะและความอยู่ดีมีสุข เพื่อพัฒนากำลังคนและสถาบันควรให้มีวัฒนธรรมองค์กรการสร้างเสริมมหาวิทยาลัยแห่งความสุขเพื่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ 2 สร้างหลักสูตรระยะสั้นมหาวิทยาลัยแห่งความสุข

ยุทธศาสตร์ 3 สนับสนุนการใช้ข้อมูลจากระบบฐานข้อมูล ในการพัฒนามาตรฐานกลางการประเมินตนเองร่วมกับเกณฑ์คุณภาพการศึกษาเพื่อการดำเนินการที่เป็นเลิศ (EdPEx)

ยุทธศาสตร์ 4 บูรณาการความร่วมมือ พร้อมขยายแนวร่วม "ภาคีเครือข่ายมหาวิทยาลัยแห่งความสุข" เป็นต้นแบบขยายผล "สุขภาวะและความอยู่ดีมีสุข" สู่ชุมชน สนับสนุนการวิจัย และสร้าง นวัตกรรมการพัฒนาเชิงพื้นที่และลดความเหลื่อมล้ำ

ยุทธศาสตร์ 5 ส่งเสริมการวิจัยและนวัตกรรมผลิตผลงานเชิงวิชาการ สร้างแหล่งข้อมูลทางปัญญา เผยแพร่ประชาสัมพันธ์สื่อสารสู่สาธารณะ

2. ผลงานด้านการพัฒนาชุดองค์ความรู้ งานวิชาการ นวัตกรรมสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

1. **พัฒนาสื่อสร้างเสริมพัฒนาการด้านโภชนาการสำหรับสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรมแบบ interactive web-based program ในรูปแบบ เว็บแอปพลิเคชัน** แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ร่วมกับภาควิชาการและคณะสงฆ์ อันได้แก่ ศ.ดร.ภญ.จงจิตร อังคทะวานิช ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ และจุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย และคณะกรรมการโรงเรียนพระปริยัติธรรม ซึ่งได้รับรางวัลเชิดชูเกียรติ ในงานประกวดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 2566 (Prime Minister's Award for Health Promotion Innovation 2023) ซึ่งเป็นสื่อกิจกรรมเสริมการเรียนรู้วิชาสุขศึกษาผ่านทางการกำกับดูแลของพระอาจารย์หรือครูผู้สอนนำไปให้สามเณรในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งได้เชื่อมโยงกับการสร้างเสริมสุขภาพของงาน โรงเรียนพระปริยัติธรรม ทั่วประเทศ และมีการจัดระบบสนับสนุนรองรับการใช้งานนวัตกรรมสื่อสารสุขภาพสำหรับสามเณร โดยอบรมครูสุขศึกษาในโรงเรียนพระปริยัติธรรมทั้ง 14 เขตการศึกษา
2. **พัฒนาชุดความรู้และหลักสูตร เพื่อสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร** สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร ร่วมกับ สถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Academy) จัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย วิทยากร และการสร้างนวัตกรรมเพื่อการขับเคลื่อนการสร้างสุของค์กรอย่างเป็นระบบ บนแนวคิดองค์กรสุขภาวะ (Happy Workplace) ประกอบไปด้วย 3 โครงการสำคัญ ได้แก่ (1) พัฒนาหลักสูตรวิทยากรนักสร้างสุของค์กร (Training of Trainer (TOT) development project to be a lecturer in the course for Basic Happy Workplace Promoter) (2) หลักสูตรที่ออกแบบเพื่อพัฒนา/สร้างผู้สนใจ เป็น "วิทยากรนักสร้างสุของค์กร" และ (3) โครงการบ่มเพาะนวัตกรนักสร้างสุของค์กร (Happy Workplace Innovation Incubation)

3. **พัฒนาคู่มือการฝึกอบรมหลักสูตร Health Coach เพื่อเป็นแกนนำในการสร้างสุขภาวะองค์กร สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร** ร่วมกับกรมอนามัย **พัฒนาคู่มือการฝึกอบรมหลักสูตร Health Coach** เพื่อยกระดับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ศูนย์อนามัยที่ 1-13) และตัวแทนสถานประกอบกิจการต้นแบบระดับเครือข่าย (node) ทั้ง 33 แห่ง เป็นพี่เลี้ยงสร้างนักส่งเสริมสุขภาพครอบคลุมทั้ง 76 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นกลไกการสร้างเสริมสุขภาวะในสถานประกอบกิจการ
4. **พัฒนาระบบแพลตฟอร์มดิจิทัล (Digital Platform) สนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมองค์กรสุขภาวะ** สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร พัฒนาระบบแพลตฟอร์มดิจิทัล (Digital Platform) สนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมองค์กรสุขภาวะ เพื่ออำนวยความสะดวกการส่งเสริม สนับสนุน เผยแพร่ แลกเปลี่ยนเรียนรู้งานสร้างเสริมสุขภาวะองค์กรระหว่างองค์กรและภาคีเครือข่าย เชื่อมโยงความร่วมมือ รองรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะองค์กร ให้แก่องค์กรและภาคีเครือข่ายที่สนใจบนแพลตฟอร์มออนไลน์ และเพื่อขยายเครือข่ายองค์กรสุขภาวะในการขับเคลื่อนแนวคิดงานองค์กรสุขภาวะตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 - 2574)
5. **คู่มือส่งเสริมงานสุขภาวะองค์กร** สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร จัดคู่มือส่งเสริมงานสุขภาวะองค์กร ในรูปแบบ e-book และจัดพิมพ์เล่มคู่มือ เพื่อเป็นแนวทางมาตรฐานให้ภาคีเครือข่ายองค์กรสุขภาวะและผู้ที่มีความสนใจการขับเคลื่อนงานองค์กรสุขภาวะนำไปศึกษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนงาน

3. ผลการดำเนินงานการพัฒนาและขยายเครือข่ายองค์กรสุขภาวะ

ผลงานที่สำคัญ ปัจจุบันจากการดำเนินงานระหว่าง เมษายน 2566 – เมษายน 2567 ได้เกิดเครือข่ายองค์กรสุขภาวะใหม่ในกลุ่มองค์กร สถานประกอบการ ทั้งภาครัฐ องค์กรพระพุทธศาสนา และมหาวิทยาลัย จำนวน 846 แห่ง จากการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ดังนี้

1. **พัฒนาเครือข่ายมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาวะร่วมกับสถาบันวิจัยและประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล** จำนวน 60 แห่ง ร่วมกับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 3 แห่ง ร่วมกับมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาวะใน 4 วิทยาเขต (รังสิต ท่าพระจันทร์ ลำปาง พัทยา) ร่วมกับมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาวะใน 3 วิทยาเขต (บางเขน กำแพงแสน สกลนคร) ร่วมมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชรดำเนินงานส่งเสริมสุขภาวะในเครือข่ายมหาวิทยาลัยราชภัฏ 19 แห่ง
2. **ร่วมกับกรมส่งเสริมอุตสาหกรรม**ขยายผลงานสุขภาวะในองค์กร ในกลุ่มสถานประกอบการวิสาหกิจขนาดเล็กและขนาดย่อม จำนวน 80 แห่ง
3. **ร่วมกับกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน**ส่งเสริมงานสุขภาวะในองค์กร ในกลุ่มสถานประกอบการที่มีสหภาพแรงงาน จำนวน 30 แห่ง
4. **ร่วมกับสมาคมนักสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร**ส่งเสริมงานสุขภาวะในองค์กรในประเด็น NCDs จำนวน 50 แห่ง
5. **ร่วมกับกรมสุขภาพจิต** เพื่อสนับสนุนการพัฒนารูปแบบและขยายผลการใช้เครื่องมือโปรแกรมสติเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร (Mini Mindfulness in Organizations: Mini MIO) จำนวน 15 แห่ง
6. **ร่วมกับกรมอนามัย และศูนย์อนามัย 13 แห่ง** ดำเนินงานส่งเสริมงานสุขภาวะในองค์กร จำนวน 400 แห่ง

7. **ร่วมกับฝ่ายสาธารณสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม และมูลนิธิคณะสงฆ์อำเภอสีคิ้ว**พัฒนากลไกศูนย์ประสานงานสาธารณสงเคราะห์ที่เป็นเครือข่ายการทำงานร่วมกันระหว่างวัด องค์กรของรัฐ และหน่วยงานของท้องถิ่นใน 9 จังหวัด รวมวัด 200 แห่ง
8. **ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย** พัฒนากลไกศูนย์ประสานงานสุขภาวะวิถีพุทธในการจัดเก็บบันทึก รายงาน และเรียกใช้สารสนเทศ ผ่านระบบฐานข้อมูลสุขภาวะพระสงฆ์ในระดับพื้นที่ในการเสริมสร้างสุขภาวะองค์กรสงฆ์และชุมชนในระดับพื้นที่ โดยเป็นศูนย์ประสานงานสุขภาวะวิถีพุทธที่เป็นศูนย์หลัก จำนวน 25 แห่ง (วัด 10 แห่ง และ รร.พระปริยัติธรรม 15 แห่ง)
9. **ร่วมกับสถาบันอาศรมศิลป์และเครือข่ายวัดบันดาลใจ** ตลอดจนภาคีเครือข่ายสำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร สำนักสนับสนุนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว และสำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ พัฒนาพื้นที่สุขภาวะสร้างสรรค์ในเขตเมือง ในกรุงเทพมหานครโดยใช้วัดเป็นพื้นที่กายภาพในการทำงานเพื่อสร้างกลไกและกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่อคนในชุมชน จำนวน 5 วัด
10. **ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย**สนับสนุนการบูรณาการระดับพื้นที่โดยผลักดันให้คณะสงฆ์ที่ร่วมดำเนินงานสามารถบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาวะร่วมกับกิจกรรมของโครงการวัด ประชา รัฐ สร้างสุขด้วยกิจกรรม 5 ส และกิจกรรมของโครงการยกระดับหมู่บ้านรักษาศีล 5 ในการพัฒนากิจกรรมที่ขยายองค์ความรู้สู่การพัฒนาให้เกิดสุขภาวะตามแนวพระพุทธศาสนาและการพัฒนาสังคมในพื้นที่ได้ในพื้นที่ทั้งสิ้น 10 จังหวัด รวมวัด 122 แห่ง

1.7 ทิศทางและเป้าหมายของแผนสร้างเสริมสุขภาวะองค์กร

แผนสร้างเสริมสุขภาวะองค์กร มีวิสัยทัศน์ “องค์กรมีวิถีชีวิต สังคมและสิ่งแวดล้อม ที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาวะที่ดี” โดยมีเป้าหมายยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานคือ การส่งเสริมและพัฒนาให้องค์กรเครือข่ายสุขภาวะมีความเข้มแข็งรองรับการส่งเสริมสุขภาวะเชิงประเด็นของ สสส. ได้แก่ การรณรงค์เรื่องยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สิ่งเสพติด ส่งเสริมเรื่องการมีโภชนาการที่ดี กิจกรรมทางกาย อุบัติเหตุบนท้องถนน ปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น โดยใช้แนวคิดองค์กรสุขภาวะ (Happy Workplace) และความสุขพื้นฐานแปดประการ (Happy 8) เป็นแนวทางการการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร มุ่งเน้นการสานเสริมพลังภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และชุมชนครอบคลุมบุคลากรในระบบนิเวศขององค์กร โดยสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรม งานวิชาการและความรู้ พัฒนาศักยภาพของบุคคล องค์กร และชุมชน พัฒนาและสนับสนุนให้มีนโยบายสาธารณะ หรือมาตรการด้านการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร พัฒนาระบบข้อมูลและการจัดการความรู้ การกำกับติดตามและประเมินผล การสื่อสาร รณรงค์และชี้แนะสังคมเพื่อสร้างความเข้าใจและบรรลุเป้าหมายร่วมกัน โดยมีเป้าหมายในระยะ 10 ปี เพื่อให้คนวัยทำงานมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. จุดเน้นของแผน

2.1 **สนับสนุนการสร้างความเข้มแข็งภาคีเครือข่าย [83] ทั้งในระดับบุคคล และองค์กร (Impact)** โดยดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายยุทธศาสตร์ อาทิ การจัดทำมาตรฐานการเป็นองค์กรสุขภาวะ การจัดทำ(ร่าง) แผนบูรณาการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน (2566-2570) ร่วมกับกรมอนามัยการผลักดันให้เกิดแผนปฏิบัติการองค์กรสุขภาวะภาคประชาสังคมร่วมกับกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพจิตของตำรวจ การสนับสนุนให้เกิดนโยบายหรือแผนปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพจิตในมหาวิทยาลัย การจัดทำแผนการส่งเสริมงานสุขภาวะองค์กรในสถานประกอบการ ร่วมกับสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย

2.2 **สนับสนุนให้เกิดการขยายผล (Scale up) [84] การดำเนินงานองค์กรสุขภาวะไปสู่ผู้รับประโยชน์และเครือข่าย** โดยเน้นการขยายฐานผู้รับประโยชน์ทั้งระดับบุคคลและองค์กรทั้งทางตรงและทางอ้อม อาทิ บุคลากร ชุมชน และองค์กรที่มีศักยภาพและความพร้อมในการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายองค์กรสุขภาวะที่ผ่านมา เพื่อให้การขับเคลื่อนองค์กรสุขภาวะเกิดประโยชน์สูงสุดและเกิดผลเป็นรูปธรรม

2.3 **สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี ของ สสส. (พ.ศ. 2565 – 2574) (Alignment)** โดยวางแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome) ของแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) ร่วมกับภาคีเครือข่าย และจะพัฒนาต้นแบบองค์กรสุขภาวะตามประเด็นทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) เพื่อพัฒนาและถอดแนวทางการดำเนินงานเพื่อขยายผลในระยะต่อไป

2.4 **สนับสนุนให้เกิดกลไกในการขับเคลื่อนงานองค์กรสุขภาวะเพื่อให้เกิดความยั่งยืน (Sustainability)** โดยเน้นการทำงานร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ [85] สำคัญ ในการผลักดันให้เกิดกลไกเพื่อสนับสนุนการทำงานองค์กรสุขภาวะในระยะยาว อาทิ นโยบายหรือมาตรการที่สนับสนุนการทำงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรทั้งระดับประเทศหรือระดับองค์กร กลไกสนับสนุนการสร้างและพัฒนาศักยภาพนักสร้างสุของค์กรหรือแกนนำนักสร้างสุขรุ่นใหม่ ๆ การจัดทำฐานข้อมูลเพื่อสนับสนุนการทำงานในระดับองค์กร รวมทั้งสนับสนุนให้กลไกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมีความเข้มแข็งและสามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่องได้ในระยะยาว

2.5 **สนับสนุนการใช้นวัตกรรม เทคโนโลยี เพื่อสร้างคุณค่าและยกระดับงานสร้างเสริมองค์กรสุขภาวะ (Innovation)** เพื่อให้เกิดความรวดเร็ว ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ และแนวทางการดำเนินงานองค์กรสุขภาวะในวงกว้าง โดยการพัฒนาระบบแพลตฟอร์มดิจิทัล (digital platform) สนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมองค์กรสุขภาวะ เพื่ออำนวยความสะดวกเพื่อการส่งเสริม สนับสนุน เผยแพร่แลกเปลี่ยนเรียนรู้งานสร้างเสริมสุขภาวะองค์กรระหว่างองค์กรและภาคีเครือข่าย เชื่อมโยงความร่วมมือรองรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะองค์กรให้แก่องค์กร และภาคีเครือข่ายที่สนใจ

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

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

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

3. เป้าหมายการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก

1. การดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายองค์กรสุขภาวะ ผลักดันให้เกิด นโยบายหรือแผนปฏิบัติงานที่สนับสนุนให้เกิดการขยายผลงานองค์กรสุขภาวะระดับประเทศ **ไม่น้อยกว่า 2 เรื่อง**
2. การขยายผลองค์กรสุขภาวะ (Happy workplace) ตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี ในเครือข่ายใหม่ เพิ่มจากฐานเดิมในปี 2567 **ไม่น้อยกว่า 1,500 องค์กร**
3. ชุดข้อมูลความรู้ และเครื่องมือการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร รองรับการส่งเสริมงานสุขภาวะในองค์กรบนระบบแพลตฟอร์มออนไลน์ (Happyworkplace.thaihealth.or.th) **จำนวน 4 โมดูล**
4. หลักสูตรพัฒนาศักยภาพพระนิสิตสู่การเป็นแกนนำสร้างเสริมสุขภาพ **จำนวน 1 หลักสูตร**

ตัวชี้วัดร่วม

การนำใช้ข้อมูล นวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อดำเนินการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาวะทั้ง 4 มิติ และสนับสนุนการทำงานเชิงพื้นที่ เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ผลการเปลี่ยนแปลงของสุขภาวะใน 50 องค์กร และมีแผนการดำเนินงานในการนำใช้ข้อมูล นวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อดำเนินการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาวะทั้ง 4 มิติ ในประชากรกลุ่มเฉพาะเป้าหมาย จำนวน 1 แผนปฏิบัติการ

4. วัตถุประสงค์

4.1 สนับสนุนให้องค์กรมีนโยบายสาธารณะ มาตรการ หรือแผนงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งในระดับภาคีที่กำกับดูแลยุทธศาสตร์และระดับองค์กร

4.2 ส่งเสริมให้เกิดองค์ความรู้ งานวิชาการ ที่สนับสนุนการทำงานสร้างเสริมสุขภาวะประเด็นต่าง ๆ ในองค์กร ตลอดจนฐานข้อมูลองค์กรสุขภาวะเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน

4.3 สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่าย และการสร้างเครือข่ายภายในและระหว่างกลุ่มองค์กร

4.4 สนับสนุนการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพตามทิศทางเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ในประเด็น (1) ลดอัตราการบริโภคบุหรี่ (2) ลดอัตราการบริโภคสุราและยาเสพติด

(3) เพิ่มสัดส่วนการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพอย่างสมดุล (4) เพิ่มสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ (5) ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน (6) เพิ่มสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตดี (7) ลดผลกระทบสุขภาพจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อม และ (8) เตรียมพร้อมรับปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น

4.5 สนับสนุนการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

5. แนวทางการดำเนินงาน

กรอบการดำเนินงานแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

วิสัยทัศน์	**ทุกคนบนแผ่นดินไทย มีขีดความสามารถ สังคม สิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อสุขภาวะ**
เป้าหมาย 10 ปี สสส.	ยาสูบ สุราและสิ่งเสพติด ความปลอดภัยทางถนน อาหาร กิจกรรมทางกาย สุขภาพจิต มลพิษทางอากาศ เหตุอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น
วิสัยทัศน์	**องค์กรมีขีดความสามารถที่จะสร้างสังคม สิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อการเป็นองค์กรสุขภาวะ**
ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน	**สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ นวัตกรรม สร้างสุข** เสริมศักยภาพและผลักดันนโยบาย ปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้บริหารและพนักงาน พัฒนาองค์กรเป็นฐานรองรับงานเชิงประเด็น สร้างนวัตกรรมองค์กรสุขภาวะ
กลุ่มเป้าหมาย	**องค์กรสาธารณะ** ✓ ข้าราชการพลเรือน ✓ ทหาร ✓ ตำรวจ ✓ มหาวิทยาลัย ✓ องค์กรพระพุทธศาสนา **องค์กรภาคเอกชน** ✓ องค์กร/สถานประกอบการเอกชน
รูปแบบการสนับสนุน	นโยบาย นวัตกรรม/ความรู้ เครือข่ายและพัฒนาศักยภาพ พื้นที่ต้นแบบ การสื่อสาร

5.1 กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน 2 กลุ่ม

1. **กลุ่มองค์กรภาคสาธารณะ** ครอบคลุมบุคลากร ครอบครัวและผู้รับบริการในองค์กรข้าราชการบุคลากร ครอบครัวและกลุ่มนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัย พระสงฆ์ พุทธบริษัทสี่ และชุมชนที่เกี่ยวข้องในองค์กรพระพุทธศาสนา
2. **กลุ่มองค์กรภาคเอกชน** ครอบคลุมบุคลากร ครอบครัว และชุมชนที่เกี่ยวข้องในกลุ่มภาคเอกชนที่แสวงหากำไร อันได้แก่ สถานประกอบการ ภาคอุตสาหกรรม การค้าและบริการ ทั้งขนาดใหญ่ วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม และกลุ่มภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร เช่น องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรการกุศล หรือองค์กรสาธารณประโยชน์

5.2 ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

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

5.3 ภาคีหลัก

กลุ่มองค์กรภาคสาธารณะ เช่น สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม กลุ่มข้าราชการพลเรือน เครือข่ายกองทัพ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ

กลุ่มองค์กรภาคเอกชน เช่น สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย สมาคมการจัดการงานบุคคลแห่งประเทศไทย สมาคมบริษัทจดทะเบียนไทย ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย กลุ่มอุตสาหกรรมไฟฟ้าอิเล็กทรอนิกส์และโทรคมนาคมไทย กลุ่มอุตสาหกรรมสิ่งทอ แฟชั่น กลุ่มอุตสาหกรรมขนส่งและโลจิสติกส์ไทย สถานประกอบการภาคธุรกิจ สถาบันสิ่งแวดล้อมไทย ศูนย์คุณธรรม สมาคมนักสร้างสุขภาวะองค์กร

กลุ่มวิชาการ เช่น สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เครือข่ายมหาวิทยาลัยราชภัฏทั่วประเทศ เป็นต้น

6. งบประมาณ

รวม
125.00
ล้านบาท

- กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภาคสาธารณะ
  38.00
  ล้านบาท
- กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภาคเอกชน
  85.00
  ล้านบาท
- การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ
  2.00
  ล้านบาท

แผน 9

แผนส่งเสริม กิจกรรมทางกาย

1. สถานการณ์และแนวโน้ม

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) ทั้งยังร่วมขับเคลื่อนแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับชาติ พ.ศ. 2561-2573 ที่มีความสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) ซึ่งเป็นแผนหลักของการพัฒนาประเทศและเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน รวมทั้งการปรับโครงสร้างประเทศไทย 4.0

1.1 สถานการณ์ที่สอดคล้องกับการดำเนินงานของแผน

การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (physical inactivity) เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ 1ใน 5 ปัจจัยเสี่ยงหลักร่วมกับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และการสัมผัสกับมลภาวะทางอากาศ ซึ่งนำไปสู่การเจ็บป่วย และเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable Diseases: NCDs) ของทั่วโลก ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย องค์การอนามัยโลกระบุว่าโรคไม่ติดต่อเป็นอาการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ไม่มีสาเหตุมาจากเชื้อก่อโรค นำไปสู่การเกิด 5 โรคหลัก ได้แก่ โรคทางเดินหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคทางจิตเวช โรคดังกล่าวอาจมีส่วนหนึ่งมาจากพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และที่สำคัญเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อร้อยละ 75 หรือ 320,000 คนต่อปี คิดเป็นอัตราตายด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อชั่วโมงละ 37 คน [86] โดยกลุ่มโรคไม่ติดต่อมิเพียงก่อผลกระทบต่อสุขภาพเท่านั้น แต่ยังก่อผลกระทบทางเศรษฐกิจทั้งในเรื่องของภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และผลิตภาพของประชากรที่สูญเสียไปด้วย ประเทศไทยมีการประเมินความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อใน 4 กลุ่มโรคหลัก (ไม่รวมภาวะทางสุขภาพจิต) พบว่า ในปี 2552 มีมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งสิ้น 198,512 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 2.2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ หรือคิดเป็นมูลค่า 3,128 บาทต่อหัวประชากร [87]

การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) แนะนำว่า ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางอย่างน้อย 150-300 นาทีต่อสัปดาห์ หรือระดับหนักอย่างน้อย 75-150 นาทีต่อสัปดาห์ ขณะที่ประชากรวัยเด็ก (อายุ 5-17 ปี) ควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางถึงหนักอย่างน้อยเฉลี่ย 60 นาทีต่อวัน เด็กทารกและเด็กปฐมวัย (อายุ 0-4 ปี) ควรมีกิจกรรมทางกายหลากหลายประเภทในทุกระดับความเข้มข้น โดยที่เด็กทารก (อายุต่ำกว่า 1 ปี) ควรมีกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวันในท่าคว่ำ เด็กปฐมวัย (อายุ 1-2 ปี) ควรมีกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 180 นาทีต่อวัน และ

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

87 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2557). “รายงานสถานการณ์โรค NCDs วิกฤตสุขภาพ วิกฤตสังคม”. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ: นนทบุรี

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

สถานการณ์กิจกรรมทางกายระดับประเทศตลอด 10 ปีที่ผ่านมา ผลจากการติดตามและเฝ้าระวังโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สสส. และกระทรวงสาธารณสุข แสดงให้เห็นว่า ภาพรวมระดับประเทศ ทิศทางการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อัตราการเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละประมาณร้อยละ 1.03 โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น คือ จากร้อยละ 66.3 ในปี 2555 (ปีฐานของการสำรวจ) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 74.6 ในปี 2562 (ก่อนสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19) อย่างไรก็ตาม ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในปี 2563 ทำให้เกิดข้อจำกัดในการใช้ชีวิตดังที่เคยเป็นตามปกติ ส่งผลให้ระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของคนไทยในภาพรวมลดลงเหลือเพียง ร้อยละ 54.3 โดยต่อมาในปี 2565 ระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของคนไทยในภาพรวมเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย เป็นร้อยละ 62.0 ซึ่งเป็นผลจากการที่ สสส. และภาคีเครือข่ายร่วมรณรงค์ส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่บ้าน (Fit from Home) จากนั้นปี 2566 ระดับกิจกรรมทางกายเพียงพอของประชากรไทยจึงเพิ่มขึ้นมาอยู่ที่ร้อยละ 68.1

เมื่อพิจารณาสถานการณ์พฤติกรรมเนือยนิ่งของประชากรไทย จะพบว่าในช่วงปี 2555-2564 พฤติกรรมเนือยนิ่งของประชากรไทยอยู่ที่ประมาณ 13-14 ชั่วโมงต่อวันมาโดยตลอด แต่ในปี 2565 หลังจากที่มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 รุนแรง พฤติกรรมเนือยนิ่งของประชากรไทยได้เพิ่มขึ้นสูงถึง 15 ชั่วโมง 5 นาทีต่อวัน โดยมีหลักฐานยืนยันที่ชัดเจน คือ อัตราการใช้อินเทอร์เน็ตจากทุกเครือข่ายในประเทศไทยในช่วงเวลาดังกล่าวที่เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20 เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงปกติ และจึงลดมาเป็น 14 ชั่วโมง 28 นาทีต่อวัน ในปี 2566 หลังจากที่การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เริ่มคลี่คลาย ที่ซึ่งปรากฏการณ์นี้ อาจนำมาสู่อุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่อในประเทศไทยให้ทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นในอนาคต

อย่างไรก็ตาม แม้ผลจากการดำเนินงานในช่วงที่ผ่านมา (ระหว่างปี 2555-2562) เมื่อพิจารณาจากระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรทุกกลุ่มวัยอยู่ในระดับที่สูงเกินกว่าร้อยละ 70 นับเป็นหนึ่งในผลสำเร็จของการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องของแผนฯ และภาคีเชิงยุทธศาสตร์ ทว่าจากสถานการณ์ที่ไม่เอื้ออำนวยทั้งในแง่ของมลภาวะทางอากาศจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 ในช่วงปลายปี 2562 เป็นต้นมา รวมถึงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของประชากรตั้งแต่ช่วงต้นปี 2563 นับเป็นอุปสรรคที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมนันทนาการ การออกกำลังกาย และการเล่นกีฬากลางแจ้งอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

1.2 การดำเนินงานที่สำคัญที่ผ่านมา

แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย มีการดำเนินงานเป็นตามพันธกิจของ สสส. ในการ “จุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลังบุคคล ชุมชน และองค์กรทุกภาคส่วน ให้มีขีดความสามารถ และสร้างสรรค์ระบบสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี” ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา แผนฯ ได้พัฒนาฐานข้อมูล องค์ความรู้ทางวิชาการ และนวัตกรรม เพื่อให้ภาคีเครือข่ายร่วมขับเคลื่อนงานกิจกรรมทางกายได้มีข้อมูลที่ถูกต้องเชื่อถือได้นำไปพัฒนาต่อยอดการดำเนินงานไปพร้อมกับข้อมูลเพื่อสื่อสารสาธารณะ และเพื่อการขับเคลื่อนงานระดับนโยบาย โดยในปีที่ผ่านมาแผนฯ ได้ร่วมจัดประชุมวิชาการด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย ขึ้นเป็นครั้งแรก เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ก่อให้เกิด

เครือข่ายความร่วมมือระดับนักวิจัยและนักวิชาการระดับประเทศ ทั้งก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นส่งเสริมกิจกรรมทางกายอย่างกว้างขวาง ที่สำคัญการประชุมในครั้งนี้ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในระดับนโยบายเพื่อการผลักดันให้เกิด "ยุทธศาสตร์ส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชนไทย (พ.ศ. 2566 - 2573)" ที่เป็นแผนที่จะช่วยสนับสนุนแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573 ให้มีแนวทางส่งเสริมกิจกรรมทางกายกลุ่มเด็กและเยาวชนอย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ ความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายด้านการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะ ภายใต้แผนฯ ที่มีองค์ความรู้ด้านวิชาการ ฐานข้อมูล และต้นแบบ ส่งผลให้การขับเคลื่อนงานพื้นที่สุขภาวะในปี 2567 เกิดการขยายผล และความร่วมมือในระดับนโยบายอย่างเด่นชัด ดังตัวอย่าง 2 กรณี ได้แก่ (1) งานเสวนาวิชาการและนโยบายด้านกิจกรรมทางกาย (PA Forum) EP.1 - พัฒนาพื้นที่สุขภาวะที่ทุกคนมีส่วนร่วม: Active Environment for All ซึ่งนับเป็นงานเสวนาวิชาการและนโยบายระดับชาติด้านพื้นที่สุขภาวะ โดยความร่วมมือของศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร องค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย (ส.ส.ท.) และภาคีเครือข่ายนักวิชาการ นักนโยบาย และภาคีเครือข่ายการทำงานพื้นที่สุขภาวะ และ (2) โครงการพัฒนาโครงข่ายพื้นที่สุขภาพดี ระยะที่ 2 (PA Masterplan 2) กรณีศึกษาจังหวัดภูเก็ต และจังหวัดเชียงราย เพื่อผลักดันให้แผนการพัฒนาโครงข่ายพื้นที่สุขภาพดี เกิดการถ่ายทอดที่สอดคล้องกับแผนการดำเนินงานในระดับท้องถิ่น การขยายองค์ความรู้ และสร้างความเข้าใจในด้านการพัฒนาเมืองผ่านกระบวนการหารือเชิงนโยบายในทุกมิติที่ส่งเสริมให้เกิดพื้นที่สุขภาพดีอย่างร่วมคิดร่วมสร้างสรรค์

2. จุดเน้นของแผน

แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย มีการกำหนดทิศทางการดำเนินงานให้เป็นไปตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ของ สสส. และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ระดับชาติ พร้อมทั้งจากสถานการณ์ปัจจุบัน ที่ประชากรไทยทุกกลุ่มวัยมีระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอลดลง ร่วมกับพฤติกรรมเนือยนิ่งสูงขึ้น แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายในช่วง 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) จึงมีเป้าหมายที่สำคัญเพื่อฟื้นฟูระดับการมีกิจกรรมทางกายของคนไทยทุกช่วงวัยและทุกระดับให้กลับคืนมาโดยกำหนดค่าเป้าหมายในการทำงานอ้างอิงตามค่าเป้าหมายทั้งในระดับชาติ และนานาชาติตามข้อตกลงที่ประเทศไทยตกลงไว้ในสนธิสัญญาและแผนเชิงยุทธศาสตร์ต่าง ๆ รวมไปถึงกระตุ้นการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของคนไทย โดยมุ่งเน้นการทำงานให้มีความสอดคล้องและสนับสนุนการปรับตัวต่อชีวิตวิถีใหม่ของประชาชน โดยกำหนดจุดเน้นการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ที่สอดคล้องทิศทางระยะ 10 ปี และ 5 ปี ของแผนฯ รายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 การส่งเสริมประชาชนให้เกิดความรอบรู้ด้านกิจกรรมทางกาย

เพื่อป้องกันหรือลดการเกิดโรคไม่ติดต่อ เป็นการสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชนด้านความรู้ ความเข้าใจเพื่อมุ่งหวังให้เกิดการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการมีวิถีชีวิตสุขภาวะของประชาชน การพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ให้เท่าทันสถานการณ์ปัจจุบัน พัฒนาฐานข้อมูล ไปพร้อมกับการวิจัยพัฒนานวัตกรรม เพื่อให้เกิดทางเลือกในเพิ่มกิจกรรมทางกายเพียงพอและลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง จึงเป็นระบบสนับสนุนที่แผนให้ความสำคัญ โดยในปี 2568 แผนฯ

มุ่งพัฒนาปรับปรุงองค์ความรู้ ข้อแนะนำ ประโยชน์ และตัวอย่างกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายทุกช่วงวัยและกลุ่มเปราะบาง นอกจากนี้ การพัฒนาฐานข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ในประเด็นพฤติกรรมเนือยนิ่งเป็นอีกส่วนสำคัญที่ต้องวางรากฐานเพื่อที่จะสร้างความรอบรู้ให้กับประชาชน

2.2 พัฒนากลไกเครือข่ายความร่วมมือและเสริมสร้างความเข้มแข็ง ชุมชน และเครือข่ายวิชาชีพ

ระดับปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นการขยายแนวคิด องค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายให้ขยายไปสู่ระดับหน่วยงาน พื้นที่ ให้ครอบคลุมพร้อมสนับสนุนประชาชนทุกกลุ่ม ทุกพื้นที่

2.3 สร้างโอกาสเปิดพื้นที่ให้ประชาชนทุกกลุ่มมีกิจกรรมทางกายเพียงพออย่างเหมาะสม เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในสังคม

เป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่องค์การอนามัยโลกแนะนำแต่ละประเทศสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมมวลชนทั้งในระดับใหญ่หรือในระดับชุมชน เพื่อเป็นการจุดประกาย กระตุ้น เป็นแรงบันดาลใจให้ประชาชนแต่ละกลุ่มมีโอกาสเข้าถึงกิจกรรมที่เหมาะสม แผนฯ จึงมุ่งเน้นพัฒนาแนวทางบูรณาการความร่วมมือเพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงกิจกรรมที่สามารถมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอได้

3. เป้าหมายการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก

1. ต้นแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านกิจกรรมทางกาย **ไม่น้อยกว่า 3 แห่ง**
2. ต้นแบบการลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง **ไม่น้อยกว่า 3 แห่ง**
3. กลไกเครือข่ายความร่วมมือเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็ง ชุมชน หรือเครือข่ายวิชาชีพเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย **ไม่น้อยกว่า 1 กรณี**
4. ข้อเสนอนโยบายสาธารณะเพื่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย **ไม่น้อยกว่า 1 กรณี**

ตัวชี้วัดร่วม

นำใช้ข้อมูล นวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อดำเนินการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาวะทั้ง 4 มิติ และสนับสนุนการทำงานเชิงพื้นที่ เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ผลการเปลี่ยนแปลงของสุขภาวะใน 50 องค์กร และมีแผนการดำเนินงานในการนำใช้ข้อมูล นวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อดำเนินการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาวะทั้ง 4 มิติ ในประชากรกลุ่มเฉพาะเป้าหมาย จำนวน 1 แผนปฏิบัติการ

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 และแอปพลิเคชันในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง
2. **พฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary Behavior)** หมายถึง กลุ่มของพฤติกรรมในขณะตื่น ที่มีการใช้พลังงานต่ำในระดับ ≤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 และการจัดการด้านสังคมวัฒนธรรม เช่น ความรู้สึกมีส่วนร่วม อัตลักษณ์ของพื้นที่
5. **กิจกรรมกีฬาที่ปลอดเหล้าปลอดบุหรี่** หมายถึง กิจกรรมการแข่งขันกีฬาทั้งระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับท้องถิ่น ที่ประกาศใช้มาตรการปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ ทั้งในและรอบสนามกีฬา โดยมีการสื่อสารรณรงค์ไปถึงกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ชมกีฬา (ทั้งที่ชมในสนามและชมจากการถ่ายทอดทางสื่อ) ผู้เล่นกีฬา กรรมการตัดสิน ผู้สนับสนุน ผู้จัด และชุมชนรอบสนามกีฬา

4. วัตถุประสงค์

4.1 เพื่อส่งเสริมความรู้ ความตระหนัก และโอกาสเพื่อให้บุคคลทุกกลุ่มและทุกช่วงวัยได้ตระหนักถึงการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ และลดพฤติกรรมเนือยนิ่งที่ส่งผลต่อภาวะโรคไม่ติดต่อ

4.2 เพื่อสร้างค่านิยมและบรรทัดฐานของสังคมให้เห็นและเข้าใจถึงประโยชน์ของการมีกิจกรรมทางกาย และเกิดการยกระดับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการดำเนินงาน

4.3 เพื่อส่งเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายสำหรับคนทุกกลุ่มทุกช่วงวัย ให้มีกิจกรรมทางกายในวิถีชีวิตใหม่

4.4 เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการทำงานด้านส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้เกิดประสิทธิภาพ

5. แนวทางการดำเนินงานตามกลุ่มแผนงาน

5.1 ขอบเขตการดำเนินงาน

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

5.2 ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

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

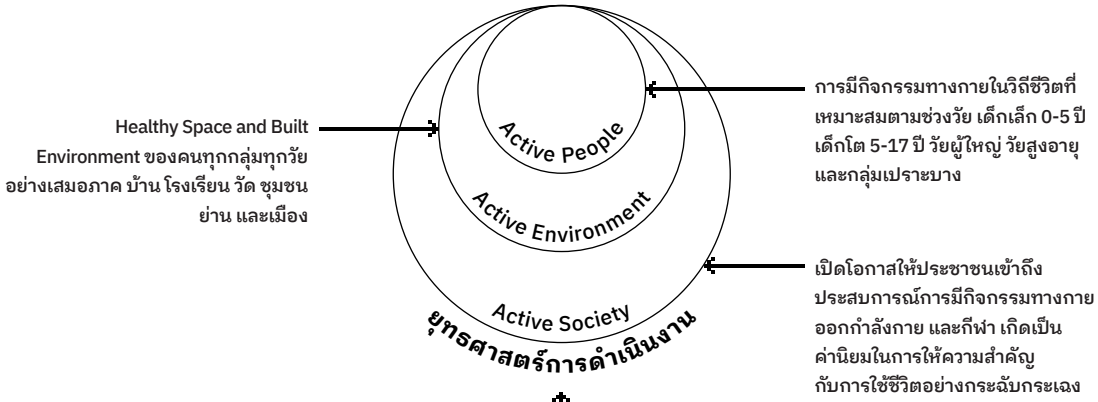
โดยแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย กำหนดให้มี ยุทธศาสตร์ 3 Actives ขึ้นเพื่อเป็นยุทธศาสตร์หลักในการทำงานด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยยุทธศาสตร์ดังกล่าวมุ่งเน้นให้เกิดผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินงานให้สนับสนุนและสอดคล้องกับห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcomes) ตามเป้าหมาย 10 ปีของ สสส. โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. **Active People:** ส่งเสริมให้คนกระฉับกระเฉง ผ่านการส่งเสริมความรู้ ความตระหนัก และโอกาสเพื่อให้บุคคลทุกกลุ่มและทุกช่วงวัย มีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ โดยส่งเสริมและกระตุ้นปัจจัยภายในตัวบุคคลให้มีความรอบรู้ทางกาย (Physical Literacy) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการออกแบบและสร้างโอกาสในการมีกิจกรรมทางกายในวิถีชีวิตที่เหมาะสมตามช่วงวัย
2. **Active Environment:** สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย เป็นการจัดปัจจัยกระตุ้นจากภายนอก (Extrinsic Factors) 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 และนวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพ เพื่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง โดยการพัฒนาองค์ความรู้ งานวิจัย นวัตกรรม และฐานข้อมูลสำคัญ ประกอบกับสนับสนุนให้เกิดกลไกเพื่อพัฒนานโยบายหรือมาตรการระดับชาติและท้องถิ่น ไปพร้อมกับแนวทางการขับเคลื่อนขยายผลนโยบาย รวมทั้งแผนการสื่อสารรณรงค์สาธารณะเพื่อสร้างบรรทัดฐานและค่านิยมในสังคมให้ประชาชนมีวิถีชีวิตที่กระฉับกระเฉง

กรอบแนวคิดเชิงยุทธศาสตร์แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (Conceptual Framework)

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



ระบบสนับสนุนด้านองค์ความรู้ งานวิจัย นวัตกรรมและฐานข้อมูล	ระบบสนับสนุนด้านนโยบาย เพื่อการพัฒนาข้อเสนอ และการขับเคลื่อนนโยบาย	ระบบสนับสนุน ด้านการสื่อสารเพื่อสร้างสังคม กระฉับกระเฉง

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

5.3 ภาคีหลัก

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

องค์กรกีฬาภาครัฐ และเอกชนที่ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ อาทิ สมาคมกีฬาระดับชาติและระดับจังหวัดหน่วยงานกีฬาภาครัฐสมาพันธ์และชมรมกีฬาเพื่อสุขภาพสมาคมสื่อมวลชนกีฬาฯลฯ

สถาบันวิชาการ หน่วยงานวิจัย และภาคประชาสังคม ที่ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย อาทิ สถาบันการพลศึกษา สถาบันวิชาการด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา สถาบันวิชาการด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู เทคนิคการแพทย์ ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย เครือข่ายการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

สื่อมวลชนด้านสุขภาพและกีฬา กลุ่มวิชาชีพทางการแพทย์ กลุ่มวิชาชีพด้านอาหารและโภชนาการ กลุ่มวิชาชีพด้านการออกแบบและการผังเมือง เครือข่ายสิ่งแวดล้อม เครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ ฯลฯ

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

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

6. งบประมาณ

รวม
220.00
ล้านบาท

- กลุ่มแผนงานส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน **100.00 ล้านบาท**
- กลุ่มแผนงานส่งเสริมพื้นที่และปัจจัยแวดล้อมสุขภาวะที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย **60.00 ล้านบาท**
- กลุ่มแผนงานทุนอุปถัมภ์กีฬา **27.00 ล้านบาท**
- กลุ่มแผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) **30.00 ล้านบาท**
- การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ **3.00 ล้านบาท**

แผน 10

แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา

ระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญาส่งผลต่อสุขภาวะอย่างลึกซึ้ง โดยสื่อส่งผลกระทบต่อสุขภาวะทั้งทางตรงและทางอ้อม ขณะที่สุขภาวะทางปัญญา (spiritual health) เป็นหนึ่งในเป้าหมายสู่การมีสุขภาวะทั้ง 4 มิติ และส่งผลต่อสุขภาวะอีก 3 ด้านอย่างไม่อาจแยกจากกันได้ ดังนั้น แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญาจึงกำหนดเป้าหมายในระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) ให้กลุ่มเป้าหมายของแผนฯ มีการสื่อสารที่เอื้อต่อการสร้างวิถีสุขภาวะ 4 มิติ โดยอาศัยตัวกำหนดสุขภาวะ 2 ด้าน คือ (1) การเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมและวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย และ (2) การเปลี่ยนแปลงเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อม ผ่านการสร้างระบบนิเวศสื่อที่สมดุล และปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา

1. สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

1.1 สรุปสถานการณ์และแนวโน้มที่เกี่ยวข้องกับแผน

ระบบนิเวศสื่อในสังคมไทยปัจจุบันขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยีทันสมัยที่เอื้อให้ก้าวทันโลก แต่ยังแวดล้อมด้วยปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาวะทุกมิติ และดำเนินไปในอัตราเร่ง ด้วยอิทธิพลจากปัญญาประดิษฐ์ (AI) และการขาดความรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) จนเกิดผลกระทบในวงกว้าง โดยเห็นได้ชัดเจนในกลุ่มเด็กเยาวชนและผู้สูงอายุ

คนไทยที่ใช้อินเทอร์เน็ตในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น 3 เท่าตัวในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา และมีแนวโน้มในการใช้เวลาบนอินเทอร์เน็ตมากยิ่งขึ้น [88] แม้จะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเดือนละ 201-400 บาท/ราย [89] และแฝงด้วยภยันตรายต่อสวัสดิภาพและทรัพย์สินที่ยากจะรู้เท่าทันนานัปการก็ตาม

ข้อมูลจาก We Are Social [90] ดิจิทัลเอเจนซีระดับโลก ระบุว่า ในปี 2567 คนไทยใช้อินเทอร์เน็ตร้อยละ 88 ของประชากรทั้งหมด โดยใช้อินเทอร์เน็ตผ่านโทรศัพท์มือถือมากถึงร้อยละ 98.6 ซึ่งถือเป็นสัดส่วนมากที่สุด และใช้อินเทอร์เน็ตต่อวันเฉลี่ยอยู่ที่ 7 ชั่วโมง 58 นาที ซึ่งใช้เวลาในการดูโทรทัศน์และ Streaming กว่า 3 ชั่วโมง 23 นาทีต่อวัน ใช้เวลาไปกับการเล่น social media ที่ 2 ชั่วโมง 31 นาทีต่อวัน อ่านข่าวสาร ความรู้ และบทความต่าง ๆ 2 ชั่วโมง 20 นาทีต่อวัน และใช้เวลาในการฟังเพลงต่อวัน 1 ชั่วโมง 34 นาทีต่อวัน โดยแอพพลิเคชั่นที่ใช้เวลามากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) YouTube เฉลี่ย 41 ชั่วโมง 28 นาทีต่อคน/เดือน (2) TikTok เฉลี่ย 38 ชั่วโมง 16 นาทีต่อคน/เดือน และ (3) Facebook เฉลี่ย 24 ชั่วโมง 2 นาทีต่อคน/เดือน

ทั้งนี้ จำนวนผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตอายุ 6 ปีขึ้นไป มีอัตราสูงขึ้นจากร้อยละ 85 ในปี 2565 เป็น ร้อยละ 87.69 ในปี 2566 โดยกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 55-74 ปี) ที่สามารถเข้าถึงและใช้งานอินเทอร์เน็ตมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากร้อยละ 63.10 เป็น ร้อยละ 71.60 ขณะที่ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตของประชากรไทยที่มีรายได้น้อย

88 ปรีดี นุกุลสมปรารถนา. (2567). “รวมสถิติและ Insight สำคัญๆของคนไทยกับการใช้ Digital และ Social Media 2024”. popticles.com. เข้าถึงได้จาก https://www.popticles.com/insight/thailand-digital-and-social-media-stats-2024/

89 สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). รายงานประจำปี Thailand Digital Outlook 2566. สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ: กรุงเทพมหานคร

90 Simon Kemp. (2567). “Digital 2024: Thailand”. DATAREPORTAL. เข้าถึงได้จาก https://datareportal.com/reports/digital-2024-thailand

มีความเหลื่อมล้ำลดลงจากร้อยละ 71.78 ในปี 2565 เป็น ร้อยละ 69.90 ส่วนคนที่ไม่ใช้อินเทอร์เน็ตประมาณร้อยละ 12 ของประชากรไทย ระบุสาเหตุหลักว่า ไม่สามารถเข้าถึงสัญญาณอินเทอร์เน็ตได้ในบางพื้นที่ กังวลเรื่องความปลอดภัย ไม่มีความจำเป็นต้องใช้งาน ใช้อินเทอร์เน็ตไม่เป็น ค่าบริการมีราคาแพง กลัวถูกละเมิดข้อมูลส่วนตัว ไม่มีอุปกรณ์เชื่อมต่อ ค่าอุปกรณ์เชื่อมต่อราคาแพง ไม่สะดวกใช้งาน (หน้าจอเล็ก) และใช้อุปกรณ์ไม่เป็น [91]

ภายใต้ภูมิทัศน์สื่อปัจจุบันที่สื่อออนไลน์กลายเป็นสื่อหลัก สุขภาวะของคนไทยและคนทั่วโลกยังถูกคุกคามด้วยปัญหาข้อมูลเท็จและข้อมูลบิดเบือนที่แพร่ระบาดอย่างหนัก โดยใน รายงานความเสี่ยงโลก 2024 (Global Risk Report 2024) [92] ระบุว่าเรื่องนี้จะเป็นความเสี่ยงสำคัญอันดับหนึ่งในอีก 2 ปีข้างหน้า และยืนยาวไปจนถึงอีก 10 ปีข้างหน้า (ปี 2577) โดยทั่วโลกจะได้รับผลกระทบจากการแพร่กระจายของข้อมูลเท็จและข่าวลวงจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI) ในการสร้างเนื้อหาหรือตัดต่อภาพที่อาจสร้างความเข้าใจผิดให้กับประชาชน และนำไปสู่รอยร้าวทางสังคมหรือความเสียหายทางเศรษฐกิจ [93]

ทั้งนี้ การแพร่ระบาดของข่าวปลอม ที่เกิดจากการส่งต่อข่าวสารผ่านช่องทางออนไลน์ ประกอบกับการทำงานของสื่อที่รวดเร็วแต่ไม่ได้ตรวจสอบความถูกต้อง นอกจากทำให้ผู้รับข้อมูลเกิดความสับสนนำไปสู่ความเข้าใจผิดและความเสียหายในวงกว้างแล้ว ยังเกี่ยวข้องกับสภาพจิตใจของคนในสังคม เพราะอาจนำไปสู่ความวิตกกังวล ซึมเศร้า ความรู้สึกผิด ความเครียด และความไม่เชื่อใจกัน

แม้ในปี 2566 ประเทศไทยถูกประเมินความสามารถในการแข่งขันทางดิจิทัลโลก ที่จัดทำโดย IMD World Competitiveness Center ไว้ในอันดับที่ 35 จากอันดับที่ 40 ในปีก่อนหน้า [94] และปัญหาความเหลื่อมล้ำหรือช่องว่างทางดิจิทัล (digital divide) ในมิติของการเข้าถึงสื่อดิจิทัลลดลงอย่างเห็นได้ชัดในปัจจุบัน **แต่ในด้านของการรู้เท่าทันสื่อ** ท่ามกลางภูมิทัศน์สื่อยุคปัจจุบันที่สื่อดิจิทัลมีอิทธิพลเหนือสื่อมวลชนยุคดั้งเดิมเช่นโทรทัศน์วิทยุ พบว่า **กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ต้องพัฒนา (improvement) มากที่สุด** ดังเห็นได้จากข้อมูลล่าสุดในปี 2566 ที่ภาคธุรกิจและสถาบันวิชาการในประเทศไทยริเริ่ม **การวัดระดับสุขภาวะดิจิทัลของคนไทย (Thailand Cyber Wellness Index: TCWI)** ในช่วงวัยต่าง ๆ ขึ้นเป็นครั้งแรก พบว่า คนไทย ร้อยละ 44 อยู่ในระดับที่ต้องพัฒนาความรู้ความเข้าใจด้านดิจิทัล โดยกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) เป็นกลุ่มเดียวที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต้องพัฒนา ขณะที่ กลุ่มอื่น ๆ อยู่ในระดับพื้นฐาน และกลุ่มอายุ 16-18 ปี เป็นกลุ่มที่มีค่าดัชนีชี้วัดสูงที่สุด [95] สอดคล้องกับ **ผลการสำรวจข้อมูลสถานภาพการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศของประเทศไทย ในปี 2566** ที่จัดทำโดย สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สดช.) ที่ระบุว่า กลุ่มประชากรอายุ 58 – 76 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสถานภาพการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศต่ำสุดเมื่อเปรียบเทียบกับคนทุกช่วงวัย [96]

91 สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566)
92 World Economic Forum. (2024). “Global Risks Report 2024”. World Economic Forum: Geneva
93 สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2567). “สรุปการวิเคราะห์สถานการณ์และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะในระยะ 1 ปีข้างหน้า กรอบนโยบายการจัดทำแผนการดำเนินงานและข้อเสนอวาระกลางประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568”
94 สำนักงานบริหารเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อพัฒนาการศึกษา. (2566). “ความสามารถดิจิทัลไทยดีขึ้น 5 อันดับ รมว.ดิจิทัลฯ ฝันไกลดันให้อยู่ 30 อันดับแรกของโลก ในปี 2569”. UniNet. เข้าถึงได้จาก www.uni.net.th/index.php/news/4575/
95 บริษัทแอดวานซ์อินโฟร์เซอร์วิส (มหาชน). (2566). “Thailand Cyber Wellness Index (TCWI) by AIS ดัชนีชี้วัดระดับสุขภาวะดิจิทัลของคนไทย”. เข้าถึงได้จาก sustainability.ais.co.th/storage/update/report/advanc-ebook-thailand-cyber-wellness-th.pdf
96 สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). “สรุปผลการสำรวจข้อมูลสถานภาพการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศและการเข้าใจดิจิทัลของประเทศไทย พ.ศ. 2566”

สถานการณ์การถูกหลอกลวงผ่านช่องทางออนไลน์ในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยข้อมูลการกระทำของมิจฉาชีพ พบว่าในปี 2566 คนไทย ร้อยละ 20.3 ได้รับข้อความและการโทรฉ้อโกง นับเป็นสัดส่วนสูงที่สุดในทวีปเอเชียและมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปีก่อนหน้า รูปแบบการหลอกลวงหลัก 3 อันดับแรก ได้แก่ การหลอกให้ล็อกอินเข้าเว็บไซต์ปลอม การหลอกให้โหลดแอปพลิเคชันที่อันตราย และการเข้าหน้าช้อปปิ้งออนไลน์ปลอม สำหรับข้อมูลของผู้ใช้สื่อ พบว่าคนไทย ร้อยละ 95.1 มีพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้งานอินเทอร์เน็ตและโทรศัพท์มือถือเฉลี่ยคนละ 4 พฤติกรรม โดยคนรุ่นใหม่มีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าคนรุ่นก่อน แต่ก็มีการป้องกันความเสี่ยงมากกว่าคนรุ่นก่อนด้วยเช่นกัน [97] ด้านจำนวนคนที่มีประสบการณ์ถูกหลอกลวงผ่านช่องทางออนไลน์พบว่ามีจำนวนสูงถึง 36 ล้านคน และคาดว่ามีผู้เสียหายจำนวนมากกว่า 18 ล้านคน มูลค่าความเสียหายในรูปทรัพย์สินมากกว่า 4,900 ล้านบาท โดยกลุ่มเจนวาย (อายุ 28-45 ปี) เป็นกลุ่มที่ตกเป็นผู้เสียหายมากที่สุด (ร้อยละ 58.1 ของผู้เสียหายทั้งหมด) และได้รับความเสียหายเฉลี่ยสูงสุดคือ 3,958 บาท/คน รวมทั้งผู้ที่ผ่านประสบการณ์ถูกหลอกลวงทางออนไลน์ยังได้รับผลกระทบด้านอื่น ๆ ตามมาด้วย ที่สำคัญคือ ปัญหาสุขภาพจิต โดยปัญหาที่พบบ่อยคือโทษตัวเองกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (ร้อยละ 61.3) กลายเป็นคนที่หวาดกลัวต่อการดำรงชีวิต (ร้อยละ 43.9) นอกจากนี้ยังเกิดปัญหาความสัมพันธ์กับคนรอบข้างตามมา เพราะถูกคนใกล้ชิดกล่าวโทษจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (ร้อยละ 48.8) และขาดความเชื่อมั่นต่อการใช้ชีวิตในโลกออนไลน์ นำไปสู่การปิดกั้นโอกาสในการเรียนรู้ พัฒนา และใช้ประโยชน์จากสื่อออนไลน์ไปโดยปริยาย [98]

ด้านความเสี่ยงและผลกระทบของสื่อยุคใหม่ต่อกลุ่มเด็กและเยาวชน พบว่า สื่อยุคใหม่ได้ชักนำทุกขภาวะมาสู่ประชากรกลุ่มนี้ในทุกมิติ ทั้งด้านกาย ใจ สังคม และปัญญา โดยผลจากการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) พบความเกี่ยวข้องระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อกับสุขภาพของเยาวชนในทุกมิติ โดยระบุว่าการใช้เวลากับสื่อสังคมออนไลน์ที่เพิ่มขึ้นทุก 30 นาที สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงในการทำร้ายตัวเองและภาวะซึมเศร้า และส่งผลต่อระดับการนับถือตนเองที่ลดลงในวัยรุ่น นอกจากนี้ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ในเวลากลางคืนยังส่งผลต่อคุณภาพการนอนและสุขภาพทางอารมณ์ด้วยเช่นกัน และในมิติครอบครัว ยังพบความสัมพันธ์ทั้งเชิงบวกและเชิงลบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับระดับความผูกพันในครอบครัว นอกจากนี้ ผลการสำรวจในปี 2566 พบว่า เด็กนักเรียนไทยอายุ 15-16 ปี มากกว่า สามในสี่ (ร้อยละ 77.5) มีความรู้สึกกังวลเมื่อไม่สามารถใช้งานหรือเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยแนวโน้มนี้มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2563 [99]

ผลกระทบอีกด้านหนึ่งสะท้อนผ่านสถานการณ์ปัญหาการระรานทางไซเบอร์ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยมากขึ้น โดย ร้อยละ 29.6 ของเยาวชนในระดับมัธยมศึกษาและ ร้อยละ 39.6 ในระดับปริญญาตรี เคยเผชิญปัญหานี้ รูปแบบการกลั่นแกล้งส่วนใหญ่คือ การรับส่งข้อความเสียดสี ด่าทอ หรือล้อเลียนให้อับอาย [100]

ในระดับของการคุกคามสวัสดิภาพร่างกาย สถิติคดีค้ามนุษย์เด็กและการแสวงประโยชน์ทางเพศผ่านระบบออนไลน์ในประเทศไทยในช่วงเกือบ 10 ปี (พ.ศ. 2559-2566) จากฐานข้อมูลจากชุดปฏิบัติการปราบปรามการล่วงละเมิด

97 WhoscallTH. (2566). “รายงานประจำปี 2566”. Whoscall. เข้าถึงได้จาก whoscall.com/th/blog/articles/1209

98 นวลน้อย ตรีรัตน์ และ คณะ. (2567). “สถานการณ์การถูกหลอกลวงผ่านช่องทางออนไลน์. โครงการศึกษาสถานการณ์ภัยคุกคามทางออนไลน์”

99 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2567). “สุขภาพคนไทย 2567”. บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน): กรุงเทพมหานคร

100 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ และศูนย์วิจัยอนาคตศึกษา. (2566). “อนาคตสุขภาพจิตสังคมไทย พ.ศ.2576”. เข้าถึงได้จาก https://www.nia.or.th/bookshelf/view/237

ทางเพศต่อเด็กทางอินเทอร์เน็ต (Thailand Internet Crimes Against Children: TICAC Task Force) สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สะท้อนให้เห็นว่า เด็กและเยาวชนไทยถูกทำร้ายจากการละเมิดผ่านช่องทางการสื่อสารออนไลน์ จนเป็นคดีความเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และมากขึ้นแบบก้าวกระโดดตั้งแต่ปี 2565 เป็นต้นมา ลักษณะการถูกละเมิดที่สำคัญ 4 อันดับแรกคือ (1) การครอบครองสื่อลามกอนาจารเด็กและเยาวชน (2) การถูกล่วงละเมิดทางเพศ (3) การค้ามนุษย์ และ (4) การนำข้อมูลอนาจารของเด็กและเยาวชนเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์

นอกจากนี้ ตั้งแต่หลังเกิดโรคโควิด-19 ระบาดในช่วงปี 2563 ส่งผลให้เด็กนักเรียนเข้าถึงอินเทอร์เน็ตและใช้สื่อโซเชียลมีเดียมากขึ้น พบว่า เกิดคดีการคุกคามทางเพศ (sexual harassment) เพิ่มขึ้น โดยวิธีการที่พบบ่อยคือ “หลอกให้เงิน เชิญเป็นดารา ชวนให้แก้ผ้า ทักให้เปิดกล้อง” [101] ขณะที่รายงานของ National Center for Missing & Exploited Children ระบุว่า เด็ก ร้อยละ 20 มีโอกาสตกเป็นเหยื่อจากการแสวงหาประโยชน์ทางเพศผ่านช่องทางออนไลน์ โดยประเทศไทยมีผู้กระทำผิดสูงเป็นอันดับ 2 ของโลก และมีรายงานการตรวจพบสื่อลามกอนาจารเด็กในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ถึง 4.5 เท่า ในช่วงปี 2562-2565 จาก 117,219 ครั้ง เป็น 1,623,013 ครั้ง นับเป็นสถานการณ์ที่สอดคล้องกับปรากฏการณ์ “การระบาดใหญ่ทางไซเบอร์อย่างต่อเนื่อง” โดยผลการจัดทำดัชนีชี้วัดความปลอดภัยบนสื่อออนไลน์สำหรับเด็ก (COSI) โดยสถาบันดีคิว (DQ Institute) พบว่า เด็กและวัยรุ่นอายุ 8-18 ปีทั่วโลก เกือบ ร้อยละ 70 เผชิญความเสี่ยงจากภัยคุกคามทางสื่อออนไลน์อย่างน้อย 1 ครั้ง รวมทั้งชีวิตของเด็กจะเปลี่ยนแปลงไปมากยิ่งขึ้น จากความแพร่หลายของปัญญาประดิษฐ์ (Generative AI) เมตาเวิร์ส และอุปกรณ์เทคโนโลยี XR (Extended Reality) หรือเทคโนโลยีความจริงขยายที่เป็นการผสมผสานเทคโนโลยีเสมือนจริงที่มีทั้งหมดเข้าด้วยกัน ซึ่งเทคโนโลยีดิจิทัลเหล่านี้กำลังเปลี่ยนแปลงชีวิตเด็ก ๆ มากยิ่งขึ้นนับจากนี้ [102]

ในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ในปี 2565 ผู้สูงอายุตกเป็นเหยื่อการหลอกลวงเพิ่มขึ้นจากปี 2564 จาก ร้อยละ 16 เป็น ร้อยละ 22 ของผู้สูงอายุที่สำรวจทั้งหมด โดยการหลอกลวงผ่านสื่อที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) ถูกหลอกให้ซื้อของที่ไม่ได้คุณภาพ (2) หลอกให้ทำบุญ ช่วยเหลือคน ช่วยเหลือสัตว์ และ (3) ถูกหลอกให้ซื้อยาและการดูแลสุขภาพ [103]

ทั้งนี้ ในปีที่ผ่านมา ประเด็นอิทธิพลของเทคโนโลยีที่ก้าวล้ำต่อระบบนิเวศสื่อเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจจากผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสังคมทั่วโลก ที่มองสิ่งนี้ว่าเป็นเหรียญ 2 ด้าน นั่นคือ เทคโนโลยีที่สามารถค้นหาความจริงได้อย่างแม่นยำ และเทคโนโลยีที่สามารถเปลี่ยนความจริงได้อย่างสิ้นเชิง ศักยภาพในด้านแรก คือ การนำ AI มาออกแบบเครื่องมือที่สามารถก่อประโยชน์และแก้ไขปัญหาตั้งแต่ระดับปัจเจกจนถึงสังคม ทั้งด้านการศึกษา เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม อีกด้านหนึ่งคือ การสร้างและเผยแพร่ข้อมูลปลอม รวมถึงการรุกรานทางไซเบอร์ที่แนบเนียน รุนแรง ยากที่จะรู้เท่าทัน ทำให้เรื่องของการรู้เท่าทันปัญญาประดิษฐ์ กลายเป็นอีกทักษะหนึ่งของการรู้เท่าทันสื่อที่จำเป็นสำหรับคนทุกวัยนับจากนี้ไป [104]

101 ThaiPBS. (2567). “Take It Down แจ้งลบภาพลับส่วนตัว 18+ หรือคลิปหลุดของเด็กบนโลกออนไลน์”.ThaiPBS. เข้าถึงได้จาก thaipbs.or.th/now/content/951

102 กรมประชาสัมพันธ์. (2566). “ดัชนีชี้วัดความปลอดภัยบนสื่อออนไลน์สำหรับเด็กเผยการระบาดใหญ่ทางไซเบอร์ โดยรายงานของสถาบันดีคิวพบเด็ก 70% มีความเสี่ยงทางไซเบอร์อย่างต่อเนื่อง”. เข้าถึงได้จาก www.prd.go.th/th/content/ category/detail/id/9/iid/229312

103 นินทิยา ดวงภุมเมศ และคณะ. (2567) “รายงานผลสำรวจสถานการณ์และผลกระทบจากการเปิดรับสื่อของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2566”. ศูนย์วิชาการด้านการรู้เท่าทันสื่อของผู้สูงอายุ สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล

104 ThaiPBS. (2566). “เจาะเทรนด์โลก 2024 คนหันกลับมาดูแล “จิตใจและอารมณ์” มากขึ้น”. ThaiPBS. เข้าถึงได้จาก www.thaipbs.or.th. thaipbs.or.th/news/content/33505

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นคู่ขนานและสัมพันธ์กับปรากฏการณ์ในระบบนิเวศสื่อ คือ สภาพเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่เต็มไปด้วยความเสี่ยงจนยากที่แต่ละคนจะค้นพบจุดสมดุลในการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาวะ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา

ผลกระทบของภัยธรรมชาติวิกฤตอากาศที่รุนแรง และภัยพิบัติที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ส่งผลต่อสภาพจิตใจของมนุษย์ รวมทั้งก่อให้เกิดภาวะความวิตกกังวลเรื้อรัง สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากความเครียดและความเหนื่อยล้าอันเป็นผลโดยตรงจากสภาพสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ไม่ว่าจะเป็น**การขยายตัวของเมือง** ทำให้พฤติกรรมการใช้ชีวิตและความสัมพันธ์ของคนในสังคมเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้อารมณ์และความคิดเปลี่ยนไป แม้ว่าจะมีความสะดวกสบายในชีวิตมากขึ้น แต่กลับมีความกดดันจากสังคมรอบข้าง ในขณะที่สภาพแวดล้อมเมืองไม่เอื้อให้ผู้อาศัยคืนสู่สมดุล ดังเห็นได้จากอัตราส่วนของพื้นที่สีเขียวต่อประชากรในประเทศไทยลดลง อย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2565 มีสัดส่วนพื้นที่สีเขียวต่อประชากรในเมือง เพียง 7.49 ตารางเมตรต่อคน นอกจากนี้ **ผลพวงตกค้างจากการระบาดของโรคโควิด-19** ทั้งปัญหาด้านสุขภาพ และเศรษฐกิจ เช่น ภาวะลองโควิด (Long COVID) ที่ทำให้สุขภาพอ่อนแอลง ปัญหาหนี้ครัวเรือนและการสะสมหนี้นอกระบบ การตกงาน และความสูญเสียบุคคลในครอบครัว ล้วนก็เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและความทุกข์สะสมอยู่ในจิตใจของคนจำนวนมาก [105]

นอกจากนี้ ยังมีข้อมูลระบุถึงสาเหตุเบื้องหลังของปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่นและคนวัยทำงานว่า การทำงานหนักส่งผลให้เกิดปัญหาความเครียด ซึมเศร้า และหมดไฟในการทำงานได้ง่าย ในกรณีของประเทศไทย ผลการจัดอันดับของบริษัท Kisi ในปี 2565 พบว่า กรุงเทพมหานครถูกจัดอยู่ในอันดับที่ 5 จาก 100 เมืองของประเทศทั่วโลก ที่มีผู้คนทำงานหนักเกินไป (most overworked cities) และข้อมูลของวิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า คนกรุงเทพฯ 7 ใน 10 มีอาการหมดไฟในการทำงาน [106]

การก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยที่ผู้สูงอายุจะอยู่โดดเดี่ยว ข้อมูลของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พบว่า ในปี 2564 มีผู้สูงอายุในประเทศไทยที่อาศัยอยู่คนเดียวจำนวน 1.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 10.8 ในปี 2560 และร้อยละ 8.7 ในปี 2557 ในขณะที่ร้อยละ 21 อยู่ตามลำพังกับคู่สมรส ประกอบกับทุกวันนี้คนไม่นิยมมีลูก ทำให้แนวโน้มผู้สูงอายุในอนาคตอยู่ตามลำพังโดยไม่มีลูกหลาน เพิ่มสูงขึ้นซึ่งหมายความว่าสังคมจะมีผู้สูงอายุตายอย่างโดดเดี่ยว หรือตายแบบที่ไม่มีใครรู้เพิ่มขึ้นในสังคม

ในภาพระดับสังคม **การจัดอันดับประเทศที่มีความสุขที่สุดในโลก ของ World Happiness Report 2024 ระบุว่าจากผลสำรวจใน 143 ประเทศ ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 58 โดยขยับขึ้นมาจากอันดับ 60 ในปีที่ผ่านมา** [107] อย่างไรก็ตาม ผลการติดตามความก้าวหน้าในการขับเคลื่อน **เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนระดับโลก (Sustainable Development Goals: SDG)** ของประเทศไทย ได้ชี้ช่องว่างเชิงประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะด้านในของคนไทย โดยพบว่า หนึ่งใน 5 เป้าหมายที่ไทยยังอยู่ระดับ เป้าหมายที่มีสถานะท้าทายมาก (สีแดง) ได้แก่

105 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2567)
106 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2567)
107 วิโรจน์ เลิศจิตต์ธรรม. (2567). “ฟินแลนด์ครองอันดับ 1 ประเทศที่มีความสุขที่สุดในโลกเป็นปีที่ 7 ไทยขยับขึ้นอันดับ 58”. The Standard. เข้าถึงได้จาก https://thestandard.co/the-happiest-countries-in-the-world-for-2024/

SDG16 (สังคมสงบสุข ยุติธรรม และสถาบันที่เข้มแข็ง) ซึ่งสะท้อนถึงสถานการณ์ความขัดแย้ง การแบ่งขั้วแบ่งแยก และความรุนแรงในสังคมจากประเด็นทางการเมือง ความแตกต่างของค่านิยม ที่ยังดำเนินต่อเนื่องในสังคมทั่วโลก [108]

นอกจากนี้ สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปยังส่งผลต่อค่านิยมและวิถีประพฤติปฏิบัติ ดังเช่นการสำรวจที่สะท้อนให้เห็นว่า **สภาพการแก่งแย่งเอาตัวรอดกันมากขึ้น โดยเกี่ยวเนื่องกับปัญหาเศรษฐกิจตกต่ำ ไม่เพียงทำให้เกิดปัญหาสังคมและอาชญากรรมต่าง ๆ ตามมา แต่ยังส่งผลให้ความเอื้ออาทรมีน้ำใจต่อกันลดลงจากเดิม** [109]

ท่ามกลางสถานการณ์ทางสังคม ปัญหาพื้นฐานที่สืบเนื่องมา เช่น ความเหลื่อมล้ำ และการขาดความเป็นธรรมทางสังคม ปัญหาจากโลกทัศน์แบบทุนนิยม ที่ก่อให้เกิดความกดดันและความเครียดจากการมุ่งทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อประสบความสำเร็จแบบชั่วลัดนิ้วมือ การสูญเสียทรัพยากรอย่างรุนแรง ความขัดแย้งและอคติระหว่างกลุ่มคนต่าง ๆ และการสูญเสียความรู้สึกถึงคุณค่าและความหมายของชีวิตที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ชีวิตของคนไทยในยุคปัจจุบันยังเผชิญกับวิกฤติและความไม่แน่นอนในโลก **"ยุคหลังโควิด"** ที่มีลักษณะ **BANI** ประกอบด้วย ความเปราะบาง (Brittle) ความกังวล (Anxious) คาดเดาได้ยาก (Nonlinear) และความไม่เข้าใจ (Incomprehensible) [110] อันเป็นสภาพที่ท้าทายต่อการธำรงรักษาสุขภาวะทางปัญญาอย่างยิ่ง

อย่างไรก็ตาม ในสถานการณ์ความเสี่ยงและความท้าทายดังกล่าว การสนับสนุนด้านสุขภาวะทางปัญญาเป็นหนึ่งในทางออกที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านความสามารถในการตระหนักรู้ เท่าทันตนเอง และการฟื้นคืนสภาพ (resilience) ด้านจิตใจ ได้รับการระบุว่าเป็นทักษะที่มีความสำคัญอย่างยิ่งที่ทุกคนต้องได้รับการฝึกฝน [111]

ที่ผ่านมาได้เกิดความเคลื่อนไหวในการนำมิติสุขภาวะทางปัญญาเข้ามาเป็นรากฐานในการบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาวะในทุกมิติ เพื่อแก้ไขปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของมนุษย์ในโลกยุคปัจจุบัน ที่เรียกว่า **solution-based spiritual health** เพื่อนำเสนอทางเลือกหรือทางออก ใหม่ ๆ ตัวอย่างเช่น การบูรณาการการทำงานสุขภาวะทางปัญญากับประเด็นอาหาร เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ระดับกระบวนความคิด และจิตวิญญาณ (spirituality) จากวิถีชีวิตการกินการอยู่ โดยเฉพาะในด้านอาหารและพฤติกรรมการกินที่เกิดการเปลี่ยนแปลงจากภายใน (change from within) อันจะนำไปสู่ความเปลี่ยนแปลงในมิติด้านสภาพแวดล้อมและสังคมที่เกื้อกูลต่อสุขภาวะองค์รวมของมนุษย์อย่างยั่งยืน เช่น การที่ โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) ได้ทบทวนและริเริ่มจัดตั้งเครือข่าย The Conscious Food Systems Alliance (CoFSA) ขึ้น เพื่อให้เกิดการรวมตัวระหว่างผู้ปฏิบัติงานด้านอาหาร เกษตรกรรม และผู้ปฏิบัติงานด้านจิตสำนึก โดยมีจุดมุ่งหมายในการปลูกฝังความสามารถภายในที่กระตุ้นการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบ มุ่งเสริมแนวทางที่มีอยู่ สำรวจวิธีการบูรณาการและแนวทางปฏิบัติด้านจิตสำนึกที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น การเชื่อมโยงธรรมชาติ ความเห็นอกเห็นใจ การมีสติ การสื่อสารที่ไม่ใช้ความรุนแรง และการไตร่ตรองตนเอง เข้ากับโครงการด้านระบบอาหาร ฯลฯ รวมถึงความพยายามที่จะนำมิติทางสุขภาวะทางปัญญาไปร่วมขับเคลื่อนวาระทางสังคมเพื่อรับมือและบรรเทาปัญหา "โลกเดือด" ในประเทศไทย โดยเน้นกระบวนการ และกลไกในการเชื่อมต่อมิติ

108 Atirut Duereh. (2566). "SDG Index 2023 ไทยรั้งอันดับ 43 ของโลก อันดับ 3 ของเอเชีย พบ SDG1 และ SDG4 อยู่ในสถานะบรรลุเป้าหมายแล้ว". SDG Move. เข้าถึงได้จาก sdgmove.com/2023/06/21/sdg-index-2023-thailand/

109 สวนดุสิตโพลล์. (2563). ""ความเอื้ออาทร" ของคนไทย ณ วันนี้". เข้าถึงได้จาก https://dusitpoll.dusit.ac.th/poll-infographic-2563

110 Jamais Cascio. (2022). "Human Responses to a BANI World". Medium. เข้าถึงได้จาก https://medium.com/@cascio/human-responses-to-a-bani-world-fb3a296e9cac

111 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2567)

ของจิตวิญญาณ (From Ego to Eco-Centric) ซึ่งมีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ค่านิยม ความเชื่อ จริยธรรม และจิตสำนึก ของคนในสังคมและเป็นแนวทางสู่ความยั่งยืนในการแก้ปัญหาภาวะ "โลกเดือด" ที่กำลังคุกคามสุขภาวะของคนไทยและคนทั้งโลกในปัจจุบัน

ในภาพใหญ่ขึ้น การขับเคลื่อนเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) 17 ด้านในปี 2573 (2030 Agenda) มีการนำเอามิติทางจิตวิญญาณมาใช้อย่างเฉพาะเจาะจงด้วย เช่น เกิดการตั้งเครือข่าย Inner Development Goals (IDGs) ขึ้นในระดับนานาชาติเมื่อปี 2563 เพื่อเชื่อมโยงผู้ปฏิบัติการ ผู้เชี่ยวชาญ นักวิทยาศาสตร์ และนักวิจัยจำนวนมากทั่วโลกมาทำงานร่วมกันทั้งแบบออนไซต์และผ่านดิจิทัลแพลตฟอร์ม เพื่อให้เกิดการเข้าถึงความรู้ที่มีอยู่แล้วจำนวนมากเกี่ยวกับการพัฒนามิติด้านในของมนุษย์ และนำสิ่งนี้มาสนับสนุนการพัฒนาตามกรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG) ขององค์การสหประชาชาติ โดยมีการยอมรับว่า การพัฒนาที่ยั่งยืนจะเกิดขึ้นได้นั้น ต้องอาศัยการมีชุดความคิด (mindset) ความเชื่อ (believe) และค่านิยม (value) ที่มีจิตสำนึกความรับผิดชอบ (accountability) จึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมและการกระทำที่จะส่งผลดีต่อต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม จนนำมาสู่การนำเสนอกรอบทักษะที่จำเป็นสำหรับการเปลี่ยนแปลงเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน IDGs ในปี 2565 จนกลายเป็น "เข็มทิศใหม่" ของการพัฒนาบุคคลและองค์กร เพื่อให้สามารถทำงานกับประเด็นทางสังคมที่ซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย SDG ในปี 2030 [112]

ทั้งนี้ การขับเคลื่อนไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนในโลกยุคจากนี้ไป ภายใต้กรอบแนวคิดของ IDGs ที่ระบุว่า "เรามุ่งที่จะนำเอาพลังแห่งการพัฒนามิติภายในเข้ามาแก้ไขปัญหาระดับโลกทุก ๆ ปัญหาที่มนุษยชาติกำลังเผชิญอยู่" ได้ส่งสัญญาณให้เห็นว่าการขับเคลื่อนงานในมิติของสุขภาวะทางปัญญาจะมีบทบาทสำคัญยิ่งขึ้นกว่ายุคใด ๆ ที่ผ่านมา [113]

1.2 ผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา

ในปี 2567 ได้เกิดมาตรการและกิจกรรมเพื่อสร้างปัจจัยที่ส่งผลต่อตัวกำหนดสุขภาพตามห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome) ของแผน 10 ที่ครอบคลุมทุกด้าน โดยเป็นไปตามทิศทางและเป้าหมายของแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) ที่มุ่งให้เกิดนิเวศสื่อสุขภาวะที่ส่งผลต่อค่านิยมและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาวะ และเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาวะทางปัญญาในระดับบุคคล ชุมชน

การดำเนินงานดังกล่าว ซึ่งขับเคลื่อนผ่าน 5 ปัจจัยหลัก ได้แก่ (1) การสร้างเครือข่ายผู้นำการเปลี่ยนแปลง (2) การพัฒนาพลเมืองเท่าทันสื่อ (3) การขยายกลไกสื่อสารและเฝ้าระวังตรวจสอบสื่อ (4) การพัฒนากระบวนการส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา และ (5) การพัฒนานโยบาย มาตรการ กลไกเชิงนโยบาย หรือแนวปฏิบัติ ได้เกิดผลงานตามตัวชี้วัดปี 2567 สรุปได้ดังนี้

1. **สร้างเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะ ผู้นำการเปลี่ยนแปลง – เกิดเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะเพื่อร่วมสื่อสารและดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาวะ** เช่น การร่วมรณรงค์ให้สังคมเท่าทันพิษภัยบุหรี่ไฟฟ้าบนแพลตฟอร์ม

[112] จารุปภา วะสี. (2567). "มองทิศทางการขับเคลื่อนสุขภาวะทางปัญญาของไทย ผ่านบริบทการทำงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ"

[113] ธรากร กมลเปรมปิยะกุล และณัฐนภ ตระกลธนภาส. (2564). "หัวใจตื่นรู้". พิมพ์ครั้งที่ 3. SOOK Publishing: กรุงเทพมหานคร

ดิจิทัลตลอดช่วงเดือนพฤษภาคม 2567 ในวาระวันงดสูบบุหรี่โลก โดย เครือข่ายแกนนำนักสื่อสารสุขภาวะจาก 15 โครงการ ที่ขับเคลื่อนงานร่วมกับแผน 10 **เกิดกลไกเครือข่ายที่มีการเชื่อมโยงเป็นระบบและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งในและข้ามเครือข่ายร่วมสื่อสารประเด็นสุขภาวะ** เช่น เครือข่ายเยาวชนขับเคลื่อนเมือง เครือข่าย YoungFood เครือข่ายสื่อวิสาหกิจชุมชน เครือข่ายส่งเสริมการอ่าน เครือข่ายกลุ่มอินฟลูเอนเซอร์ ฯลฯ **เกิดบทเรียนกลไกเครือข่ายที่หลากหลายรูปแบบเพื่อเป็นต้นแบบในการขยายผล** เช่น เครือข่ายชุมชนกรุณาเพื่อนบ้านประคับประคอง เครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะภาคใต้ **เกิดการพัฒนาเครือข่ายผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่สามารถใช้กระบวนการเรียนรู้สุขภาวะทางปัญญาและขยายผลตามบริบทและรูปแบบต่าง ๆ ทั่วประเทศ** เช่น เครือข่ายอาสาคืนถิ่น 18 จังหวัด เครือข่ายก่อการครูทั่วประเทศ เครือข่ายศึกษานิเทศก์ ฯลฯ โดยมีกลุ่มผู้ได้รับประโยชน์มากกว่า 1 แสนคน

2. **การพัฒนาพลเมืองเท่าทันสื่อ ด้วยกระบวนการเรียนรู้และช่องทางสื่อสารที่แตกต่างหลากหลาย – เกิดเครื่องมือสร้างการเรียนรู้เพื่อพัฒนาพลเมืองเท่าทันสื่อ** มุ่งกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสูง เช่น **การพัฒนา "หลักสูตรสร้างการรู้เท่าทันสื่อสำหรับครูและเด็กนักเรียน"** ในประเด็นรู้เท่าทันสื่อ อิทธิพลของสื่อ จริยธรรมบนโลกออนไลน์ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง **การพัฒนาหลักสูตร "สูงวัยรู้ทันสื่อ"** ทั้งรูปแบบเล่มหลักสูตรและ E-Learning รวมถึงจัดทำคลิปสื่อเพื่อสร้างการเรียนรู้สูงวัยรู้ทันภัยจากสื่อในรูปแบบต่าง ๆ โดยแกนนำได้นำหลักสูตรไปขยายผลในโรงเรียนผู้สูงอายุและชุมชน รวมทั้ง เปิดกว้างสำหรับประชาชนทุกวัย โดยร่วมกับสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Academy) **พัฒนาหลักสูตรเท่าทันสื่อ เท่าทันชีวิตอย่างสมาร์ท ในโลกออนไลน์** เพื่อพัฒนาทักษะรู้เท่าทันสื่อกับงานสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบ E-Learningฯลฯ นอกจากนี้ได้ต่อยอดขับเคลื่อนงานตรวจสอบและเฝ้าระวังสื่อเพื่อสุขภาวะผ่านดิจิทัลแพลตฟอร์มในชื่อ โคแฟค (Cofact) โดยในปีที่ผ่านมา มีการนำฐานข้อมูลการตรวจสอบข่าว 7,732 บทความ ไปสู่นวัตกรรม Line Chat Bot และ**ต่อยอดหลักสูตรออนไลน์ Digital Literacy 101 การตรวจสอบข้อเท็จจริง สู่การพัฒนาพลเมืองให้มีส่วนร่วม**ในการสื่อสารและเฝ้าระวังตรวจสอบสื่อโดยเชื่อมต่อ Cofact กับ pantip.com ห้องสวนลุมพินี ในประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพ

3. **การขยายกลไกสื่อสารและเฝ้าระวังตรวจสอบสื่อ – เกิดพื้นที่ปฏิบัติการสื่อสารสุขภาวะและพื้นที่เฝ้าระวังตรวจสอบสื่ออย่างมีส่วนร่วมของชุมชน** เช่น **การพัฒนากลไกการทำงานในประเด็นสูงวัยรู้ทันและเฝ้าระวังสื่อในระดับจังหวัด 12 จังหวัด** มีการถ่ายทอด "คาถาสูงวัยรู้ทันสื่อ" ไปยังชุมชนและโรงเรียนผู้สูงอายุร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่พัฒนาทีมวิทยากรและจัดตั้งกลุ่มอาสาสูงวัยเฝ้าระวังสื่อในพื้นที่ชุมชนเพื่อทำหน้าที่ในการเฝ้าระวัง แจ้งเตือน และตรวจสอบข้อมูลเพื่อลดโอกาสการตกเป็นเหยื่อข่าวปลอม ข่าวลวงของผู้สูงวัย **พื้นที่เฝ้าระวังตรวจสอบสื่อโคแฟคภูมิภาค 14 พื้นที่** ร่วมค้นหาข่าวลวงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ มีการตรวจสอบข้อมูล และเผยแพร่ข้อมูลที่ถูกต้องในช่องทางสื่อสาธารณะ **พื้นที่ปฏิบัติการสื่อสารสุขภาวะโดยเครือข่ายนักสื่อเสียงสุขภาวะ**ใน 10 จังหวัดร่วมสื่อสารรณรงค์สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เน้นการสร้างกระบวนการบอกต่อข้อมูลสุขภาพของอาสาสมัครและแกนนำในชุมชนควบคู่ไปกับการสื่อสารผ่านรายการวิทยุและสื่อออนไลน์ รวมถึงสร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในท้องถิ่นเพื่อให้รับรู้ และสนับสนุนการจัดกิจกรรมในพื้นที่ทั้งในพื้นที่ออนไลน์และพื้นที่กายภาพ ซึ่งเป็นพื้นที่การบ่มเพาะพลเมืองให้รู้เท่าทันสื่อ ทำให้คนในพื้นที่เข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องมากขึ้น ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมกับกระบวนการตรวจสอบข้อมูลในแต่ละพื้นที่ เป็นการขยายเครือข่ายและสร้างการรับรู้ให้การตรวจสอบข้อมูลเป็นวัฒนธรรมของสังคม รวมถึงเกิดเครือข่ายการทำงานในชุมชนเพื่อร่วมสื่อสารประเด็นสุขภาวะในพื้นที่ และยกระดับขยายผลไปสู่พื้นที่อื่นต่อไป

4. **การพัฒนากระบวนการส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา – เกิดกระบวนการในการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา** เช่น การจัดทำ หลักสูตรผู้นำกระบวนทัศน์ใหม่ ด้วยกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาและเชื่อมร้อยคนรุ่นใหม่และสร้างแกนนำที่รู้เท่าทันตนเอง การจัดทำ หลักสูตรก่อการครูแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อพัฒนาศักยภาพครูแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ โดยสอดแทรกวิธีการจัดการอารมณ์ของตนเอง การเสริมศักยภาพทักษะการฟื้นคืนสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ และผู้สนใจ ภายใต้หลักสูตรทักษะฟื้นคืนสุขภาวะ การจัดงานประชุมวิชาการระดับชาติเครือข่ายความรู้สุขภาวะทางปัญญา ครั้งที่ 1 และ งานมหกรรมพบเพื่อนใจ Soul Connect Fest 2023 ที่ทำให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างภาควิชาการและนักปฏิบัติการ ฯลฯ **เกิดการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาสำหรับบุคลากรในระบบการศึกษาและประชากรวัยทำงาน โดยกลุ่มบุคลากรในระบบการศึกษา** อาทิ เครือข่ายก่อการครูศึกษานิเทศก์ เชื่อมโยงการทำงานมิติด้านในของครูเพื่อให้เห็นคุณค่าเข้าใจความหลากหลายของผู้เรียนและส่งต่อความรู้ให้คุณครู ผู้บริหารสถานศึกษา **สำหรับคนวัยทำงาน** สนับสนุนให้องค์กรหรือหน่วยงานนำกระบวนการสุขภาวะทางปัญญาไปปรับใช้และขยายผล รวมทั้ง การสร้างความเข้าใจต่อสังคมในเรื่องการอยู่ดีตายดีและการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้ชุมชนเป็นฐานนอกจากนี้ได้สนับสนุนให้**เกิดช่องทางสื่อสารสุขภาวะที่เข้าถึงคนทุกวัย** โดยเน้นการสื่อสารสาธารณะ เพื่อให้สังคมเข้าถึงการเรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา เช่น เว็ปไซต์จิตวิวัฒน์ มีผู้ใช้งานมากกว่า 200,000 ครั้ง Facebook Soul Connect Fest มีคนเข้าถึงกว่า 6,000,000 ครั้ง มีการสื่อสารในเพจต่าง ๆ ของภาคีเครือข่ายกว่า 5 ล้านครั้ง

5. **การพัฒนานโยบาย มาตรการ กลไกเชิงนโยบาย หรือแนวปฏิบัติ – เกิดนโยบายที่สนับสนุนการสร้างระบบนิเวศสื่อสุขภาวะและสุขภาวะทางปัญญา** เช่น **การผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบาย เรื่อง "สวัสดิการหนังสือเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย"** ที่เสนอต่อคณะกรรมาธิการการพัฒนาสังคมฯ วุฒิสภา และนายกรัฐมนตรี ส่งผลให้อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นมอบหมายให้ผู้ว่าราชการจังหวัดร่วมขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบาย "สวัสดิการหนังสือเพื่อเด็กปฐมวัย: หนังสือ 3 เล่มในบ้าน สร้างพลเมืองเด็ก" ให้เป็นวาระเร่งด่วนที่ทุกกระทรวงและทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติเพื่อร่วมแก้ไขวิกฤตเด็กปฐมวัย **การสนับสนุนการขับเคลื่อนร่างกฎหมายว่าด้วยการกระทำผิดต่อเด็กผ่านสื่อออนไลน์อย่างต่อเนื่อง** โดยสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรได้นำร่างพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... ซึ่งเป็นการแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญาเพื่อให้ครอบคลุมภัยคุกคามเด็กและเยาวชนในรูปแบบการกระทำผ่านสื่อออนไลน์ หรือระบบคอมพิวเตอร์ เปิดให้ประชาชนได้แสดงความคิดเห็นต่อร่างกฎหมายดังกล่าว ขณะเดียวกัน เครือข่ายสร้างเสริมอินเทอร์เน็ตปลอดภัยจัดเวทีเสวนาเรื่องร่าง พรบ. แก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญาฯ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับประชาชน ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องความสำคัญจำเป็นของการมีกฎหมายที่เท่าทันกับสถานการณ์โลกยุคดิจิทัลพร้อมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน เป็นการเตรียมความพร้อม และนำไปสู่การสนับสนุนการแก้ไขกฎหมายเพื่อการปกป้องคุ้มครองเด็ก **การผลักดันหลักสูตรสูงวัยรู้ทันสื่อ "หยุด คิด ถาม ทำ"** เป็นหลักสูตรแกนกลางในโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยจัดตั้งคณะทำงานพัฒนาหลักสูตรและกระบวนการเรียนรู้ พร้อมส่งมอบให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์นำหลักสูตรฯ ขยายผลในโรงเรียนผู้สูงอายุ 2,456 แห่งทั่วประเทศโดยจะมีการติดตามการขยายผลหลักสูตรต่อไป **การสนับสนุนกระบวนการและเครือข่ายเพื่อร่วมผลักดันแนวปฏิบัติ มาตรการหรือกลไกเชิงนโยบายในการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา** เช่น การร่วมจัดทำ ธรรมนูญ

สุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 การส่งเสริมงานสุขภาวะทางปัญญาด้านการศึกษาในเรื่อง "นโยบายห้องเรียนแห่งความสุข" การผลักดันส่งเสริมนโยบายชีวาภิบาล ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพการบริบาลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะยาว ระยะท้าย และการตายดี เพื่อสนับสนุนนโยบายภาครัฐ ควบคู่ไปกับการเชื่อมประสานคนทำงาน เติมเต็มช่องว่าง และสร้างแนวทางยั่งยืน

ด้านการขับเคลื่อนงานในภาพรวมของ สสส. ในปี 2567 แผนฯ ได้พัฒนาให้เกิดกลไกเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะร่วมสื่อสารประเด็นสุขภาวะตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) อาทิ ประเด็นบุหรี่ แอลกอฮอล์ อาหาร กิจกรรมทางกาย มลพิษจากสิ่งแวดล้อม สุขภาพจิต และ สุขภาพอุบัติใหม่ รวมทั้ง นำเสนองานชีวาภิบาลเป็นประเด็นบูรณาการร่วมกับสำนัก/ศูนย์/ฝ่าย ใน สสส. ควบคู่กันไปด้วย

1.3 โอกาสในการขับเคลื่อนแผนไปสู่เป้าหมาย

แผน 10 สอดคล้องและตอบสนองต่อนโยบายรัฐในระดับชาติ 2 ส่วนหลัก ได้แก่ **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13** หมุดหมายที่ 12 ไทยมีกำลังคนสมรรถนะสูง มุ่งเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ตอบโจทย์การพัฒนาแห่งอนาคต การพัฒนาเด็กช่วงตั้งครรภ์ถึงปฐมวัยให้มีพัฒนาการรอบด้าน ให้มีอุปนิสัยที่ดี การพัฒนาผู้สูงอายุให้เป็นพลเมืองที่มีคุณค่าของสังคม และการพัฒนาระบบนิเวศเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต และสร้างสื่อการเรียนรู้ที่ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง โดยแผนมุ่งพัฒนาพลเมืองเท่าทันสื่อ (ทำในประชากรทุกวัย) สนับสนุนวัฒนธรรมการอ่านตั้งแต่ปฐมวัยไปจนตลอดชีวิต และพัฒนากระบวนการส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา นอกจากนี้ แผนได้เกี่ยวข้องโดยตรงกับ **ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3** หมวดที่ 11 สุขภาวะทางปัญญา พัฒนาเครือข่ายคนทำงานด้านสุขภาวะทางปัญญา พัฒนาองค์ความรู้และการเผยแพร่ ส่งเสริมคนรุ่นใหม่ สร้างพื้นที่ปฏิบัติการต้นแบบ พัฒนาเครือข่ายผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่สามารถใช้กระบวนการเรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา และขยายผลตามบริบททั่วประเทศ โดยแผนสนับสนุนกระบวนการและเครือข่ายเพื่อร่วมผลักดันแนวปฏิบัติ มาตรการ หรือกลไกเชิงนโยบาย ทั้งระดับองค์กร ชุมชน ท้องถิ่น และระดับชาติ ในการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาสำหรับบุคลากรในระบบการศึกษาและประชากรวัยทำงาน

จากการทบทวนสถานการณ์ล่าสุด พบว่า ทิศทาง เป้าหมาย จุดเน้น และผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาของแผนยังมีความสอดคล้องและสามารถสานต่อให้เกิดความก้าวหน้าไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ตามแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) และห่วงโซ่ผลลัพธ์ ดังเห็นได้จากประเด็นที่แผนฯ ให้ความสำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมทักษะเท่าทันสื่อในแต่ละช่วงวัย การส่งเสริมวัฒนธรรมการอ่าน การพัฒนานักสื่อสารสุขภาวะและพลเมืองเท่าทันสื่อ และการส่งเสริมช่องทางการเรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา สอดคล้องกับประเด็นหลักของ **ทักษะทุนชีวิต** ซึ่งเป็นทักษะและความพร้อมเยาวชนและประชากรวัยแรงงานที่ ธนาคารโลก ระบุว่ามีความสำคัญในการพัฒนามนุษย์และสังคมให้ก้าวไปข้างหน้าในโลกยุคศตวรรษที่ 21 โดยเป็นทักษะที่รวมถึง การรู้หนังสือ ทักษะดิจิทัล และทักษะทางอารมณ์และสังคม

ขณะเดียวกัน แนวทางการขับเคลื่อนงานของภาคีเครือข่ายของแผน 10 ที่ดำเนินการผ่าน 4 ด้านหลัก ได้แก่ การตายดี การเรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา การส่งเสริมการทำงานอาสาสมัคร และประเด็นอื่น ๆ โดยมุ่งให้เกิดคุณลักษณะสำคัญที่นำไปสู่ความเปลี่ยนแปลงเพื่อสร้างสมดุลภายในตนเองเพื่อเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ คือ การฝึกสติ ความเห็นอกเห็นใจ การรับฟังผู้อื่น รวมทั้งความสามารถยืดหยุ่นปรับตัวให้เท่าทันความเปลี่ยนแปลง อีกทั้งยังสอดคล้องกับ

เป้าหมายการพัฒนาภายใน (Inner Development Goals: IDGs) ซึ่งเป็น “เข็มทิศใหม่” ของการพัฒนาบุคคลและองค์กร เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG) ขององค์การสหประชาชาติ [114]

1.4 ช่องว่างของการดำเนินงานเพื่อไปสู่เป้าหมาย

เมื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมากับเป้าหมายตามแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) และห่วงโซ่ผลลัพธ์ พบช่องว่างสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ (1) ขาดการเชื่อมโยงเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะให้เกิดพลังเพียงพอที่จะส่งผลกระทบต่อการสื่อสารเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงในระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ (2) ขาดการบูรณาการงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และภาคเอกชนเพื่อร่วมสร้างกลไกเฝ้าระวังและตรวจสอบสื่อ (3) ขาดพลังการสื่อสารเพื่อสร้างวิถีปฏิบัติของสังคม (norm) ในการใช้สื่ออย่างสร้างสรรค์และส่งเสริมสุขภาวะทางปัญญา (4) การทำงานด้านสุขภาวะทางปัญญายังไม่ครอบคลุมคนทุกกลุ่มวัย และประชากรกลุ่มเฉพาะ (5) ขาดการจัดการความรู้งานสุขภาวะทางปัญญาเพื่อนำมาขับเคลื่อนให้เกิดนโยบายหรือวาระทางสังคม

2. จุดเน้นของแผน

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ แนวโน้ม และช่องว่างผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมากับเป้าหมายตามแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) และห่วงโซ่ผลลัพธ์ดังกล่าว จึงกำหนดจุดเน้นของแผนในปี 2568 ดังนี้

2.1 เชื่อมโยงเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะให้สามารถใช้พลังการสื่อสารสู่สังคมในวงกว้าง เพื่อขับเคลื่อนนิเวศสื่อสุขภาวะ

2.2 สนับสนุนการพัฒนาช่องทางและกระบวนการที่เอื้อต่อการสร้างพลเมืองเท่าทันสื่ออย่างมีส่วนร่วม

2.3 ส่งเสริมวิถีปฏิบัติของสังคมในการใช้สื่ออย่างสร้างสรรค์และส่งเสริมสุขภาวะทางปัญญา

2.4 บูรณาการงานสุขภาวะทางปัญญากับการสร้างเสริมสุขภาพ มุ่งสื่อสารสาธารณะ สร้างการรับรู้ และเข้าใจโดยเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างครอบคลุม

2.5 แสวงหาความร่วมมือกับภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมเพื่อร่วมขับเคลื่อนงานและผลักดันนโยบายที่เอื้อต่อการสร้างนิเวศสื่อสุขภาวะ และการส่งเสริมการเรียนรู้ด้านสุขภาวะทางปัญญา

[114] จารุปภา วะสี. (กุมภาพันธ์ 2567). มองทิศทางการขับเคลื่อนสุขภาวะทางปัญญาของไทย ผ่านบริบทการทำงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

3. เป้าหมายการดำเนินงาน

แผนได้กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับการวิเคราะห์ห่วงโซ่ผลลัพธ์ของ สสส. เป้าหมายตามแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) และกรอบแนวคิดการดำเนินงานของแผน ดังนี้

ตัวชี้วัดหลัก

1. กระบวนการสื่อสารที่ขับเคลื่อนระบบนิเวศสื่อสุขภาวะโดยเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะ**ไม่น้อยกว่า 5 กรณี**
2. ช่องทาง กระบวนการที่เอื้อต่อการพัฒนาทักษะเท่าทันสื่อ การเฝ้าระวังตรวจสอบสื่อและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายอย่างมีส่วนร่วม **3 กรณี**
3. การสื่อสารเพื่อสร้างค่านิยมในการใช้สื่ออย่างสร้างสรรค์และการสื่อสารเพื่อส่งเสริมสุขภาวะทางปัญญา **2 กรณี**
4. กระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาที่สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย 5 กรณี โดยมีการประเมินผลด้านการเรียนรู้และทัศนคติ
5. การสนับสนุนการผลักดันนโยบายที่เอื้อต่อการส่งเสริมนิเวศสื่อสุขภาวะและสุขภาวะทางปัญญาในสังคม **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 สุขภาวะที่เกิดจากการเข้าใจตนเองและชีวิต เห็นความเชื่อมโยงกับผู้อื่น โลก ธรรมชาติ นำไปสู่การร่วมสร้างสังคมเกื้อกูล
4. **นักสื่อสารสุขภาวะ** หมายถึง ผู้ที่มีสมรรถนะการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศและดิจิทัล มีความรอบรู้ด้านสุขภาวะเท่าทันตนเอง สามารถสร้างสรรค์กระบวนการสื่อสาร และเป็นผู้สร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดชุมชนหรือสังคมสุขภาวะ ด้วยจิตสำนึกความเป็นพลเมือง (active citizen)

5. **เครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะ** หมายถึง นักสื่อสารสุขภาวะทั้งในระดับบุคคล กลุ่มคนที่มีการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูล การดำเนินกิจกรรม การสื่อสารโดยมีเป้าหมายร่วมกันในการขับเคลื่อนสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดชุมชนหรือสังคมสุขภาวะ
6. **พลเมืองเท่าทันสื่อ** หมายถึง ผู้ใช้สื่อทั่วไปในสังคม ที่เกิดความตื่นตัวต่อการใช้และสร้างสื่ออย่างรู้เท่าทัน และการมีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์ระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ
7. **การรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล (Media Information and Digital Literacy: MIDL)** คือ ความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ วิเคราะห์ ตีความ ตรวจสอบและคิดอย่างมีวิจารณญาณ สามารถประเมินประโยชน์และโทษในการเลือกรับ ใช้ประโยชน์ และสร้างสรรค์สื่อสารสนเทศและดิจิทัลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาวะของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

4. วัตถุประสงค์

4.1 เพื่อพัฒนาเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะและกลุ่มเป้าหมายทุกช่วงเป็นผู้ใช้และผู้สร้างสรรค์สื่อที่มีทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อยุคดิจิทัล มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) มีสุขภาวะทางปัญญา และสามารถสื่อสารเพื่อขับเคลื่อนสังคมสุขภาวะ

4.2 เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบนิเวศสื่อสุขภาวะที่สมดุลโดยเกิดกลไกสื่อสารสุขภาวะและเฝ้าระวัง ตรวจสอบสื่อและข้อมูลสุขภาพในรูปแบบดิจิทัลแพลตฟอร์ม รวมถึงกลไกเชิงนโยบายด้านระบบนิเวศสื่อสุขภาวะที่สอดคล้องและเท่าทันความเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยี

4.3 เพื่อสร้างปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ในการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาของกลุ่มเป้าหมายทุกช่วงวัย โดยบูรณาการงานสุขภาวะทางปัญญากับการสร้างเสริมสุขภาพในมิติกาย ใจและสังคม

4.4 เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนและบูรณาการสู่เป้าหมาย 10 ปี ของ สสส. ผ่านกระบวนการสื่อสารในระบบนิเวศสื่อสุขภาวะและกระบวนการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา

5. แนวทางการดำเนินงาน

5.1 กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

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) เฉพาะท้องถิ่น

และส่วนกลาง รวมทั้ง เผยแพร่สื่อด้านสุขภาวะ ทั้งนี้ แกนนำด้านการสื่อสารสุขภาพจากแผนอื่น ๆ ของ สสส. สามารถเชื่อมโยงและส่งต่อเป็นกลุ่มเป้าหมายนี้ได้

3. **ผู้ใช้สื่อทุกช่วงวัย** - มุ่งให้ได้รับการพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล (MIDL) การคิดวิเคราะห์ การพัฒนาทักษะชีวิต (soft skill) ทุกช่วงกลุ่มวัย (life-course approach) ด้วยคลังข้อมูล ความรู้ (archive) และพื้นที่กลาง (platform) ในการเรียนรู้ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรมการสื่อสาร

ทั้งนี้ แผนฯ มีจุดเน้นในการดำเนินงานเป็นพิเศษ 2 ประเภท ได้แก่

1. การให้ความสำคัญกับประชากรกลุ่มเฉพาะและกลุ่มเปราะบางที่ได้รับผลกระทบต่อสุขภาวะจาก ระบบสื่อ เช่น เด็กและเยาวชน ผู้สูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ เป็นต้น
2. การทำงานกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละช่วงวัยมุ่งการเติมช่องว่างที่พบว่าเป็นปัญหาสำคัญ (pain point) ของแต่ละช่วงวัย ดังนี้
   - กลุ่มช่วงวัยเด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ มุ่งการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล (MIDL)
   - กลุ่มช่วงวัยทำงาน มุ่งการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา เพื่อลดปัญหาความเครียด ซึมเศร้า ภาวะหมดไฟในการทำงาน ฯลฯ และขยายการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายแต่ละช่วงวัย

5.2 ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

แผนฯ มุ่งสานต่อการทำให้ "กลุ่มเป้าหมายมีการสื่อสารที่เอื้อต่อการสร้างวิถีสุขภาวะ 4 มิติ" อันเป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพตามกรอบแนวคิดในแผนหลัก (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

โดยพัฒนาผู้ใช้สื่อให้เท่าทันการสื่อสารในโลกยุคใหม่ให้เป็น "ผู้ใช้สื่อที่เป็นทั้งผู้รับและ ผู้ผลิตสื่อ" (UGC) ที่มีคุณภาพ ควบคู่กับการพัฒนาทักษะชีวิต (soft skill) ที่มีความเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น และ สังคม รวมทั้ง ขยายพลังของผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในปีที่ผ่าน ๆ มา ด้วยการสานสร้างเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะที่มีจิตสำนึกการเป็นพลเมือง (active citizen) ร่วมขับเคลื่อนงานเชิงรุกในการสื่อสารเนื้อหาประเด็นสุขภาวะ 7+1 และร่วมผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายที่ดี ให้เกิดผลในทางปฏิบัติ โดยแบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็น 2 ระดับ ดังนี้

1. **นักสื่อสารสุขภาวะ** เป็นกลุ่มผู้ใช้สื่อที่ตื่นตัวและพร้อมเข้าสู่กระบวนการพัฒนาที่จัดขึ้นโดยภาคีเครือข่ายของแผน 10 เพื่อให้มีสมรรถนะการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศและดิจิทัล มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่าทันตนเอง สามารถสร้างสรรค์กระบวนการสื่อสาร และเป็นผู้สร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดชุมชนหรือสังคมสุขภาวะด้วยจิตสำนึกความเป็นพลเมือง (active citizen)

2. **พลเมืองเท่าทันสื่อ** เป็นกลุ่มผู้ใช้สื่อในวงกว้าง ครอบคลุมทุกช่วงวัย โดยแผน 10 และภาคีเครือข่ายทำหน้าที่จุดประกาย กระตุ้น สนับสนุน เหนี่ยวนำให้เข้าร่วมในกิจกรรม ปฏิบัติการ หรือกระบวนการในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างการเรียนรู้ที่จะนำไปสู่การเป็นผู้ใช้และสร้างสื่อที่มีคุณภาพ มีความรอบรู้ทางสุขภาพ และมีส่วนร่วมสร้างสรรค์ระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ

ทั้งนี้ เมื่อเชื่อมโยงเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะและพลเมืองเท่าทันสื่อให้เกิดการประสานพลังด้วยการรวมกลุ่ม การสร้างเครือข่ายระหว่างกลุ่ม และเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบทั้งในในพื้นที่กายภาพ และพื้นที่สื่อออนไลน์ จะทำให้เกิดปัจจัยที่ส่งผลต่อการสร้างสมดุลในระบบนิเวศสื่อให้เอื้อต่อสุขภาวะ ทั้งจากสถานะของผู้ใช้และสร้างสื่อที่มีคุณภาพ และในสถานะของ “พลเมือง” ที่ร่วมกำกับติดตาม เฝ้าระวัง ผลักดันให้เกิดมาตรการระดับนโยบายที่ดี

2. การมุ่งเป้าที่สภาพแวดล้อม

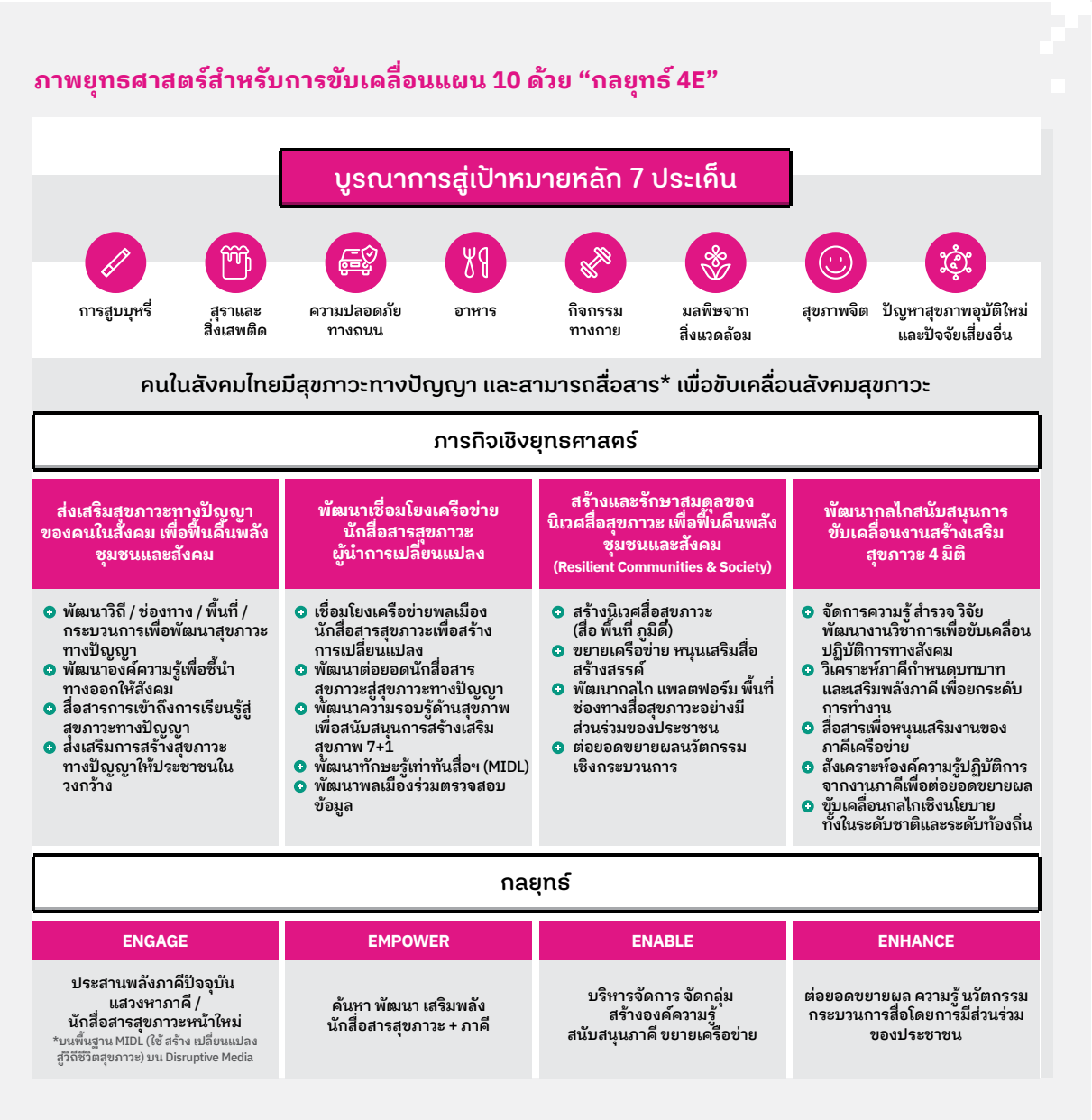
เพื่อทำให้เกิดปัจจัยเพียงพอต่อการธำรงรักษาระบบนิเวศสื่อที่สมดุลอย่างยั่งยืน ได้แก่

1. การทำให้เกิดแพลตฟอร์ม (platform) โดยการพัฒนาสาร ช่องทางสื่อสารหลากหลายลักษณะ บนพื้นฐานของการใช้เทคโนโลยีเป็นปัจจัยเอื้ออำนวยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดด และมีจำนวนมากพอสมควรเพื่อเชื่อมโยงพลัง ต่อยอด และขยายผลจากการพัฒนาผู้ใช้สื่อทุกวัยสู่นักสื่อสารสุขภาวะและพลเมืองเท่าทันสื่อ โดยสร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสาร และปฏิบัติการทางสังคมในการใช้สื่อเพื่อสุขภาวะ
2. การต่อยอดและพัฒนาให้เกิดกลไกการกำกับดูแลระบบนิเวศสื่อ โดยการขยายกลไกสื่อสารและเฝ้าระวังตรวจสอบสื่อและข้อมูลในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และการเชื่อมโยงเครือข่ายการทำงานในและข้ามพื้นที่อย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและผู้ใช้สื่อทุกช่วงวัย
3. การสนับสนุนให้เกิดกลไกเชิงนโยบายด้านระบบนิเวศสื่อสุขภาวะและสุขภาวะทางปัญญา เช่น แนวปฏิบัติ มาตรการ หรือนโยบายในระดับองค์กร ท้องถิ่น หรือระดับชาติ ที่สนับสนุนการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา ทักษะเท่าทันสื่อ หรือลดปัจจัยเสี่ยงด้านสื่อที่มีผลกระทบต่อสุขภาวะอย่างเท่าทันสถานการณ์

ทั้งนี้ ภายใต้กรอบแนวคิดการดำเนินงานของแผนฯ จึงได้ออกแบบขึ้นด้วยความตระหนักถึงสภาพความเป็นจริงที่ว่า ในระบบนิเวศสื่อสุขภาวะประกอบด้วยระบบนิเวศย่อยจำนวนมาก และกลุ่มผู้ใช้สื่อในสังคมมีความแตกต่างหลากหลายอย่างสูง การดำเนินงานจึงมีการคำนึงถึงการใช้ช่องทางสื่อสารผ่านพื้นที่กายภาพและพื้นที่สื่อออนไลน์อย่างสมดุล เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านดิจิทัล (digital divide) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเปราะบางทางด้านสุขภาพ และการลดความเหลื่อมล้ำในการเรียนรู้และพัฒนาทักษะเท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัลของคนทุกช่วงวัย

ขณะเดียวกัน แผนยังให้ความสำคัญต่อมิติของการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาแก่กลุ่มเป้าหมายแบบบูรณาการกับมิติของการสื่อสารสุขภาวะไปพร้อมกัน โดยมุ่งสร้างจิตสำนึกใหม่เพื่อการฟื้นฟูสังคม ส่งเสริมศักยภาพในการรับฟัง เพื่อสร้างความเข้าอกเข้าใจซึ่งกันและกัน สนับสนุนการให้และจิตอาสาเพื่อสังคมที่เกื้อกูล ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างจิตสำนึกใหม่อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบและโครงสร้างชุมชนและสังคมให้เอื้อต่อสุขภาวะ โดยวางน้ำหนักให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่แตกต่างไปตามช่วงวัย

ยุทธศาสตร์สำหรับการขับเคลื่อนแผน 10 ได้นำกลยุทธ์ 4E ประกอบด้วย Empower Enable Engage และ Enhance มาใช้ในการวิเคราะห์และจัดกลุ่มภาคีเครือข่ายและกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้ง การจัดการองค์ความรู้ เพื่อสร้าง ระบบนิเวศสื่อสุขภาวะที่สมดุลและยั่งยืน โดยใช้ทุนมนุษย์ องค์ความรู้ และภาคีเครือข่าย โดยแสดงภาพรวมได้ดังนี้



Empower การหนุนเสริมทั้งคนและระบบที่มีอยู่ให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น ผ่านการพัฒนาเสริมพลังเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะ ผู้นำการเปลี่ยนแปลง ร่วมสื่อสารสร้างการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ เสริมพลังการทำงานด้วยการสร้างระบบการสื่อสารให้ภาคีในทุกระดับ โดยเฉพาะการดำเนินการในรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมแบบทางราบ (horizontal society)

Enable การหนุนเสริมให้ภาคีเครือข่ายแลกเปลี่ยนข้อมูลและขับเคลื่อนงานอย่างเป็นระบบ เพื่อ เชื่อมต่องานภายในแผน 10 สู่สาธารณะ ผ่านการสนับสนุนทรัพยากร การจัดการความรู้ การ ทำงานวิจัย การสร้างความร่วมมือ และการบูรณาการงาน

Engage สานพลังขับเคลื่อนกลไกการทำงานและนโยบายอย่างมีส่วนร่วม แสวงหาเครือข่ายรูปแบบ ใหม่ ๆ ที่จะสามารถเชื่อมต่องานกับแผน 10 และ สสส. ได้ โดยเฉพาะในส่วนที่อาจมีเป้าหมายปลายทางร่วมกันเพื่อสร้างระบบนิเวศสื่อสุขภาวะและส่งเสริมสุขภาวะทางปัญญา

Enhance ต่อยอดขยายผลความรู้ นวัตกรรม กระบวนการสื่อสารโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยเน้นการใช้ประโยชน์จากดิจิทัลเทคโนโลยี รวมทั้งสร้างการตระหนักรู้ในประเด็นการเฝ้าระวัง ข้อมูลสุขภาพ (info surveillance) และหนุนเสริมการสื่อสารสุขภาวะผ่านการสื่อสารระดับกว้าง

5.3 ภาคีหลัก

ภาคีด้านสื่อภาคประชาชน อาทิ สถาบันสื่อเด็กและเยาวชน มูลนิธิสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน มูลนิธิสื่อศิลปวัฒนธรรมภาคประชาชน มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก มูลนิธิเพื่อนเยาวชนเพื่อการพัฒนา มูลนิธิอินเทอร์เน็ตร่วมพัฒนาไทย เครือข่ายวิทยุท้องถิ่น สมาคมวิทยุและสื่อเพื่อเด็กและเยาวชน มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว บริษัททำมาปัน (เพื่อสังคม) มูลนิธิคนตัวดี เครือข่าย Cofact มูลนิธิฟรีดริช เนามัน มูลนิธิสื่อสร้างสุข กลุ่ม Wearehappy มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค เครือข่ายสื่อภาคประชาชนในระดับภูมิภาค สมาคมเครือข่ายเพื่อการเรียนรู้เท่าทันดิจิทัลเทคโนโลยี

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

ภาคีด้านนโยบายที่เกี่ยวข้องกับระบบสื่อเพื่อสุขภาวะ และหน่วยงานภาครัฐที่มีนโยบายส่งเสริมสื่อสร้างสรรค์ อาทิ สำนักงานกองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ ศูนย์ประสานงานขับเคลื่อนการส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการใช้สื่อออนไลน์ สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์แห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมส่งเสริมการเรียนรู้ กรุงเทพมหานคร และเชื่อมโยงกับเครือข่ายสาธารณสุข อาทิ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กรมอนามัย กองทุนสุขภาพตำบล เขตสุขภาพเพื่อประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ภาคีพันธมิตรด้านสื่อ อาทิ องค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะ สมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย สมาคมนักข่าววิทยุและโทรทัศน์ไทย สภาการสื่อมวลชนแห่งชาติ

สภาวิชาชีพข่าววิทยุและโทรทัศน์ไทย สมาคมผู้ดูแลเว็บไทย สมาคมผู้จัดพิมพ์และผู้จำหน่ายหนังสือแห่งประเทศไทย สมาคมผู้ผลิตข่าวออนไลน์ เครือข่ายสมาคมและชมรมด้านวิชาชีพสื่อ

ภาคีด้านวิชาการ อาทิ สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล
สถาบันวิชาการด้านนิเทศศาสตร์และสื่อสารมวลชนทั่วประเทศ
สถาบันวิชาการด้านการศึกษาและเรียนรู้ ด้านสังคม ด้านวัฒนธรรม ด้านเด็กเยาวชนและครอบครัว
และด้านสุขภาวะทางปัญญา

6. งบประมาณ

รวม
200.00
ล้านบาท

กลุ่มแผนงานสร้างเสริมระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ	กลุ่มแผนงานพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา	การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ
118.00 ล้านบาท	**80.00** ล้านบาท	**2.00** ล้านบาท

แผน 11

แผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะ

1. สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

แผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะ มีพันธกิจหลักอยู่ที่การกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาวะดีขึ้นกว่าเดิม โดยแผนฯ ได้วางกลไกการกระจายโอกาสลงสู่ระดับพื้นที่ ไปยังกลุ่มบุคคล ชุมชน หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ผ่าน "หน่วยจัดการเชิงพื้นที่ (จังหวัด)" "หน่วยจัดการเชิงประเด็น" และ "หน่วยจัดการเชิงกลุ่มประชากร" ที่เป็นภาคีดำเนินงานอยู่ในพื้นที่ทั่วประเทศ ซึ่งมีส่วนสนับสนุนให้บุคคล กลุ่มบุคคล ชุมชนและหน่วยงานต่าง ๆ มีผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นรูปธรรมทั้งเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะจนประสบผลสำเร็จในการจัดการกับปัญหาของพื้นที่ เช่น การลด ละ เลิกสูบบุหรี่ การลด ละ เลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การลดอุบัติเหตุทางถนน การลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก การเพิ่มกิจกรรมทางกาย การเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ และการสร้างชุมชนเข้มแข็ง เป็นต้น อีกทั้งยังช่วยลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพโดยเฉพาะในประชากรกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ เด็กและเยาวชน ผู้สูงอายุ กลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19 ฯลฯ ให้สามารถเข้าถึงการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ อันจะทำให้เกิดสุขภาวะที่ดีทั้งในระดับตนเองและชุมชน รวมถึงสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ที่ดำเนินงานด้านสุขภาวะ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เป็นต้น เพื่อมาร่วมสนับสนุนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาวะของประชาชนในพื้นที่ ส่งผลให้ขยายพื้นที่หรือเพิ่มจำนวนผู้รับประโยชน์ได้มากขึ้น

การจัดทำแผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะประจำปี 2568 มุ่งสนับสนุนการกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ของ กองทุน แผนหลัก 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) **และห่วงโซ่ผลลัพธ์** (Chain of Outcomes) **ทั้งในระดับกองทุน และระดับแผน** โดยมุ่งหวังให้การดำเนินงานของแผนฯ สนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงโอกาสการทำงานสร้างเสริมสุขภาวะ ซึ่งจะมีส่วนลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพและสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพได้ในที่สุด **นอกจากนี้แผนฯ ยังสอดรับกับทิศทางการพัฒนาประเทศตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570)**

1.1 สถานการณ์และแนวโน้ม

การประมวลและวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการดำเนินงานของกองทุน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. **ปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะของคนไทยยังเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ** มีดังนี้ **(1) ด้านสุขภาพ** ในปี 2562 พบข้อมูลประชากรไทยสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) [115] ประมาณ 18.5 ล้านปี โดยเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.5 เท่า กลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชายมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็งและเนื้องอก และ

[115] **ปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability adjusted life years: DALYs)** เป็นดัชนีวัดสถานะสุขภาพของประชากรแบบองค์รวม โดยวัดการสูญเสียทางสุขภาพจากความเจ็บป่วย พิการ และการตายในหน่วยนับเป็นปี ซึ่งหนึ่งหน่วยปีสุขภาวะที่สูญเสีย (1 DALY) เท่ากับการสูญเสียเวลาของการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ไปจำนวน 1 ปี การสูญเสียนี้อาจเกิดจากการตายก่อนถึงวัยอันควร หรืออาจเกิดจากการมีชีวิตอยู่ด้วยความเจ็บป่วยหรือพิการ

การบาดเจ็บทางถนน ส่วนสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะเพศหญิงได้แก่ โรคมะเร็งและเนื้องอก โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวานและโรคไต [116] ซึ่งจะเห็นว่าสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Disease) โดยสามารถวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สอดคล้องกับ 7 ประเด็นเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 10 ปี ของ สสส. ที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะมากที่สุด ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่/ยาสูบ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน มลพิษจากฝุ่นละอองในอากาศ การไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ทั้งนี้ พบ**พฤติกรรมการสูบบุหรี่** ที่มีแนวโน้มการชุกตัวสูงสุดในพื้นที่ภาคใต้ ในขณะที่พื้นที่กรุงเทพมหานครมีความชุกในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงที่สุดในกลุ่มเยาวชนซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวัง **พฤติกรรมการดื่มสุรา**สูงสุดในพื้นที่ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ระดับใกล้เคียงกัน การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากพฤติกรรมการดื่มแล้วขับมากที่สุดในเขตชนบท พื้นที่ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุ มีการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการไม่สวมหมวกนิรภัยมากที่สุด **พฤติกรรมการบริโภคอาหาร** มีทั้งการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพ บริโภคผักและผลไม้ที่เพียงพอค่อนข้างต่ำโดยเฉพาะเด็กที่อายุ 6-14 ปี อยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครมากที่สุด **การมีกิจกรรมทางกาย** พบประชากรในกลุ่มเด็กเยาวชนและผู้หญิง ที่เสี่ยงต่อการมีกิจกรรมทางกายไม่พอเพียง **การเสพสารเสพติด** ยังจำเป็นในการติดตามข้อมูลสถานการณ์และงานวิชาการอย่างเนื่อง เกี่ยวกับสถานะรายการบัญชียาเสพติดที่กำลังมีความเปลี่ยนแปลง รวมถึงปริมาณการถือครองยาบ้าของผู้เสพและพฤติการณ์ของผู้เสพ เพื่อมุ่งลดจำนวนผู้เสพสารเสพติดให้ประสบความสำเร็จยิ่งขึ้น และ**ด้านสุขภาพจิต** ในปี 2564 พบข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายของคนในประเทศเท่ากับ 7.4 ต่อประชากรแสนคน สูงสุดอยู่ในกลุ่มวัยทำงาน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ [117] และจากข้อมูล ปี 2566 คนไทยมีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มสูงขึ้นจากปี 2565 โดยมีปัญหาความเครียด เสี่ยงซึมเศร้า เสี่ยงฆ่าตัวตาย และมีภาวะหมดไฟ [118] **(2) ด้านสิ่งแวดล้อม** ภาคเหนือเผชิญปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กสูงสุดในประเทศโดยสัมพันธ์กับอัตราตายจากมะเร็งปอด ในส่วนของภาคใต้มีปัญหาเรื่องการจัดการขยะมูลฝอยที่ยังกำจัดไม่ถูกต้อง [119] รวมถึงการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่ส่งผลต่อการเกิดภัยธรรมชาติ ส่งผลต่อปัญหาความเหลื่อมล้ำอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ **(3) ด้านสังคม** ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ ในขณะที่เด็กเกิดใหม่ลดลง ส่งผลกระทบระยะยาวต่อเศรษฐกิจและภาวะแรงงานในประเทศ [120] สถานการณ์ครอบครัวพบว่า จำนวนครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุอาศัยเพียงลำพังหรือมีลักษณะครอบครัวแหว่งกลางเพิ่มขึ้นกระทบต่อการใช้ชีวิตและคุณภาพชีวิตของประชากร และครอบครัวที่อยู่คนเดียวมีพฤติกรรมเสี่ยงในการดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และเสี่ยงโชคหรือเล่นพนันสูงกว่าครอบครัวลักษณะอื่น และลักษณะของครอบครัวส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ การบริโภคผักผลไม้ในกลุ่มเด็กและเยาวชน การมีกิจกรรมทางกาย และสุขภาพจิต ในขณะเดียวกันสภาพแวดล้อมโรงเรียนและที่ทำงานเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ต้องให้ความสำคัญ ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมในกลุ่มประชากรที่เผชิญสถานการณ์ปัญหาที่หลากหลาย และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่ยังต้องให้ความสำคัญต่อเนื่อง

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

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

118 สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2567). “รายงานภาวะสังคมไทยไตรมาสสี่และภาพรวมปี 2566”

119 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570)

120 ข้อมูลจาก “สถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร (รายเดือน)”, สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. เข้าถึงได้จาก https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/mainpage (สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2567)

2. **การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ยังไม่สิ้นสุด** มีผลกระทบเกิดขึ้นต่อเนื่อง ดังนี้ **(1) ด้านสุขภาพ** ยังพบปัญหาทางสุขภาพจิตด้วยสาเหตุจากปัญหาเศรษฐกิจในช่วงแพร่ระบาด ที่นำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ที่ต้องเฝ้าระวังติดตามอย่างใกล้ชิด **(2) ด้านสังคม** โรคโควิด-19 กระทบต่อบริบททางสังคมทั้งอัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อวัยแรงงานและการพึ่งพาแรงงานข้ามชาติเพิ่มขึ้น เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงาน เร่งให้ประเทศไทยเป็นสังคมพหุวัฒนธรรมอย่างรวดเร็ว ภาระโรคที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจึงหลากหลายตามความแตกต่างทางวัฒนธรรมของกลุ่มประชากร นับเป็นความท้าทายต่อการจัดระบบสุขภาพที่เหมาะสม โดยการสร้างความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพ และการพัฒนาระบบนิเวศเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิตและสร้างสื่อการเรียนรู้ที่ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง **(3) ด้านเศรษฐกิจ** การฟื้นตัวด้านเศรษฐกิจยังไม่กลับสู่ภาวะปกติ ประชาชนยังมีความเครียดสูงส่งผลต่อสุขภาพจิตจนมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย [121] การกระจายทรัพยากรสู่ในระดับชุมชนพื้นที่จึงเป็นโอกาสในการส่งเสริมให้เกิดการฟื้นตัวของระบบเศรษฐกิจในระยะยาวที่จะช่วยลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตระหว่างพื้นที่ได้ **(4) ด้านการศึกษา** มีการปรับตัวเพิ่มขึ้นจากปี 2564 จากมาตรการให้ทุนการศึกษาในกลุ่มเด็กที่ยากลำบากและการค้นหาเด็กหลุดนอกระบบกลับมา [122] แต่ผลการทดสอบระดับชาติยังคงสะท้อนให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาที่ควรให้ความสำคัญ [123] ดังนั้น เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านการศึกษา จึงจำเป็นต้องสร้างสรรค์โอกาสและส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ที่เหมาะสมตามช่วงวัย
3. **บริบทความหลากหลายและความซับซ้อนของพื้นที่เป็นความท้าทายในการจัดการสุขภาวะให้เหมาะสม** เนื่องจากแต่ละพื้นที่ของประเทศไทยมีความแตกต่างกันทั้งวิถีชีวิต เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ซึ่งนำไปสู่ความหลากหลายของปัญหาสุขภาพในมิติต่าง ๆ ตามมา กล่าวคือ **ในพื้นที่ชุมชน** ความท้าทายยังอยู่ที่การพัฒนาให้ชุมชนมีขีดความสามารถในการจัดการสุขภาวะของพื้นที่ด้วยตนเอง โดยร่วมคิด ร่วมสร้าง ร่วมดูแลและแก้ไขปัญหาทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน ร่วมมือกับองค์กรภาครัฐและภาคเอกชนสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีให้กับสมาชิกในชุมชน **ในพื้นที่เขตเมือง** การเปลี่ยนแปลงสู่การเป็นมหานครและการขยายตัวของพื้นที่เขตเมือง ก่อให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงาน เพื่อเข้าถึงโอกาสทางเศรษฐกิจและเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาด้านสภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพคนในพื้นที่ เช่น การจัดการขยะ น้ำเสีย ความแออัดและเสื่อมโทรมของที่อยู่อาศัย เป็นต้น **เขตพื้นที่เศรษฐกิจและเมือง** การพัฒนาเชิงพื้นที่เศรษฐกิจและเมืองมีการกระจุกตัวสูงซึ่งส่งผลให้หลายพื้นที่ในเมืองหลักของไทยเผชิญความท้าทายด้านการจัดการขยะ น้ำเสีย ความแออัดและเสื่อมโทรมของที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของประชากรในพื้นที่ โดยมีความซับซ้อนและมีความหลากหลายของบริบทปัญหาที่ต่างกัน จึงไม่สามารถใช้แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพแบบทั่วไปแก้ไขปัญหาสุขภาวะของประชากรในพื้นที่เศรษฐกิจและเมืองได้อย่างครอบคลุม
4. **นโยบายภาครัฐและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาวะที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานของแผน** โดยเฉพาะ**ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565** ได้วางเป้าหมายของระบบสุขภาพในระยะ 5 ปี ไว้ที่ “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ทั้งด้านสุขภาพกาย จิต ปัญญา และสังคม กับทุกกลุ่มประชากรตลอดทุกช่วงวัย ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพที่เน้นสร้างชุมชนเข้มแข็ง การสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ โดยสนับสนุนการกระจายอำนาจการจัดการสุขภาพให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดนโยบายที่คำนึงถึงคนทุกกลุ่ม

[121] กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). “รายงานดัชนีความก้าวหน้าของคน ปี 2565”. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

[122] กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566)

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

จัดตั้งกลไกควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในระดับประเทศ **นโยบายการโอนย้ายภารกิจ**สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทำให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นผู้ที่มีบทบาทหลักสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพระดับจังหวัด และแนวคิดการปรับบทบาทกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัด โดยขยายขอบเขตในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาโรคเบื้องต้น เพื่อรองรับการถ่ายโอน รพ.สต. และสนับสนุนงานด้านสุขภาพของ อบจ. ในอนาคต

5. **ความเชื่อมโยงและการตอบสนองต่อเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 10 ปี** โดยนำห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome: CoO) มาใช้ขับเคลื่อนงานให้บรรลุตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ภายใต้ทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) อย่างมีระบบ โดยสามารถติดตามและวัดผลการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม ซึ่งทั้ง 15 แผนของ สสส. จะต้องนำไปวางแผน คิดค้นและออกแบบวิธีการดำเนินงานที่สอดคล้องและเชื่อมโยงกับห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome: CoO) เพื่อให้แต่ละเป้าหมายสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ตามที่ต้องการ นอกจากนี้**การบูรณาการการทำงานสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มแผนเชิงพื้นที่ เชิงองค์กรและกลุ่มประชากร** ยังคงดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีการกำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกัน และการพัฒนาระบบงานต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนและเอื้ออำนวยให้เกิดการทำงานบูรณาการระหว่างแผน โดยแผนฯ นำร่องพัฒนากลไกหน่วยจัดการระดับเขต ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 10 เขต เพื่อทำงานร่วมกับสำนักงานเขตในการพัฒนาแกนนำชุมชนให้สามารถพัฒนาโครงการที่มีคุณภาพ เพื่อเข้าถึงแหล่งงบประมาณต่าง ๆ สำหรับนำมาแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ตลอดจนติดตามเสริมหนุนให้แกนนำมีขีดความสามารถจัดการปัญหาในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และในภาพรวมปี 2567 ได้ยกระดับการดำเนินงานจากการนำร่องกลไกหน่วยจัดการ โดยสร้างความร่วมมือกับแผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ (แผน 12) ซึ่งเป็นแผนเชิงรุกของ สสส. สำนักพัฒนาสังคม สำนักอนามัย และกรุงเทพมหานคร เพื่อทดลองดำเนินงานเชื่อมประสานงบประมาณจากแหล่งทุนอื่น ๆ ได้แก่ งบโครงการชุมชนเข้มแข็งพัฒนาตนเองตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง งบกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร เพื่อนำมาสนับสนุนการพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง ที่ลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงาน

6. **ข้อเสนอของคณะกรรมการกองทุน คณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานกองทุน และคณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ 6** ต่อทิศทางและจุดเน้นการดำเนินงานของแผนฯ มีดังนี้ **1) การกระจายโอกาส**ในพื้นที่ชุมชนเมือง และสนับสนุนให้เกิดต้นแบบการดำเนินงาน (model development) ที่มีการออกแบบการขยายผลตั้งแต่ต้น เพื่อขยายผลลัพธ์อย่างก้าวกระโดด และสร้างความยั่งยืนต่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ **2) การยกระดับและสร้างความเข้มแข็งหน่วยจัดการ** โดยให้กำหนดจุดเน้นเพื่อลดความซ้ำซ้อนการดำเนินงานของหน่วยจัดการแต่ละประเภท และกำกับติดตามการดำเนินงานของหน่วยจัดการให้มีมาตรฐาน รวมทั้งพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการให้มีขีดความสามารถในการทำงานที่ท้าทายขึ้น เช่น การพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานในระดับพื้นที่ การสร้างความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ในลักษณะของการเชื่อมทุน การเชื่อมประสานกองทุนต่าง ๆ ในพื้นที่เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ **3) การสร้างความยั่งยืนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ** โดยสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพเพื่อยกระดับการทำงาน “ร่วมทุน” ให้สามารถบูรณาการกับงานอื่น ๆ ขององค์กรร่วมทุน เช่น กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ เพื่อลดความซ้ำซ้อน เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ

ประเด็นท้าทายสำคัญที่สอดรับกับสถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง

1. ภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) จากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ อันเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) ซึ่งสอดรับกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 10 ปี มีความท้าทายในการจัดการสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องตามบริบทและความซับซ้อนของปัญหาและกลุ่มเป้าหมายที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่หลากหลาย โดยเน้นการเพิ่มขีดความสามารถระดับบุคคลและชุมชนในพื้นที่ที่ขาดโอกาสให้สามารถจัดการสุขภาวะด้วยตนเอง ส่งเสริมการจัดการปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพอันนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาวะ
2. สถานการณ์วิกฤตโควิด-19 มีผลกระทบอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีความท้าทายเรื่องการกำหนดแนวทางหรือรูปแบบการกระจายทรัพยากรสู่ระดับชุมชนหรือพื้นที่ที่เหมาะสม เพื่อทำให้เกิดระบบนิเวศที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดีและนำไปสู่การลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ โดยคำนึงถึงความสอดคล้องและความแตกต่างหลากหลายของบริบทพื้นที่ ปัญหาและความต้องการของประชากรที่หลากหลายกลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความซุกของปัญหาสุขภาพ
3. ความรอบรู้และความฉลาดรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย ซึ่งความหลากหลายของปัญหาสุขภาพและความแตกต่างกันทั้งวิถีชีวิต เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม จึงมีความท้าทายเรื่องการจัดการความรู้ การให้ข้อมูล การพัฒนาศักยภาพและการสื่อสาร ในรูปแบบที่มีความเฉพาะเจาะจงและสอดคล้องตามบริบทและความหลากหลายของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้ประชากรมีสุขภาวะดีขึ้น
4. ทิศทางการทำงานของงานสร้างเสริมสุขภาพได้รับแรงหนุนจากธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 โดยกำหนดเป้าหมายและแนวทางการขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ เพื่อให้บุคคลและชุมชนดำรงชีวิตอยู่ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ได้รับการป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างเป็นธรรม ตลอดจนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่มีพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลางและมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพอย่างกว้างขวางมากขึ้น ตลอดจนการยกระดับขีดความสามารถในการบริการสาธารณสุขปฐมภูมิที่สอดคล้องตามปัจจัยกำหนดสุขภาพของพื้นที่ และการกระจายโอกาสเพื่อให้เกิดการร่วมจัดการกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
5. การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบโจทย์พื้นที่และกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย ภายใต้สถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อความท้าทายของแผนฯ ในการออกแบบงานสนับสนุนที่จะต้องดำเนินการเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพกลไกการกระจายโอกาส การส่งเสริมการจัดการความรู้และใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อสร้างการเรียนรู้ ปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานให้ทันต่อสถานการณ์ และยกระดับการสื่อสารที่สร้างการรับรู้ข้อมูลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะของประชาชนได้ทันต่อความเปลี่ยนแปลง

1.2 สรุปผลการดำเนินงานที่สำคัญของปีที่ผ่านมา

ในช่วงที่ผ่านมา แผนฯ ได้มีการขับเคลื่อนงานที่สอดคล้องกับพันธกิจการกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพทั้งเชิงพื้นที่ เชิงประเด็น และเชิงกลุ่มประชากร สามารถเพิ่มการเข้าถึงของประชาชนในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการและสถานการณ์ปัญหาสุขภาวะของพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย และมีส่วนช่วยลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพของประชาชน เกิดผลการดำเนินงานที่สอดคล้องกับเป้าหมายตามแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) และทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ของกองทุน รวมทั้งสอดรับตามทิศทางและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการชุดต่าง ๆ ของกองทุน ที่มีบทบาทกำกับเชิงนโยบาย โดยทำให้กลุ่มเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และหน่วยจัดการมีขีดความสามารถประสานงานกับภาคีในพื้นที่เพื่อเชื่อมทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงมีหน่วยงานหรือองค์กรดำเนินงานร่วมทุน (Co-Investment) กับแผนฯ ที่มีการสมทบงบประมาณเพื่อนำไปสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ โดยผลการดำเนินงานที่สำคัญในช่วงปี 2566 – 2567 (ครึ่งปี) พร้อมทั้งช่องว่างและโอกาสการพัฒนาที่เป็นประเด็นท้าทายสำหรับการดำเนินงานของแผนฯ ในปี 2568 มีรายละเอียดดังนี้

1. ขยายและกระจายโอกาสดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพ

สามารถขยายและกระจายโอกาสผ่านกลไก “หน่วยจัดการเชิงพื้นที่ (จังหวัด)” “หน่วยจัดการเชิงกลุ่มประชากร” และ “หน่วยจัดการเชิงประเด็น” จำนวน 141 หน่วยจัดการ ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ ยกเว้นจังหวัดแม่ฮ่องสอนและภูเก็ต รวมทั้งสิ้น 2,611 โครงการ เป็นภาคีรายใหม่ร้อยละ 87 (2,275 โครงการ) โดยเป็นการกระจายโอกาสแบบมีจุดเน้น 3 ด้าน ดังนี้

1. **เพิ่มการเข้าถึงภาคีรายใหม่ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ** สนับสนุนโครงการที่มุ่งเน้นให้ภาคีรายใหม่ดำเนินโครงการในประเด็นที่สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 10 ปีของกองทุน และปัญหาสุขภาวะของพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย จำนวนทั้งสิ้น 1,988 โครงการ (คิดเป็นร้อยละ 76.14 ของโครงการที่สนับสนุนทั้งหมด) ได้แก่ ลดอัตราการบริโภคยาสูบ ลดอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานบุญงานประเพณี เพิ่มสัดส่วนการบริโภคอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ เพิ่มสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ การจัดการจุดเสี่ยงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ลดผลกระทบสุขภาพจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ฝุ่นควัน ขยะ เป็นต้น
2. **ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ** สนับสนุนโครงการที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทั้งในเชิงพื้นที่ (area) เชิงองค์กร (setting) และเชิงกลุ่มประชากร (population) จำนวนทั้งสิ้น 290 โครงการ (คิดเป็นร้อยละ 11.11 ของโครงการที่สนับสนุนทั้งหมด) ที่มีความซับซ้อนและความเฉพาะในมิติต่าง ๆ ได้แก่ **มิติเศรษฐกิจ** เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจและความเป็นอยู่พื้นฐานดีขึ้น ในพื้นที่หรือกลุ่มประชากรที่มีความยากจน และมีความเหลื่อมล้ำทางสังคมหรืออาจได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 **มิติทางสังคม** เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมของสิทธิและการเข้าถึงปัจจัยหรือระบบที่เกี่ยวข้องเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีขึ้น ได้แก่ ประชากรที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ ชุมชนเมืองไม่ขึ้นทะเบียนในกรุงเทพมหานคร เป็นต้น และ**มิติทางสุขภาพ** เพื่อให้กลุ่มที่มีความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ มีสุขภาวะและสามารถดำเนินงานชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น เช่น ผู้พิการ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพาในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นต้น
3. **สร้างความเข้มแข็งการจัดการปัญหาสุขภาวะในพื้นที่** สนับสนุนโครงการที่มุ่งเน้นการพัฒนาความเข้มแข็งแกนนำชุมชนเพื่อเป็นกลไกระดับพื้นที่ ให้สามารถรับมือและแก้ปัญหาในพื้นที่ได้อย่างรอบด้านและเท่าทันสถานการณ์ ที่มีการประสานความร่วมมือกับภาคีปฏิบัติการในพื้นที่เข้ามาร่วมดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและ

ยั่งยืน จำนวน 328 โครงการ (คิดเป็นร้อยละ 12.56 ของโครงการที่สนับสนุนทั้งหมด) เช่น โครงการชุมชนน่าอยู่ที่ขับเคลื่อนโดยกลไกสภาผู้นำชุมชน โครงการเครือข่ายภูมิเวศน์ที่ขับเคลื่อนโดยแกนนำที่มีความเฉพาะของปัญหาในพื้นที่ เป็นต้น

ผลการดำเนินงานสนับสนุนโครงการ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรายบุคคลตามปัญหาสุขภาวะ รวมทั้งสิ้น 211,442 คน (เช่น ลด ละ เลิกการสูบบุหรี่/ยาสูบ การมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคผักและผลไม้ การมีพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัยและสวมหมวกกันน็อค การคัดแยกและใช้ประโยชน์จากขยะ เป็นต้น) และ**เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพทั้งทางกายภาพ** จำนวน 1,364 โครงการ (เช่น งานบุญปลอดบุหรี่และเหล้า พื้นที่ออกกำลังกายในชุมชน การแก้ไขจุดเสี่ยงอุบัติเหตุทางท้องถนนในชุมชน แปลงปลูกผักปลอดสารเคมี พื้นที่จัดกิจกรรมสร้างสรรค์) **และสนับสนุนมาตรการทางสังคม** จำนวน 2,094 โครงการ (เช่น มาตรการ กติกาหรือข้อตกลงที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการลด ละ เลิก ยาสูบ สุรา เป็นต้น) รวมทั้ง**เกิดผลกระทบเชิงบวกทั้งในระดับบุคคลและระดับครัวเรือน** ในมิติสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยรวม และส่งผลดีทางสังคมหรือชุมชน เช่น ชุมชนเข้มแข็ง การมีความร่วมมือของกลุ่มต่าง ๆ ในพื้นที่ การสร้างแกนนำต้นแบบและแกนนำคณะทำงานที่มีศักยภาพจัดการปัญหาได้ตรงกับสภาพปัญหาและความต้องการของคนส่วนใหญ่ รวมถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เห็นได้ชัดเจน คือ การลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ เพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ทั้งในระดับบุคคล ระดับครัวเรือนและระดับชุมชน ตลอดจน**พื้นที่ต้นแบบระดับพื้นที่หรือแนวทางการปฏิบัติที่ดี** (best practice) ที่มีความโดดเด่นในการจัดการปัญหาสุขภาวะจนเกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรม และมีความพร้อมสำหรับการทดลองทำซ้ำสำหรับขยายผลร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องให้กว้างขวางขึ้น

ประเด็นท้าทายสำคัญ

การสนับสนุนในประเด็นและกลุ่มเป้าหมายที่เป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) และเป็นจุดเน้นของเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 10 ปี ตามห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome: CoO) ที่แผนฯ ยังไม่ได้สนับสนุนหรือสนับสนุนน้อยให้เพิ่มขึ้น เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ที่มีความชุกสูง ยาเสพติด เป็นต้น โดยขับเคลื่อนงานผ่านกลไกหน่วยจัดการที่มีการออกแบบการกระจายโอกาส โดยคำนึงถึงบริบทและความซับซ้อนของปัญหาและกลุ่มเป้าหมายที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่หลากหลาย

การกระจายโอกาสเพื่อ**ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพโดยเพิ่มโอกาสให้กับพื้นที่และกลุ่มประชากรที่มีความซับซ้อนของปัญหาและเผชิญความเหลื่อมล้ำในหลากหลายมิติ** ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพและสิ่งแวดล้อม เช่น ผู้สูงอายุที่ยากจนและอาศัยอยู่เพียงลำพัง ครอบครัวแหว่งกลาง เป็นต้น ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และได้รับการส่งเสริมการจัดการปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างเป็นธรรม เช่น การจัดการขยะ ความแออัดและเสื่อมโทรมของที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม เป็นต้น

การเพิ่มการสนับสนุนโครงการที่**มุ่งสร้างความเข้มแข็งในระดับพื้นที่ รวมถึงสร้างต้นแบบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ** ที่สามารถนำไปสร้างความร่วมมือกับแผนเชิงรุกของ สสส. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องให้สามารถขยายผู้ได้รับประโยชน์และผลลัพธ์การดำเนินงานอย่างกว้างขวาง ซึ่งมีความท้าทายเชิงบริหารจัดการของแผนฯ ในการออกแบบระยะเวลาการสนับสนุนทุนอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม

2. กลไกหน่วยจัดการช่วยกระจายโอกาสและเสริมหนุนการดำเนินงานในพื้นที่

โดยปัจจุบัน (ณ เดือนมิถุนายน 2567) มีหน่วยจัดการ 3 ประเภท ได้แก่ หน่วยจัดการเชิงพื้นที่ (จังหวัด) หน่วยจัดการเชิงกลุ่มประชากร และหน่วยจัดการเชิงประเด็น **รวมทั้งสิ้น 141 แห่ง** ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ ยกเว้นจังหวัดแม่ฮ่องสอนและภูเก็ต ทำหน้าที่เป็นกลไกกระจายโอกาส พัฒนาศักยภาพและติดตามเสริมพลังบุคคล ชุมชน หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ให้ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในมิติการกระจายโอกาสอย่างทั่วถึงและช่วยลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพที่ได้รับการจัดการปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างเป็นธรรม **ผลการติดตามและประเมินผลหน่วยจัดการ** จำนวน 141 แห่ง พบว่าหน่วยจัดการจำนวน 134 แห่ง (ร้อยละ 95.03) มีขีดความสามารถบริหารจัดการเชิงผลลัพธ์ในเกณฑ์ที่ดี ครอบคลุมการพัฒนาโครงการที่แสดงถึงผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมหรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และนำบันไดผลลัพธ์เป็นเครื่องมือสำหรับติดตามและหนุนเสริมชุมชนเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย โดยสามารถจัดทำข้อมูลผลลัพธ์ชัดเจนน่าเชื่อถือที่มีข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ นอกจากนี้พบว่า ในปี 2566 มีหน่วยจัดการที่สามารถยกระดับการทำงาน และสามารถเชื่อมประสานและสร้างความร่วมมือกับกลไกหรือหน่วยงานในพื้นที่เพื่อมาสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ใน 2 รูปแบบ ได้แก่ **1) การเชื่อมประสานเชิงกิจกรรม** เช่น หน่วยจัดการเด็กและเยาวชน ที่สามารถร่วมจัดกิจกรรมกับหน่วยงานในพื้นที่ที่มีบทบาทสอดคล้องกับการพัฒนาสุขภาวะเด็กเยาวชน เป็นต้น **2) การเชื่อมทุนและสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานแบบมีแผนร่วม (Co-plan)** ทำให้เกิดการกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวาง จำนวน 115 โครงการ/กิจกรรม โดยใช้งบประมาณจากหน่วยงานในพื้นที่ เช่น กองทุนสุขภาพตำบล สมัชชาสุขภาพจังหวัด กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สภาเด็กและเยาวชนระดับตำบล เป็นต้น รวมทั้งมีหน่วยจัดการที่มีศักยภาพพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานเพื่อนำไปสร้างความร่วมมือขยายผลกับหน่วยงานในพื้นที่ เช่น หน่วยจัดการระดับจังหวัดที่มีจุดเน้นสำคัญ (Flagship Node) จังหวัดลำปาง ชัยนาท นครพนม สุรินทร์ และอุบลราชธานี เป็นต้น นอกจากนี้แผนฯ ได้สร้างเครือข่ายหน่วยจัดการผ่านกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยจัดการ การพัฒนาช่องทางสื่อสารออนไลน์ และพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับภูมิภาคและระดับประเทศ ทำให้เกิดความร่วมมือในลักษณะเครือข่ายที่มีการเชื่อมโยงและหนุนเสริมการดำเนินงานซึ่งกันและกันในประเด็นการบริหารหน่วยจัดการ

ประเด็นท้าทายสำคัญ

แม้ว่าหน่วยจัดการจะมีศักยภาพในการเป็นกลไกกระจายโอกาสสู่พื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเข้าถึงพื้นที่ใหม่ๆ หรือกลุ่มต่าง ๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงแหล่งทุน แต่ยังมีข้อท้าทายในกระจายโอกาสใน**ประเด็นและกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะ** (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) รวมถึง**การพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการให้สามารถออกแบบการกระจายโอกาสและการพัฒนาศักยภาพสร้างความเข้มแข็งชุมชน** ตามความเฉพาะและเหมาะสมกับพื้นที่หรือกลุ่มประชากร ที่มีความซับซ้อนของปัญหาและเผชิญความเหลื่อมล้ำในหลากหลายมิติ เช่น ผู้สูงอายุที่ยากจนและอาศัยอยู่เพียงลำพัง ครอบครัวแหว่งกลาง เป็นต้น รวมถึง**การสนับสนุนและยกระดับหน่วยจัดการที่มีศักยภาพหรือพัฒนาการสูงในการทำงานท้าทายมากขึ้น** เช่น การพัฒนาพื้นที่ต้นแบบที่สามารถขยายผลได้ การสร้างความร่วมมือในลักษณะการเชื่อมทุนกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (เช่น ภาคียุทธศาสตร์ ภาคีปฏิบัติการ) หรือแหล่งทุนในพื้นที่ เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เป็นต้น เพื่อขยายผู้ได้รับประโยชน์และผลลัพธ์การดำเนินงานอย่างกว้างขวาง ซึ่งมีความท้าทายในการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุน**การพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการที่สอดคล้องกับบทบาทภารกิจที่ยกระดับเพิ่มขึ้น** ให้สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติการและสร้างการเรียนรู้กับพื้นที่ได้จริง โดยเฉพาะทักษะการถอดบทเรียนพื้นที่ต้นแบบ การสร้าง

การเรียนรู้กับภาคีเครือข่ายเพื่อนำสู่ความร่วมมือการเชื่อมทุนที่มีแผนร่วม (Co-plan) ตลอดจน**การกำกับติดตามการดำเนินงานของหน่วยจัดการให้เป็นไปตามมาตรฐาน** สามารถบริหารจัดการงานและงบประมาณถูกต้องตามระเบียบหรือคู่มือการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ แม้ว่าจะมีเครือข่ายหน่วยจัดการที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้บทเรียนการบริหารจัดการ แต่ยังมี**ความท้าทายการยกระดับเครือข่ายหน่วยจัดการ** ให้มีการแลกเปลี่ยนบทเรียนการจัดการปัจจัยคุกคามสุขภาวะในแต่ละประเด็นที่มีความซับซ้อนและความหลากหลายของกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงการสร้างความร่วมมือของหน่วยจัดการร่วมขับเคลื่อนสุขภาวะในเชิงประเด็นหรือเชิงพื้นที่

3. การสร้างความร่วมมือในลักษณะเชื่อมทุนหรือร่วมทุนกับหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ในปี 2567 แผนฯ ได้**สร้างความร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด** จำนวน 12 แห่ง ได้แก่ น่าน อุทัยธานี สกลนคร หนองบัวลำภู พัทลุง สตูล ปัตตานี อ่างทอง สิงห์บุรี ขอนแก่น ลำปาง สงขลา เพื่อดำเนินงานในลักษณะร่วมทุน (Co-investment) โดยมีการสมทบงบประมาณร่วมดำเนินงานกับ สสส. จำนวน 13,500,000 บาท มีการจัดกลไกการบริหารจัดการร่วมกัน โดยใช้ชื่อว่า “คณะกรรมการบริหารแผนงานร่วมทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาวะในพื้นที่” และสามารถสนับสนุนกิจกรรมหรือโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาของแต่ละพื้นที่ เช่น ผู้สูงอายุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยาเสพติด เด็กและเยาวชน อาหารปลอดภัย เป็นต้น จำนวนไม่น้อยกว่า 400 โครงการ

นอกจากนี้แผนฯ ได้สร้าง**ความร่วมมือกับสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร** ในการพัฒนากลไกหน่วยจัดการระดับเขต นำร่องจำนวน 10 เขต ได้แก่ บางซื่อ สายไหม ดอนเมือง วังทองหลาง บึงกุ่ม บางกะปิ ธนบุรี ภาษีเจริญ บางคอแหลม และลาดพร้าว เพื่อพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการค้นหาปัญหาชุมชน และพัฒนาโครงการที่สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ ตลอดจนการติดตามหนุนเสริมชุมชนให้สามารถดำเนินงานที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะ รวมถึงการเชื่อมประสานกับแหล่งงบประมาณต่าง ๆ ของกรุงเทพมหานคร เพื่อนำมาสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชน ทำให้ประชาชนเข้าถึงแหล่งงบประมาณ 3 แหล่งทุน ได้แก่ งบประมาณโครงการชุมชนเข้มแข็งพัฒนาตนเองตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร และงบประมาณกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อดำเนินงานแก้ไขปัญหาตามความต้องการ จำนวน 593 โครงการ และจากบทเรียนการดำเนินงานที่ผ่านมาทางกรุงเทพมหานครเห็นชอบการพัฒนาต่อยอดโดยสนับสนุนการดำเนินงานนำร่อง จำนวน 2 เขต ได้แก่ เขตลาดพร้าวและเขตภาษีเจริญ เพื่อเชื่อมประสานการดำเนินงานและงบประมาณจาก 3 แหล่งทุน นำมาสนับสนุนการพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง ลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงาน รวมทั้งได้กำหนดเป็นจุดเน้นการบูรณาการทำงานสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มแผนเชิงพื้นที่ เชิงองค์กรและกลุ่มประชากร ในปี 2568 ที่สร้างความร่วมมือกับแผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ (แผน 12) สำนักพัฒนาสังคม สำนักอนามัย และกรุงเทพมหานคร

ประเด็นท้าทายสำคัญ

การสนับสนุนและขับเคลื่อนให้หน่วยงานหรือองค์กรที่แผนฯ ดำเนินการในลักษณะร่วมทุน โดยเฉพาะองค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อให้มีศักยภาพในการเป็นองค์กรที่มีความรู้และทักษะในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับจังหวัด และพัฒนาศักยภาพโดย**นำบทเรียนการทำงานเชิงกระจายโอกาสและการบริหารจัดการเชิงผลลัพธ์มาเรียนรู้เพื่อออกแบบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เปลี่ยนแปลง**

พฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น รวมถึงการ**ขยายความร่วมมือไปยังส่วนงานอื่นขององค์กรนอกเหนือจากกองสาธารณสุข** เพื่อเข้ามาสนับสนุนการดำเนินงานและร่วมมือกันเพื่อเป็นภารกิจขององค์กร ตลอดจนการ**เชื่อมประสานการดำเนินงานกับ "กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด"** ที่อยู่ระหว่างการปรับบทบาทกองทุนให้ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ เพื่อร่วมกันสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่หนุนเสริมซึ่งกันและกัน ในส่วนการร่วมทุนกับองค์กรสาธารณประโยชน์ มุ่งสนับสนุนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงเชิงประเด็นสุขภาพที่สามารถสร้างต้นแบบการดำเนินงานระดับพื้นที่เพื่อขยายผลให้กว้างขวาง สำหรับการเชื่อมทุนกับกรุงเทพมหานครในการทดลองนำร่องเชื่อมประสานการดำเนินงานและงบประมาณจาก 3 แหล่งทุน มีข้อท้าทายเรื่อง**แผนร่วมหรือกลไกคณะทำงานร่วมระหว่าง 3 แหล่งทุนในระดับเขต** ที่สามารถบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพ (คน งาน เงิน และทรัพยากรต่าง ๆ) เพื่อสนับสนุนการแก้ปัญหาตามแผนชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความซ้ำซ้อน และเสริมหนุนการดำเนินงานซึ่งกันและกัน รวมถึงความท้าทายที่จะร่วมมือกัน**สรุปบทเรียนการดำเนินงานพื้นที่นำร่อง** เพื่อให้ได้ข้อเสนอสำคัญสำหรับแก้ไขอุปสรรค ข้อจำกัดการดำเนินงานในระดับนโยบาย และข้อเสนอแนวทางการการขยายผลการดำเนินงานไปยังเขตอื่น ๆ

4. การพัฒนาระบบสนับสนุนการดำเนินงาน

การพัฒนา**งานประเมินผล** มีทีมประเมินผล จำนวน 20 ทีม ที่สามารถสร้างการเรียนรู้และพัฒนาหน่วยจัดการครอบคลุม 141 หน่วยจัดการ (คิดเป็นร้อยละ 100 ของหน่วยจัดการทั้งหมด) และทำหน้าที่ติดตามหนุนเสริมสะท้อนผลการดำเนินงานของหน่วยจัดการ **งานพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการ** ทุกหน่วยจัดการได้รับการพัฒนาศักยภาพใน 3 ชุดความรู้หลัก ได้แก่ การพัฒนาข้อเสนอโครงการ การติดตามประเมินผลเพื่อการพัฒนา และการถอดบทเรียนการดำเนินงาน ผ่านการดำเนินงานโดยทีมประเมินผล และทีมวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญ รวมถึงได้รับการพัฒนาศักยภาพที่จำเป็นอื่น ๆ ที่ช่วยเสริมหนุนการดำเนินงานตามภารกิจ เช่น การวิเคราะห์ภาคียุทธศาสตร์ การผลิตสื่อดิจิทัล การสื่อสารสาธารณะ เป็นต้น **งานสื่อสารสาธารณะ** ได้พัฒนาช่องทางการสื่อสารผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ (social media) ปัจจุบันมีผู้ติดตามจำนวน 32,123 คน (เพิ่มขึ้นจากปี 2566 จำนวน 4,123 คน) เป็นช่องทางสร้างแรงบันดาลใจและเสริมพลังการทำงานในกลุ่มประชาชนทั่วไปและภาคีเครือข่าย โดยนำเสนอผลงานและแนวทางปฏิบัติที่เป็นต้นแบบการดำเนินงาน รวมถึงข้อมูลข่าวสารความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ทันต่อเหตุการณ์ นอกจากนี้สามารถผลักดันให้หน่วยจัดการเป็นผู้สื่อสารผลการดำเนินงานได้ด้วยตนเอง **งานจัดการความรู้** ได้จัดการความรู้ที่มุ่งหวังการขยายผลต้นแบบการดำเนินงาน ได้แก่ ชุมชนน่าอยู่โดยกลไกสภาผู้นำชุมชน โดยนำเสนอบทเรียนและความสำเร็จในรูปแบบหนังสือ เพื่อสร้างแรงบันดาลใจและแนวปฏิบัติที่สามารถนำไปดำเนินการได้ นอกจากนี้ยังมีการจัดทำเนื้อหาเพื่อจัดการเรียนรู้แนวใหม่ หรือ micro learning โดยผลิตเป็นสื่อดิจิทัลแบบสั้นกระชับ เน้นการเรียนรู้ด้วยตัวเอง (self-learning) โดยเริ่มจากเรื่องการพัฒนาข้อเสนอโครงการ (project development) เพื่อให้หน่วยจัดการสามารถทบทวนความรู้ในระยะเวลาอันสั้นก่อนนำไปสร้างการเรียนรู้กับแกนนำชุมชน

ประเด็นท้าทายสำคัญ

การพัฒนาระบบสนับสนุนจะต้องดำเนินการเชิงรุกอย่างต่อเนื่องและเท่าทันต่อสถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานแผนฯ และหน่วยจัดการ โดยเฉพาะการดำเนินสร้างเสริมสุขภาพที่มีความซับซ้อนและความแตกต่างหลากหลายของพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงการยกระดับการทำงานของหน่วยจัดการ กล่าวคือ **การพัฒนางานประเมินผล** โดยพัฒนาเครือข่ายนักประเมินผล และพัฒนาศักยภาพทีมประเมิน

ผลอย่างต่อเนื่อง สามารถทำงานได้มีคุณภาพตามมาตรฐาน ซึ่งต้องมีการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ เพิ่มความรู้และทักษะการประเมินในการใช้ข้อมูลผลประเมินเพื่อการหนุนเสริมและพัฒนาหน่วยจัดการที่แตกต่างกันตามความคาดหวังและภารกิจเฉพาะของแต่ละประเภทหน่วยจัดการ ตลอดจนการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ผู้เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากผลการประเมินได้อย่างมีประสิทธิภาพ **งานพัฒนาศักยภาพ** การพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการให้มีความสามารถในการดำเนินงานได้ตามบทบาทภารกิจที่คาดหวังแตกต่างกัน โดยการประเมินคุณภาพเนื้อหาและกระบวนการพัฒนาศักยภาพ เพื่อนำมาวางแผน ออกแบบการพัฒนาปรับรูปแบบและชุดความรู้เดิมหรือเพิ่มเติมชุดความรู้ใหม่ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป เช่น การพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ การวิเคราะห์ภาคียุทธศาสตร์และเชื่อมประสานความร่วมมือ ความรู้เชิงประเด็นเพื่อจัดการปัจจัยคุกคามสุขภาพ เป็นต้น รวมถึงการจัดการข้อมูลเชิงสมรรถนะของผู้เข้าอบรมพัฒนาศักยภาพ ทั้งเชิงความรู้ความเข้าใจ การนำชุดความรู้ไปใช้เพื่อสร้างการเรียนรู้กับชุมชน **งานสื่อสาธารณะ** มุ่งเพิ่มการสื่อสารความรอบรู้ด้านสุขภาพเน้นประเด็นที่เป็นปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาวะ และความรู้เท่าทันต่อการคุกคามและความปลอดภัยทางดิจิทัลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยพยายามให้มีวิธีการหลากหลายเพื่อกระตุ้นการรับรู้ รวมทั้งการใช้ประโยชน์จากผลงานสื่อสารในการเสริมพลังพื้นที่และเชื่อมร้อยเครือข่ายการทำงานในพื้นที่ ให้สามารถหนุนเสริมการทำงานซึ่งกันและกันให้มากยิ่งขึ้น **งานจัดการความรู้** เพิ่มการสังเคราะห์บทเรียนกลไกหน่วยจัดการ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของแผนฯ ในการกระจายโอกาสและสร้างความร่วมมือกับภาคี เพื่อให้ได้วิธีการหรือรูปแบบการดำเนินงานของหน่วยจัดการ ที่สามารถขยายผลไปยังหน่วยงานอื่นๆ ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ และสร้างความร่วมมือให้หน่วยงานในพื้นที่สนับสนุนงบประมาณให้แก่ประชาชนดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

2. จุดเน้นของแผน

2.1 ขยายและกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

เพิ่มการเข้าถึงของประชาชนในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและสังคม โดยมุ่งเน้นการกระจายโอกาสไปยังภาคีรายใหม่ และกลุ่มประชากรที่มีความซับซ้อนของปัญหาและเผชิญความเหลื่อมล้ำในหลากหลายมิติ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพและสิ่งแวดล้อม เพื่อดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สอดคล้องกับ 7 ประเด็นเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 10 ปี และเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) เพื่อให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะที่คำนึงถึงความซับซ้อนและความเฉพาะของกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ มีหน่วยจัดการเป็นกลไกการกระจายโอกาสใน 3 ลักษณะ ได้แก่

1. **เชิงพื้นที่และองค์กร** มุ่งเน้นการกระจายให้ครอบคลุมพื้นที่ และกระจายไปยังพื้นที่และองค์กรที่เข้าไม่ถึงการดำเนินงานของแผนฯ หรือเป็นพื้นที่และองค์กรที่มีความชุกของปัญหา เช่น ชุมชนเมือง ชุมชนแออัด ชุมชนเสื่อมโทรม เป็นต้น เพื่อลดผลกระทบความรุนแรงของสถานการณ์ปัญหาในภาพรวมของประเทศ โดยมุ่งเน้นการจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีความซับซ้อนและหลากหลาย มีความแตกต่างของบริบทพื้นที่

2. **เชิงประเด็น** มุ่งเน้นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สอดคล้องกับ 7 ประเด็นเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 10 ปี และเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) โดยให้ความสำคัญกับประเด็นที่แผนฯ ยังไม่ได้สนับสนุนหรือสนับสนุนน้อยให้เพิ่มขึ้น เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่และยาสูบ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน มลพิษจากฝุ่นละอองในอากาศ การไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ เป็นต้น โดยสนับสนุนการเข้าถึงความรู้และการพัฒนาทักษะที่สอดคล้องกับประเด็นสุขภาวะ เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล
3. **เชิงกลุ่มเป้าหมาย** มุ่งเน้นกลุ่มประชากรที่มีความซับซ้อนของปัญหาและเผชิญความเหลื่อมล้ำในหลากหลายมิติ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพและสิ่งแวดล้อม เช่น กลุ่มเปราะบาง กลุ่มผู้สูงอายุที่ยากจนและอาศัยอยู่เพียงลำพัง กลุ่มเด็กและเยาวชน กลุ่มชาติพันธุ์ เป็นต้น เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และได้รับการส่งเสริมการจัดการปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างเป็นธรรม รวมถึงการเปิดโอกาสสนับสนุนคนรุ่นใหม่ให้เข้ามามีส่วนร่วมการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพที่สร้างสรรค์

นอกจากนี้ แผนฯ ให้ความสำคัญที่จะสนับสนุนโครงการที่มีศักยภาพในระดับพื้นที่ให้สามารถดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งเน้นการพัฒนาความเข้มแข็งแกนนำชุมชนให้เป็นกลไกระดับพื้นที่ที่เข้มแข็งและสามารถรับมือและจัดการปัญหาสุขภาวะได้อย่างรอบด้านและเท่าทันสถานการณ์ รวมถึงสนับสนุนการพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานในกลุ่มเป้าหมายและประเด็นที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาวะภาพรวมของประเทศ ตลอดจนการขยายผลต้นแบบการดำเนินงานที่มีการสร้างการเรียนรู้และความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและผู้เกี่ยวข้อง

2.2 พัฒนาและยกระดับขีดความสามารถหน่วยจัดการ

มุ่งพัฒนาและยกระดับหน่วยจัดการให้สามารถกระจายโอกาสให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สอดคล้องกับ 7 ประเด็นเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 10 ปี หรือเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) รวมถึงยกระดับการทำงานของหน่วยจัดการเพื่อพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานที่สามารถขยายผลได้ สามารถสร้างความร่วมมือในลักษณะการเชื่อมทุนและทรัพยากรอื่น ๆ กับภาคีเครือข่ายหรือแหล่งทุนในพื้นที่เพื่อขยายผู้ได้รับประโยชน์และผลลัพธ์การดำเนินงานอย่างกว้างขวาง ตลอดจนการพัฒนาเครือข่ายหน่วยจัดการเพื่อหนุนเสริมการดำเนินงานซึ่งกันและกัน และสร้างความร่วมมือของหน่วยจัดการร่วมขับเคลื่อนสุขภาวะในเชิงประเด็นหรือเชิงพื้นที่

2.3 พัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการร่วมทุน

มุ่งสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพหน่วยงานหรือองค์กรที่ร่วมทุนแผนฯ ให้สามารถกระจายโอกาสแบบมียุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่และสามารถสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนสามารถบริหารทรัพยากรร่วมทุนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยนำต้นทุนการดำเนินงานที่มีอยู่เดิมมาออกแบบการขับเคลื่อนงาน รวมถึงการเชื่อมประสานกับกองทุนต่าง ๆ ที่มีอยู่ในจังหวัด และประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสุขภาวะมาร่วมขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ

2.4 เพิ่มประสิทธิภาพระบบสนับสนุน

เพื่อรองรับจุดเน้นและทิศทางการดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานปี 2568 มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพทีมประเมินผลอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและนำข้อมูลผลประเมินมาหนุนเสริมและพัฒนาหน่วยจัดการที่แตกต่างกันตามความคาดหวังและภารกิจเฉพาะของแต่ละประเภทหน่วยจัดการ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการให้มีความสามารถในการดำเนินงานได้ตามบทบาทภารกิจที่แตกต่างกัน โดยมีการทบทวนและปรับปรุงรูปแบบและชุดความรู้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการพัฒนาศักยภาพ และการสื่อสารสาธารณะ เพื่อเสริมพลังและเชื่อมร้อยเครือข่ายการทำงานในพื้นที่ ตลอดจนการจัดการความรู้บทเรียนกลไกหน่วยจัดการซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการกระจายโอกาส รวมถึงบทเรียนต้นแบบการดำเนินงานในระดับพื้นที่เพื่อการขยายผลให้กว้างขวาง

3. เป้าหมายการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก

1. โครงการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและ/หรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ไม่น้อยกว่า 2,200 โครงการ โดยเป็นโครงการของภาคีรายใหม่ **ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70**

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนสอดคล้องกับประเด็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาวะที่เป็นปัญหาของพื้นที่ **ไม่น้อยกว่าร้อยละ 45 ของจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ**

3. การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางกายภาพหรือทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชนที่สอดคล้องกับประเด็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาวะที่เป็นปัญหาของพื้นที่ **ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของโครงการที่ได้รับการสนับสนุน**

4. หน่วยจัดการที่มีบทบาทในการกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ สามารถขยายบทบาทให้เกิดการเชื่อมประสานความร่วมมือกับหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาสุขภาวะของพื้นที่ **ไม่น้อยกว่า 3 แห่ง**

5. หน่วยงานหรือองค์กรที่มีการดำเนินงานลักษณะร่วมทุน (Co-Investment) กับแผนฯ ในปี 2567 มีขีดความสามารถในการกระจายโอกาสแบบมียุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่และสามารถสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย **จำนวน 5 แห่ง**

ตัวชี้วัดร่วม

กลไกคณะทำงานหรือแผนการดำเนินงานร่วมของหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องในระดับเขตของกรุงเทพมหานคร เพื่อนำมาร่วมกันสนับสนุนการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 2 เขตนำร่อง โดยเป็นการดำเนินการร่วมมือกันระหว่างแผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะ (แผน 11) และแผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ (แผน 12)

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

1. **การกระจายโอกาส** หมายถึง การกระจายทุนในการสนับสนุน การกระจายความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ และการกระจายโอกาสในการพัฒนาหนุนเสริมความเข้มแข็งให้แก่หมู่บ้าน/ชุมชนและกลุ่มเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาสุขภาวะในพื้นที่
2. **หน่วยจัดการ** หมายถึง หน่วยงาน องค์กร หรือกลุ่มบุคคลที่ทำงานร่วมกับแผนฯ ในเป้าหมายและภารกิจที่แผนฯ ออกแบบไว้ ได้แก่ การค้นหาภาคีรายย่อยเพื่อกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพและติดตามโครงการย่อยให้สามารถดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ และเกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนด
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
7. **ปีสุขภาวะที่สูญเสีย** (Disability adjusted life years: DALYs) หมายถึง ดัชนีวัดสถานะสุขภาพของประชากรแบบองค์รวม โดยวัดการสูญเสียทางสุขภาพจากความเจ็บป่วย พิการ และการตายในหน่วยนับเป็นปี ซึ่งหนึ่งหน่วยปีสุขภาวะที่สูญเสีย (1 DALY) เท่ากับการสูญเสียเวลาของการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ไปจำนวน 1 ปี การสูญเสียนี้อาจเกิดจากการตายก่อนถึงวัยอันควร หรืออาจเกิดจากการมีชีวิตอยู่ด้วยความเจ็บป่วยหรือพิการ
8. **พื้นที่ต้นแบบ** หมายถึง พื้นที่ที่มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพซึ่งสามารถแสดงผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการเรียนรู้และขยายผลในวงกว้าง หรือเพื่อสร้างผลสำเร็จซ้ำในลักษณะ

เดียวกันหรือคล้ายคลึงกัน โดยมีการวิเคราะห์ให้เห็นองค์ประกอบภายใน กระบวนการและขั้นตอน ปัจจัยเงื่อนไข และบริบทที่ส่งผลต่อความสำเร็จ โดยอาจมีการประเมินความเหมาะสมเพื่อนำไปขยายผลได้

9. **การขยายผล** หมายถึง การนำความรู้ ผลงาน ต้นแบบ กลไก หรือแนวปฏิบัติที่ดี ไปกำหนดเป็นนโยบาย ขับเคลื่อนการดำเนินงาน หรือทดลองใช้ในพื้นที่อื่น ๆ

4. วัตถุประสงค์

4.1 เพื่อขยายและกระจายโอกาสที่เพิ่มการเข้าถึงการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในการจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพ และลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและสังคมที่มีความซับซ้อนและแตกต่างหลากหลายของกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ได้ตามเป้าหมายโครงการ

4.2 เพื่อเพิ่มขีดความสามารถและยกระดับสมรรถนะหน่วยจัดการให้สามารถกระจายโอกาสให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 10 ปี หรือเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) และยกระดับการทำงานเพื่อพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานและสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายหรือแหล่งทุนในพื้นที่

4.3 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการร่วมทุนในการกระจายโอกาสแบบมียุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่และสามารถสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนสามารถบริหารทรัพยากรร่วมทุนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.4 เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบสนับสนุนการดำเนินงานสร้างสรรค์โอกาสที่สามารถช่วยสนับสนุนความสำเร็จตามเป้าหมายและจุดเน้นของแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

5. แนวทางการดำเนินงาน

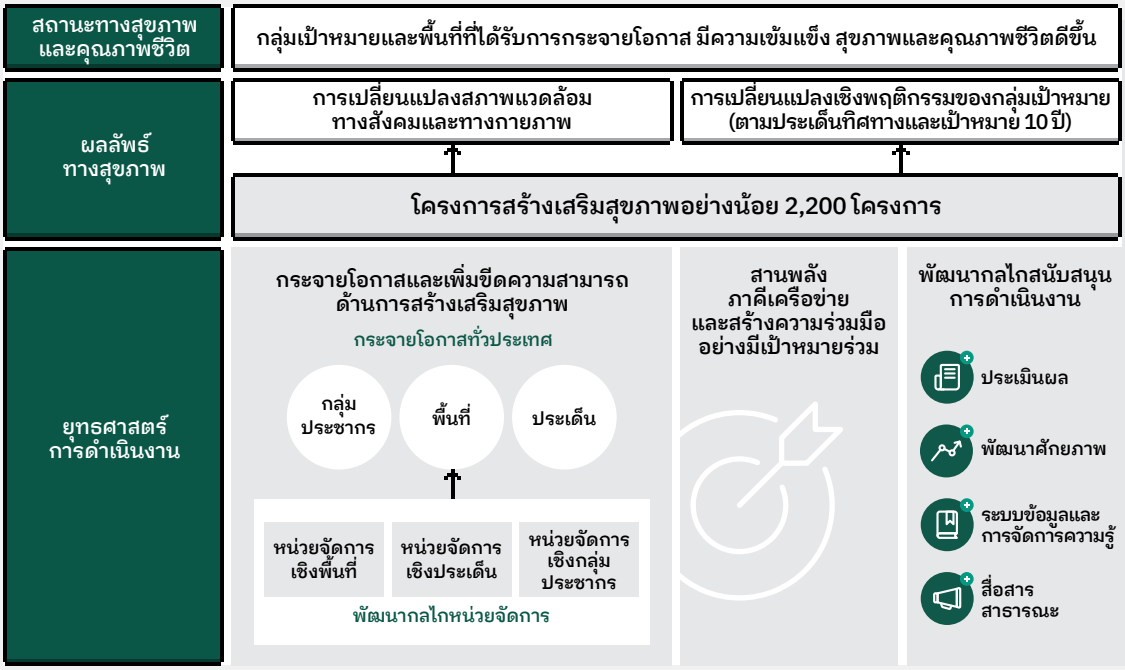
5.1 กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

แผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะกำหนดกรอบแนวคิดการดำเนินงาน ประจำปี 2568 ดังภาพ โดยกำหนดเป้าหมายการกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพไปยังพื้นที่หรือกลุ่มประชากรที่มีความเหลื่อมล้ำในมิติต่าง ๆ จำนวนไม่น้อยกว่า 2,200 โครงการ มุ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ตามประเด็นทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 - 2574) ของ สสส. หรือประเด็นสุขภาวะอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาของพื้นที่

ในการนี้ แผนฯ ได้กำหนดยุทธศาสตร์ดำเนินงานกระจายโอกาสผ่านกลไกหน่วยจัดการ ทั้ง “หน่วยจัดการเชิงพื้นที่ (จังหวัด)” “หน่วยจัดการเชิงประเด็น” และ “หน่วยจัดการเชิงกลุ่มประชากร” ซึ่งเป็นภาคีดำเนินงานอยู่ในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ โดยจะมีการพัฒนาขีดความสามารถหน่วยจัดการและประชาชนกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงยุทธศาสตร์การสานพลังเครือข่ายและสร้างความร่วมมืออย่างมีเป้าหมายกับหน่วยงานต่าง ๆ

ที่มีบทบาทการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันการศึกษาในพื้นที่ ฯลฯ ตลอดจนการพัฒนากลไกสนับสนุนการดำเนินงาน ทั้งในส่วนการติดตามประเมินผล การพัฒนาศักยภาพภาคี การพัฒนาระบบข้อมูล และการสื่อสาธารณะ ซึ่งจะมีส่วนช่วยสนับสนุนให้การดำเนินงานของหน่วยจัดการ และประชาชนกลุ่มเป้าหมายสามารถดำเนินงานจนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพในพื้นที่ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้

กรอบแนวคิดแผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะประจำปี 2568



5.2 ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

แผนฯ ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ จุดเน้นและเป้าหมายที่กำหนดไว้ในปี 2568 โดยจัดเป็น 3 กลุ่มแผนงาน ดังนี้

1. กลุ่มแผนงานสร้างสรรค์โอกาสและขยายภาคี

1. สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มการเข้าถึงและลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ

- สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นขยายโอกาสในพื้นที่และองค์กรที่เข้าไม่ถึงการดำเนินงานของแผนฯ หรือเป็นพื้นที่และองค์กรที่มีความชุกของปัญหา เพื่อลดผลกระทบความรุนแรงของสถานการณ์ปัญหาในภาพรวมของประเทศ เช่น ชุมชนเมือง ชุมชนแออัด ชุมชนเสื่อมโทรม เป็นต้น
- เพิ่มการสนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมประเด็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สอดคล้องกับ 7 ประเด็นเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 10 ปี ตามห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome: CoO) และเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) ที่แผนฯ ยังไม่ได้สนับสนุนหรือสนับสนุนน้อยให้เพิ่มขึ้น เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่/ยาสูบ

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน มลพิษจากฝุ่นละอองในอากาศ การไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ เป็นต้น

- เพิ่มการสนับสนุนโครงการไปยังกลุ่มประชากรที่มีความซับซ้อนของปัญหาและเผชิญความเหลื่อมล้ำในหลากหลายมิติ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพและสิ่งแวดล้อม เช่น กลุ่มเปราะบาง กลุ่มผู้สูงอายุที่ยากจนและอาศัยอยู่เพียงลำพัง กลุ่มเด็กและเยาวชน กลุ่มชาติพันธุ์ เป็นต้น เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และได้รับการส่งเสริมการจัดการปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างเป็นธรรม
- เพิ่มการสนับสนุนโครงการสร้างสุขภาพที่สร้างความเข้มแข็งชุมชน โดยมุ่งเน้นการพัฒนาความเข้มแข็งแกนนำชุมชนให้เป็นกลไกระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ที่สามารถรับมือและจัดการปัญหาสุขภาวะได้อย่างรอบด้านและเท่าทันสถานการณ์
- สนับสนุนโครงการที่มุ่งพัฒนาพื้นที่ต้นแบบเชิงประเด็นหรือเชิงกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมและสอดคล้องตามสถานการณ์ปัญหาสุขภาวะภาพรวมของประเทศ และสนับสนุนและส่งเสริมการนำต้นแบบการดำเนินงานที่แผนฯ มีอยู่ในปัจจุบัน นำมาขับเคลื่อนและขยายผลในพื้นที่อื่นให้เกิดความสำเร็จในลักษณะใกล้เคียงกัน รวมถึงสร้างเรียนรู้และสร้างความร่วมมือกับแผนเชิงรุก สสส. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการขยายผลต้นแบบการดำเนินงาน

2. พัฒนาและสนับสนุนหน่วยจัดการเพื่อเป็นกลไกกระจายโอกาส

- ค้นหาและสนับสนุนการพัฒนาหน่วยจัดการ เพื่อให้เป็นกลไกในการกระจายโอกาสการสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถเข้าถึงกลุ่มประชากรที่ยังเข้าไม่ถึงทุนของกองทุน และกระจายโอกาสให้ครอบคลุมประเด็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สอดคล้องกับ 7 ประเด็นเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 10 ปี ตามห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome: CoO) และเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) โดยมีการพัฒนารูปแบบการกระจายโอกาสและการสนับสนุนการดำเนินงานที่เหมาะสมกับความซับซ้อนและความแตกต่างหลากหลายของพื้นที่หรือกลุ่มประชากร
- ประเมินสมรรถนะหน่วยจัดการเพื่อจัดกลุ่มการพัฒนาและยกระดับการทำงาน พร้อมทั้งจัดทำเป้าหมายความคาดหวังที่เหมาะสมกับสมรรถนะหน่วยจัดการในแต่ละประเภท
- สนับสนุนและหนุนเสริมหน่วยจัดการให้สอดคล้องกับสมรรถนะและเป้าหมายความคาดหวังของหน่วยจัดการแต่ละประเภทอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ โดยเฉพาะทักษะที่จำเป็นต่อการดำเนินงานตามบทบาทภารกิจที่แผนฯ คาดหวัง เช่น การวิเคราะห์และเชื่อมประสานความร่วมมือภาคียุทธศาสตร์ การพัฒนาและถอดบทเรียนพื้นที่ต้นแบบ การสื่อสารสาธารณะ การติดตามเสริมพลังชุมชนที่สามารถสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพ เป็นต้น รวมถึงการเพิ่มเติมความรู้เชิงประเด็นเพื่อจัดการปัจจัยคุกคามสุขภาพ
- สนับสนุนและหนุนเสริมเพื่อยกระดับหน่วยจัดการให้มีศักยภาพสูงขึ้น ในการขับเคลื่อนภารกิจที่ท้าทายมากขึ้น โดยการพัฒนาต้นแบบที่สามารถขยายผลได้ รวมถึงการสร้างความร่วมมือในลักษณะการเชื่อมทุนและทรัพยากรกับภาคีเครือข่ายหรือแหล่งทุนในพื้นที่ เพื่อขยายผู้ได้รับประโยชน์และผลลัพธ์การดำเนินงานอย่างกว้างขวาง
- สนับสนุนการสร้างกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาสื่อการเรียนรู้ในรูปแบบต่าง ๆ โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อพัฒนาศักยภาพภาคีและหน่วยจัดการให้สามารถดำเนินงานได้ตามบทบาทภารกิจและเป้าหมาย
- สนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายหน่วยจัดการที่มีการพัฒนารูปแบบและประเด็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้เกิดเสริมหนุนการดำเนินงานในการจัดการปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาวะในแต่ละประเด็นที่มี

ความซับซ้อนและความหลากหลายของกลุ่มเป้าหมาย และการสร้างความร่วมมือของหน่วยจัดการร่วมขับเคลื่อนสุขภาวะในเชิงประเด็นหรือเชิงพื้นที่

2. กลุ่มแผนงานสานพลังและพัฒนาความร่วมมือภาคีเครือข่าย

1. สนับสนุนและหนุนเสริมหน่วยงานหรือองค์กรที่ร่วมทุนกับแผนฯ ให้สามารถกระจายโอกาสแบบมียุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ และสามารถสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย โดยคำนึงถึงทุนการดำเนินงานและทรัพยากรที่มีอยู่ในปัจจุบัน
2. สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพให้หน่วยงานหรือองค์กรที่แผนฯ ไปสร้างความร่วมมือในลักษณะการร่วมทุน (Co-Investment) สามารถดำเนินงานได้บรรลุผลตามบทบาทภารกิจของการร่วมทุน โดยเฉพาะการบริหารจัดการโครงการที่มุ่งผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ปรับปรุงคู่มือปฏิบัติงานสำหรับการร่วมทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะในพื้นที่ โดยนำบทเรียน ข้อเรียนรู้และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของหน่วยงานหรือองค์กรที่ร่วมทุนกับแผนฯ มาทบทวนเพื่อปรับปรุงคู่มือปฏิบัติงานให้สามารถเอื้ออำนวยต่อการดำเนินงานของแผนงานร่วมทุนได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น คำอธิบายแบบฟอร์มต่าง ๆ แนวทางการจัดซื้อจัดจ้าง เป็นต้น
4. สนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายการเรียนรู้ของหน่วยงานหรือองค์กรที่ร่วมทุนกับแผนฯ ในหลากหลายระดับ (ได้แก่ ระดับคณะกรรมการแผนงานร่วมทุน ระดับผู้ปฏิบัติการ) ให้ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ เทคนิคการปฏิบัติงาน (เช่น การบริหารจัดการ การจัดการประเด็นปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาวะที่สามารถสร้างผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลง เป็นต้น) เพื่อให้เกิดเครือข่ายหนุนเสริมการดำเนินงานซึ่งกันและกัน
5. สนับสนุนการสรุปบทเรียนการดำเนินงานลักษณะร่วมทุนที่มาจากการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้ประเด็นข้อเสนอและแนวทางการดำเนินงานสำหรับแผนฯ และหน่วยงานหรือองค์กรที่ร่วมทุน นำไปปรับปรุงพัฒนาและลดข้อจำกัดหรือเงื่อนไข เพื่อให้ประสบผลสำเร็จทั้งระดับปฏิบัติการและระดับนโยบาย รวมถึงได้แนวทางการดำเนินงานสำหรับขยายผลในอนาคต

3. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการดำเนินงานสร้างสรรค์โอกาส

1. งานประเมินผล

- สนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายนักประเมินผลที่มีการแลกเปลี่ยนบทเรียนการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดเครือข่ายการทำงานที่หนุนเสริมซึ่งกันและกัน
- พัฒนาศักยภาพทีมประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีคุณภาพ และได้ผลการประเมินที่เป็นไปตามมาตรฐาน รวมทั้งสามารถนำใช้ข้อมูลผลประเมินเพื่อการหนุนเสริมและพัฒนาหน่วยจัดการที่แตกต่างกันตามความคาดหวังและภารกิจเฉพาะของแต่ละประเภทหน่วยจัดการ
- สนับสนุนและหนุนเสริมการทำงานของทีมประเมินผล ให้สามารถพัฒนาศักยภาพ และหนุนเสริมหน่วยจัดการตามช่องว่างสมรรถนะที่ค้นพบจากการประเมินได้อย่างทันท่วงที
- จัดการข้อมูลงานประเมินผลให้เป็นระบบโดยการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และส่งเสริมการนำผลการประเมินไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการ รวมทั้งใช้ในการบริหารจัดการแผนฯ ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

2. งานข้อมูลและการจัดการความรู้

- สนับสนุนให้มีการสังเคราะห์ ถอดบทเรียนและสรุปผลการดำเนินงานในการกระจายโอกาสและสร้างความร่วมมือกับภาคีเพื่อนำมาสนับสนุนการดำเนินงาน และใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงการทำงานของแผน รวมถึงสามารถขยายผลวิธีการหรือรูปแบบการดำเนินงานไปยังหน่วยงานอื่น ๆ
- สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการจัดการความรู้และสรุปบทเรียนต้นแบบการดำเนินงาน เพื่อนำมาจัดทำชุดความรู้หรือนวัตกรรมที่เกิดขึ้นจากการสนับสนุนของแผนฯ รวมถึงนำมาพัฒนาต่อยอดและขยายผลการดำเนินงาน
- สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการพัฒนาเครื่องมือการทำงานหรือแนวปฏิบัติที่สนับสนุนการทำงานของหน่วยจัดการให้เป็นไปตามมาตรฐาน ที่สามารถนำไปใช้บริหารจัดการงานและงบประมาณให้ถูกต้องตามระเบียบหรือคู่มือการปฏิบัติงาน

3. งานพัฒนาศักยภาพ

- ประเมินผลการพัฒนาศักยภาพที่ผ่านมา ทั้งรูปแบบการพัฒนาศักยภาพ วิทยากรและสื่อการเรียนรู้ เพื่อนำมาปรับปรุงรูปแบบและเนื้อหาสาระการพัฒนาศักยภาพให้เหมาะสม และสอดคล้องกับบทบาทภารกิจของหน่วยจัดการที่คาดหวังแตกต่างกัน
- ปรับปรุงชุดความรู้เดิมหรือเพิ่มเติมชุดความรู้ใหม่ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป เช่น การพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ การวิเคราะห์ภาคียุทธศาสตร์และเชื่อมประสานความร่วมมือ ความรู้เชิงประเด็นเพื่อจัดการปัจจัยคุกคามสุขภาพ เป็นต้น
- จัดการข้อมูลเชิงสมรรถนะของผู้เข้าอบรมพัฒนาศักยภาพ ทั้งเชิงความรู้ ความเข้าใจ การนำใช้ชุดความรู้เพื่อสร้างการเรียนรู้กับชุมชน เพื่อนำมาวางแผนและออกแบบการพัฒนาศักยภาพที่เหมาะสม

4. งานสื่อสารสาธารณะ

- สนับสนุนหน่วยจัดการให้มีความสามารถในการบริหารจัดการสื่อและพัฒนาทักษะการสื่อสารกิจกรรมต้นแบบและผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพต่าง ๆ รวมถึงการสร้างการรับรู้และภาพลักษณ์เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของแผนฯ ให้กับประชากรเป้าหมายและองค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่
- วางแผนและจัดระบบฐานข้อมูลผลงานที่ได้รับการสื่อสารให้สามารถใช้ประโยชน์จากผลงานสื่อสารในการเสริมพลังชุมชน และเชื่อมร้อยเครือข่ายการทำงานในพื้นที่ให้สามารถหนุนเสริมการทำงานซึ่งกันและกันให้มากยิ่งขึ้น
- เพิ่มเนื้อหาการสื่อสารความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะประเด็นที่เป็นปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาวะ และความรู้เท่าทันการคุกคามและความปลอดภัยทางดิจิทัลที่มีผลกระทบต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีวิธีการหลากหลายเพื่อกระตุ้นการรับรู้ สร้างแรงจูงใจและความตระหนัก เช่น การเล่าเรื่องความสำเร็จผ่านคนต้นแบบ เป็นต้น
- พัฒนาแนวทางการสื่อสารสาธารณะที่สนับสนุนการทำงานของหน่วยจัดการให้สามารถสื่อสารได้ด้วยตนเองเพื่อสานพลังเครือข่ายในพื้นที่

5.3 ภาคีหลัก

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

กลุ่มภาคีร่วมขับเคลื่อน ได้แก่ องค์กรภาครัฐ องค์กรสาธารณประโยชน์ องค์กรภาคประชาสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข สถาบันการศึกษา สถาบันวิชาการ และสื่อมวลชน

6. งบประมาณ

รวม
340.00
ล้านบาท

กลุ่มแผนงานสร้างสรรค์โอกาสและขยายภาคี	กลุ่มแผนงานสานพลังและพัฒนาความร่วมมือภาคีเครือข่าย	กลุ่มแผนงานสนับสนุนการดำเนินงานสร้างสรรค์โอกาส	การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ
230.00 ล้านบาท	**50.00** ล้านบาท	**40.00** ล้านบาท	**20.00** ล้านบาท

แผน 12

แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ

1. สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

ตามประกาศราชกิจจานุเบกษา พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ณ วันที่ 26 เมษายน 2562 มีหลักการสำคัญ คือ ประชาชนและผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (people-centered approach) โดยนำหลักเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นแนวทางในการให้การดูแลสุขภาพประชาชนให้มีสุขภาพที่ดี คือ บริการทุกคน บริการทุกอย่าง บริการทุกที่บริการทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี โดยมีการบูรณาการและการเชื่อมโยงระบบบริการในทุกระดับ ต้องร่วมกันสนับสนุนให้เกิดการบริการที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการสุขภาพของประชาชน (health need) เพื่อสร้างระบบบริการสุขภาพที่เข้มแข็ง ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ และเน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม มุ่งเน้นเป้าหมายการพัฒนาในทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1) การยกระดับสถานะสุขภาพของประชาชน (population health improvement) 2) การเพิ่มคุณภาพบริการเพื่อสร้างประสบการณ์และความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ (quality and good experience) และ 3) การลดต้นทุนค่าใช้จ่ายการบริการสุขภาพ (cost reduction)

ทั้งนี้ มาตรา 3 มีคำนิยามสำคัญ คือ “บริการสุขภาพปฐมภูมิ” หมายความว่า บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ

“ระบบสุขภาพปฐมภูมิ” หมายถึง กลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

ความสำคัญของ พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 มีผลให้การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิปรับทิศไปสู่ การสร้างเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน นำศักยภาพของทุกภาคส่วนมาร่วมออกแบบการดำเนินการดูแลสุขภาพเชิงรุกสู่กลุ่มเป้าหมายในระดับชุมชนมากขึ้น เพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นให้สามารถป้องกันปัจจัยเสี่ยงและเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นหลักการของ Reorient health service to health promotion ตามกฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion)

นับจากมีการตรา พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2545 ซึ่งได้บัญญัติขึ้นตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ได้มีการกำหนดหลักการการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข คือ (1) มุ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน มุ่งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีศักยภาพระยะยาวในการตัดสินใจและดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพให้เกิดผลดียิ่งขึ้นกว่าก่อนการกระจายอำนาจ และเพื่อเกิดระบบบริการสุขภาพที่เสมอภาค มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ (2) มุ่งระบบที่ยืดหยุ่น มีพลวัต เพื่อนำไปสู่กระบวนการกระจายอำนาจอย่างต่อเนื่อง และเกิดความยั่งยืนในการพัฒนาสุขภาพ ที่สอดคล้องกับบริบทและสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ และ (3) มุ่งระบบที่

มีส่วนร่วม โดยสร้างกลไกและกระบวนการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานในระดับส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ชุมชนและภาคประชาชนในการตัดสินใจและสนับสนุนการดำเนินการ

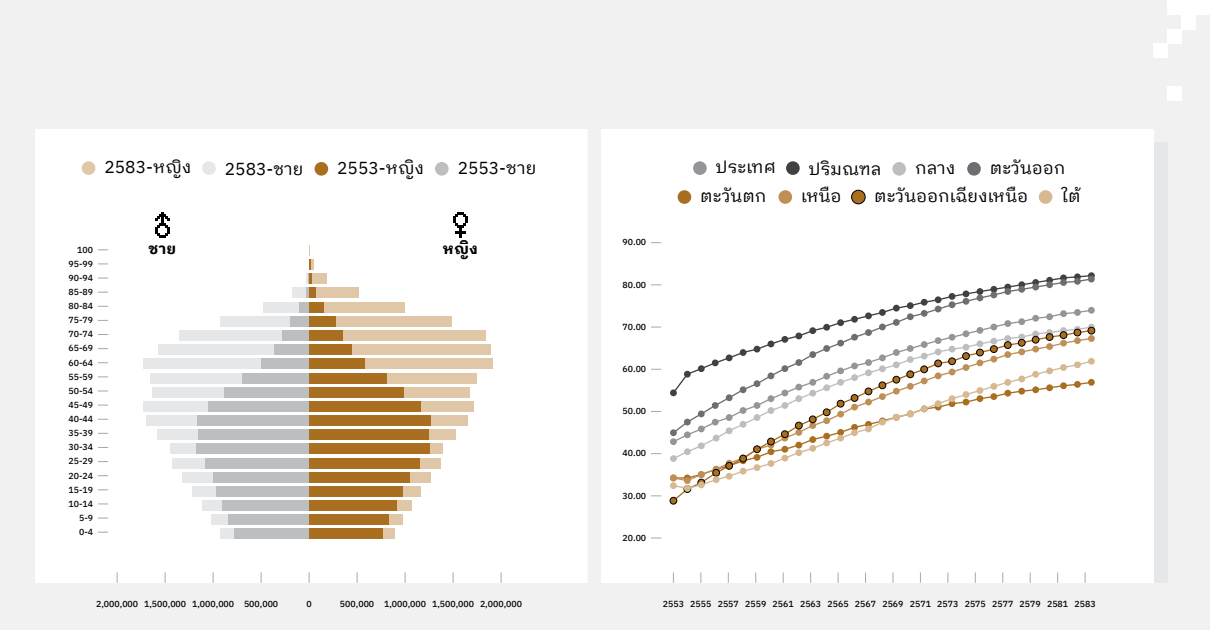
ในระยะแรก ระหว่างปี 2551-2564 กระทรวงสาธารณสุขได้ถ่ายโอนสถานีอนามัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่เทศบาล และ อบต. แล้วจำนวน 84 แห่ง จากจำนวนทั้งหมดประมาณ 9,780 แห่ง ทั่วประเทศ เงื่อนไขที่ถ่ายโอนล่าช้า เนื่องจาก อปท. ที่รับการถ่ายโอนสถานีอนามัยต้องผ่านการประเมินความพร้อมตามแนวทางในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข หาก อปท. ใดไม่พร้อมรับการถ่ายโอน ให้ถ่ายโอนให้ อบจ. ดังนั้น เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2564 จึงมีการเผยแพร่ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง “หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด” มีผลให้ดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. สู่ อบจ. จำนวน 3,263 แห่ง (ร้อยละ 33.05) และ ปี 2567 ดำเนินการถ่ายโอนให้ อบจ. จำนวน 934 แห่ง (ร้อยละ 9.46) ทั้งนี้ เป้าหมายสำคัญของการถ่ายโอน รพ.สต. สู่ อบจ. เพื่อขับเคลื่อนให้การบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนในท้องถิ่นอย่างทั่วถึง และได้รับบริการที่มีคุณภาพ โปร่งใส มีความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีขอบเขตของการให้บริการที่ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสุขภาพ

1.1 ระบบสุขภาพเขตเมือง

ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในสังคมไทยมีความสัมพันธ์กับความเป็นเมืองซึ่งเป็นหนึ่งในกระแสที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของผู้คนในปี พ.ศ. 2565 จำนวนประชากรจากการทะเบียนที่อาศัยในเขตเมือง(กรุงเทพมหานครและเทศบาล) จำนวน 22,610,822 หรือร้อยละ 34.21 ของประชากรทั้งประเทศ [124] และจากการศึกษาผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร [125] ที่แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มว่าประชากรจะเข้ามารวมตัวอาศัยอยู่ในเขตเมืองหรือเขตเทศบาลมากขึ้น ในปี 2553 มีประชากรอาศัยอยู่ในเขตเมืองราว 28 ล้านคน (ร้อยละ 43.4 ของประชากรทั้งหมด) และในปี 2563 พบว่าประชากรในเขตเมืองเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 68.0 และคาดว่าในปี 2583 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 74.3 นั่นคือจะมีประชากรอาศัยในเขตเมืองประมาณ 48.6 ล้านคน ซึ่งในปัจจุบันประชากรอาศัยอยู่ในเขตเมืองประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งหมด ทั้งนี้มีการเพิ่มสัดส่วนของประชากรเมืองในทุกภูมิภาค สำหรับกรุงเทพมหานคร ประชากรทุกคนอาศัยอยู่ในเขตเมือง (ความเป็นเมืองเท่ากับร้อยละ 100) รองลงมาคือปริมณฑล ภาคตะวันออก ภาคกลางส่วนกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคตะวันตก ส่วนปริมณฑลและภาคตะวันออกเป็นภูมิภาคที่มีการเพิ่มสัดส่วนประชากรในเขตเมืองสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ สาเหตุน่าจะมาจากสภาพทางภูมิศาสตร์ และโครงการพัฒนาเศรษฐกิจที่เรียกว่า “เขตพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก” (Eastern Economic Corridor: EEC) ภายใต้นโยบายประเทศไทย 4.0 (พ.ศ. 2560 – 2579) อาจกล่าวได้ว่าในอีก 30 ปีข้างหน้า ประชากรไทยสามในสี่หรือราวร้อยละ 75 จะอาศัยอยู่ในเขตเมือง โดยเฉพาะกลุ่มประชากรผู้สูงอายุในเมืองที่จะมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

124 ข้อมูลจาก “จำนวนและร้อยละของประชากรในเขตเทศบาลจากการทะเบียน จำแนกตามภาคและจังหวัด พ.ศ. 2555-2565”, สถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ , สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
เข้าถึงได้จาก https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/statistics_and_indicators?impt_branch=300

125 สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). “รายงานการศึกษาผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย” สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ: กรุงเทพมหานคร



ที่มา: ประมวลจากรายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง) (สศช., 2562ก)

การขยายตัวความเป็นเมืองแม้จะช่วยในเรื่องของการขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจ เป็นศูนย์กลางของการคมนาคม การสื่อสาร และระบบการบริหารต่าง ๆ แต่การเพิ่มขึ้นของความเป็นเมืองอย่างรวดเร็ว โดยปราศจากแผนรองรับนั้นสามารถส่งผลกระทบต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ เช่น มลพิษทางอากาศ เกิดชุมชนแออัดในเขตเมืองมากขึ้น การกีดกั้นการขยายของระบบโครงสร้างพื้นฐาน การคุกคามสิ่งแวดล้อม สภาพความเป็นอยู่ที่พักอาศัยมีความหลากหลายยากต่อการเข้าถึง เป็นต้น ส่งผลให้เกิดความยากจนและความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการที่จำเป็นจะทวีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งหมายรวมการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเช่นเดียวกัน สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านจัดสรรหรืออาคารสูง หน่วยงานภาคสาธารณสุขเข้าดำเนินการควบคุมป้องกันโรคได้ยากโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด รวมถึงโรคติดต่อ เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ และโรคทางเดินหายใจ เป็นต้น ในการแก้ปัญหาดังกล่าวจึงมีแนวคิดในการจัดการปัญหาแบบพื้นที่สุขภาพมุ่งเป้า (Health Enhancing Zone: HEZ) โดยใช้หลักเกณฑ์ความแตกต่างในการจำแนกกลุ่มตามลักษณะเฉพาะ เช่น ลักษณะที่พักอาศัย (ชุมชนแออัดที่มีรายได้น้อย คอนโดมิเนียม การเคหะแห่งชาติ และบ้านจัดสรร) ทั้งนี้พบว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยงด้านโรคและภัยสุขภาพมีการกระจายตัวตาม HEZ จำนวนมากกว่า 8 ล้านคน ของพื้นที่เขตเมืองทั่วประเทศ และพบว่าร้อยละ 50 ของประชากรในกลุ่มดังกล่าวมาจากหมู่บ้านจัดสรร ซึ่งในช่วง 5 ปีที่ผ่านมามีจำนวนบ้านจัดสรรเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด มากกว่า 5 เท่าตัวในเมืองที่เกิดขึ้นใหม่หรือหัวเมืองในต่างจังหวัด

จากการสำรวจการมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2566 (ไตรมาส1) โดยกองสถิติเศรษฐกิจ สำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าหลังวิกฤติการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้รูปแบบการใช้ชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป มีความเคยชินกับการใช้เทคโนโลยี พร้อมกับเกิดบริการดิจิทัลแบบใหม่และหลากหลาย เช่น ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ซึ่งพบในกลุ่มอายุ 15-24 ปีมากที่สุด โดยกรุงเทพมหานครมีผู้ใช้สูงที่สุดคือร้อยละ 95.3 และใช้โทรศัพท์มือถือสูงกว่าภาคอื่น เป็นต้น ดังนั้น พฤติกรรมของคนไทยกับการเข้าถึงเทคโนโลยีและข้อมูลข่าวสารจึงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งในเขตเมืองและชนบท ถึงแม้ว่า

ในชนบทจะมีจำนวนการใช้ลดลงไปบ้างบางปี จากพฤติกรรมนี้ จึงเป็นโอกาสในการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต พฤติกรรม สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการสร้างให้เกิดความรอบรู้ทางสุขภาพ รวมทั้งเป็นโอกาสที่ระบบบริการสุขภาพจะหันมาให้ความสนใจในการกำหนดมาตรการหรือกลยุทธ์และโครงการ/กิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ การส่งเสริมป้องกันโรค และเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม ในรูปแบบแพลตฟอร์มดิจิทัล

นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องด้านระบบสุขภาพเขตเมือง องค์การอนามัยโลกแนะนำการจัดระบบการสาธารณสุขในเขตเมืองเพื่อให้ประชาชนที่อยู่ในเมืองมีสุขภาวะที่ดี โดยเมืองควรมีการจัดทำแผนระบบสุขภาพเขตเมือง ร่วมกับการสร้างสรรค์นโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วม และมีการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อการสาธารณสุข บนฐานความร่วมมือกันแบ่งปันทรัพยากรและมีข้อตกลงร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน นิติบุคคลบริหารอาคารชุด คณะกรรมการชุมชน สภาพลเมือง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น [126] เพื่อพัฒนาหรือค้นหารูปแบบของระบบบริการสุขภาพเขตเมืองที่มีประสิทธิภาพ รองรับความต้องการของประชาชนสอดคล้องตามบริบทที่ก่อให้เกิดการดูแลขั้นพื้นฐานใน 3 ด้านหลัก คือ (1) การปรับปรุงสุขภาพของประชาชนที่อยู่ในความดูแล (2) การตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชน และ (3) การคุ้มครองทางการเงินต่อภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเจ็บป่วย โดยนานาประเทศได้สนับสนุนว่าการทำให้ระบบบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของเขตเมืองจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเร่งพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ที่มีบุคลากรทางวิชาชีพที่มีสมรรถนะที่จำเป็นต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ ทั้งนี้บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือเป็นกลไกสำคัญในการประสานหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามาร่วมค้นหาปัญหาและความต้องการของประชาชน ร่วมวางแผน และส่งเสริมให้เกิดการร่วมดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ สามารถติดตามประเมินผลการดำเนินงานให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมกับประชาชน

สำหรับประเทศไทยให้ความสำคัญเรื่องระบบสุขภาพเขตเมืองผ่านนโยบายหรือยุทธศาสตร์การกำหนดเป้าหมายขับเคลื่อนงานของหน่วยงานต่าง ๆ อาทิ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 หมวดที่ 12 ระบบสุขภาพชุมชนเมือง ในระยะ 5 ปี กำหนดเป้าหมายของระบบสุขภาพชุมชนเมืองที่มุ่งไปสู่ความเป็นธรรม ตอบสนองไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง ด้วยมาตรการสำคัญ 3 ด้าน คือ พัฒนารูปแบบการจัดบริการที่หลากหลายตอบสนองความต้องการของคนทุกกลุ่ม พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่สนับสนุนการจัดการสุขภาพของประชาชน สร้างกลไกและพื้นที่เพื่อให้ทุกภาคส่วนสร้างความเป็นเจ้าของระบบสุขภาพ และพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้ความมีเข้าใจและสมรรถนะการทำงานสร้างสุขภาวะในบริบทความเป็นเมืองได้ นอกจากนั้น คณะกรรมการระดับชาติจัดทำยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง ที่มีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วน อาทิ กระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชน และกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) โดยมีกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นฝ่ายเลขานุการ จัดทำยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง พ.ศ. 2561-2570 มุ่งหวังให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานในการพัฒนาระบบสุขภาพในเขตเมืองที่มีความซับซ้อนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของประชาชน สร้างความเข้มแข็ง การมีส่วนร่วม ต่อเนื่องและเชื่อมโยง เพื่อคนเมืองมีสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี สร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการปฐมภูมิ

126 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). “ยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง พ.ศ. 2561-2570”

การขับเคลื่อนด้านสาธารณสุขและพัฒนาระบบปฐมภูมิกรุงเทพมหานคร เพื่อการดำเนินการด้านสุขภาพดีในทุกมิติ ทั้งกายภาพและระบบสร้างเสริมสุขภาพของคนทุกคนในกรุงเทพมหานคร สร้างการมีส่วนร่วมภาคประชาชนดำเนินงานผ่านเครื่องมือสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร ให้เป็นเวทีกลางพัฒนาประเด็นสาธารณะสู่การปฏิบัติ เป็นกระบวนการวิเคราะห์ช่องว่างหาความร่วมมือ และสนับสนุนให้เกิดธรรมนูญสุขภาพในระดับเขตหรือกติกาชุมชนบางพื้นที่ เพื่อกำหนดเป็นทิศทาง โดยมุ่งเน้นให้กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพฯสนับสนุนกลไกระดับชุมชนเมืองให้ขับเคลื่อนการทำงานในประเด็นของชุมชนเอง

ดังนั้นทิศทางสำคัญในการการจัดการสุขภาพเขตเมือง มีขอบเขตการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ การจัดการปัจจัยทางกายภาพและทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (Social Determinants of Health) ตลอดจนการพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีความเป็นเมือง

จากสถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพที่กล่าวมาข้างต้นนั้น กลไกที่มีความสำคัญต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ คือ กลไกองค์กรวิชาชีพสุขภาพ [127] ต่าง ๆ รวมทั้งบุคลากรด้านสุขภาพ [128] ระดับต่าง ๆ ที่อยู่ในพื้นที่และปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ คือ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการทำงานของบุคลากรสุขภาพ และการสนับสนุนของทีมสหวิชาชีพ ที่ต้องปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ และด้วยสถานการณ์โลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีการเติบโตของสังคมเมืองอย่างก้าวกระโดด การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ความเสี่ยงต่อสถานการณ์ฉุกเฉินทางด้านสุขภาพ การดำเนินชีวิตของประชาชนที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งต้องคำนึงถึงสถานะเศรษฐกิจของประเทศและประชาชนไม่ให้แบกรับค่าใช้จ่ายที่สูงเกิน ต่างมีผลกระทบโดยตรงต่อระบบบริการสุขภาพ ทำให้เกิดการทบทวนรูปแบบบริการให้สามารถรองรับผู้ป่วยได้ในทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพ มีการเกิดขึ้นของการแพทย์วิถีใหม่ New Normal of Medical Service ที่นำเทคโนโลยีและพัฒนาระบบข้อมูลมาสนับสนุนการจัดบริการ อีกทั้งจำเป็นต้องสร้างการมีส่วนร่วมผู้ป่วย ประชาชนและชุมชน ให้มีความรอบรู้ด้านและสุขภาพที่เพียงพอ จึงจะสามารถขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะนี้ มูลนิธิพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพแห่งชาติและภาคีเครือข่าย ได้มีการจัดทำข้อเสนอเรื่องบุคลากรสุขภาพแนวใหม่สู่เศรษฐกิจและสุขภาพไทยยั่งยืน ซึ่งอยู่ระหว่างเสนอประเด็นเพื่อเข้าสู่กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 17 ปี พ.ศ. 2567 มีข้อเสนอเกี่ยวกับการทำงานของบุคลากรสุขภาพแนวใหม่ ที่ต้องเตรียมความพร้อมในการทำงานโดยคำนึงถึงสถานการณ์สุขภาพของประเทศไทยที่เปลี่ยนแปลงไปข้างต้น โดยการทำงานของบุคลากรสุขภาพแนวใหม่ต้องคำนึงถึงการทำงานบนฐานสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care-cased) และการทำงานที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based) มากกว่าการทำงานที่ต้องพึ่งพาเครื่องมือต่าง ๆ การส่งเสริมการทำงานแบบสหวิชาชีพและการทำงานร่วมกัน (Interprofessional Education and Collaborative Practice) รวมทั้งการปรับเปลี่ยนการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์

127 กลไกองค์กรวิชาชีพ (ฉ.) หมายถึง สมาคมวิชาชีพ สภาวิชาชีพ สภาสถาบันการศึกษา (Consortium) หรือคณะกรรมการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดทิศทาง ผลักดัน ขับเคลื่อนการทำงานของวิชาชีพด้านสุขภาพ ให้เป็นไปตามบทบาท หน้าที่ และภารกิจของวิชาชีพนั้น ๆ เช่น กลไกของวิชาชีพกายภาพบำบัด ในรูปแบบการมีคณะทำงานซึ่งแต่งตั้งโดยสภาวิชาชีพ เพื่อร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพในวิชาชีพกายภาพบำบัด เป็นต้น

128 บุคลากรด้านสุขภาพ (ท.–11) หมายถึง บุคลากรที่ได้ผ่านการเรียนรู้ในหลักสูตรปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ นักวิทยาศาสตร์การกีฬา นักรังสีเทคนิค นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือก นักจิตวิทยาคลินิก นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นักสังคมสังเคราะห์ทางการแพทย์ รวมทั้งบุคลากรสุขภาพอื่นๆ ในระดับปริญญาและที่ไม่ใช่ปริญญา

เฉพาะทาง (specialist) กลับมาสู่การทำงานในชุมชนมากขึ้น และนอกเหนือจากทักษะด้านความรู้ (hard skills) แล้ว ทักษะในการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคม (soft skills) ยังคงเป็นทักษะที่มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นทักษะที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ การสื่อสาร การทำงานร่วมกัน และการแก้ไขปัญหา ซึ่งการผลิตบุคลากรสุขภาพแนวใหม่ สามารถพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่มีอยู่แล้ว โดยการพัฒนาเพื่อยกระดับทักษะเดิมให้ดีขึ้น (upskill) การสร้างทักษะใหม่ที่จำเป็นในการทำงานที่สอดคล้องกับความต้องการ (reskill) ดังนั้นการพัฒนากลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนระบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจึงมีความสำคัญเพื่อเกิดความยั่งยืน

นอกจากประเด็นของกลไกองค์กรวิชาชีพสุขภาพต่าง ๆ แล้ว อีกหนึ่งกลไกที่มีความสำคัญต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ คือ ระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศ จากรายงานสุขภาพคนไทย ปี 2567 มีรายงานว่า ประเทศไทยมีแนวโน้มการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในวัตถุประสงค์ดิจิทัลมากขึ้น โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ โดยในระดับบุคคลมีรายงานการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อรับบริการออนไลน์ทางด้านสาธารณสุขและสุขภาพ ทั้งการติดตามข่าวสารและค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ การจองคิวขอรับบริการทางการแพทย์ออนไลน์ การขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพ ส่วนในด้านผู้ให้บริการสาธารณสุข ปัจจุบันพบว่า มีแนวโน้มการใช้บริการการแพทย์ทางไกลสูงขึ้น โดยเฉพาะการให้บริการในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 23) ตามด้วยโรคเบาหวานชนิด 2 (ร้อยละ 17) และโรคจิตเภท (ร้อยละ 11) มีการพัฒนาให้เกิดโรงพยาบาลอัจฉริยะโดยนำเทคโนโลยีมาใช้ในการจัดการระบบสาธารณสุขให้สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ ลดต้นทุนในการบริหารจัดการ และลดความแออัดในสถานบริการสุขภาพ นอกจากนั้น ยังมีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อบริการทางข้อมูล ทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลและการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI) ซึ่งปัจจุบัน ผู้ให้บริการด้านสุขภาพมีการใช้ประโยชน์จากการวิเคราะห์ข้อมูลและปัญญาประดิษฐ์มากขึ้น เพื่อปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย ปรับปรุงการดำเนินงาน และปรับปรุงผลลัพธ์ การวิเคราะห์เชิงคาดการณ์ช่วยระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ในขณะที่การวินิจฉัยที่ขับเคลื่อนด้วยปัญญาประดิษฐ์ช่วยในการตรวจหาโรคในระยะเริ่มต้นและการวางแผนการรักษา รวมทั้งความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีจีโนมิกส์ทำให้การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่เป็นไปได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งประเทศไทยได้ริเริ่มโครงการจีโนมิกส์ประเทศไทยเพื่อศึกษารหัสพันธุกรรมของคนไทยเพื่อเข้าใจกลไกของการเกิดโรคต่าง ๆ จะนำไปสู่การวินิจฉัย การเลือกวางแผนการรักษา รวมถึงการทำนายโอกาสการเกิดโรคต่าง ๆ ที่ มีความ “แม่นยำ” มากขึ้น และในส่วนกลไกสำคัญท้ายสุดที่สนับสนุนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ คือ กลไกการเงินการคลังด้านสุขภาพระดับพื้นที่เพื่อดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาสุขภาวะของชุมชน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสมรรถภาพและการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต รวมถึงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยกลไกนี้จะช่วยสนับสนุนภาคประชาชน ภาคประชาสังคมในพื้นที่สามารถเข้าถึงกองทุนหลักประกันสุขภาพทั้งในพื้นที่ต่างจังหวัด และ กรุงเทพมหานครเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น

จุดเน้นเชิงยุทธศาสตร์

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

1.2 สรุปผลการประเมินหรือผลการดำเนินงานที่สำคัญของปีที่ผ่านมา

1. ขับเคลื่อนเชิงยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบสุขภาพ ด้วยกลไกระบบสุขภาพระดับจังหวัด/พื้นที่การพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมือง รวมถึงการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เช่น ระบบสนับสนุนการขับเคลื่อนเชิงยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพระดับจังหวัด ความร่วมมือการทำงานกับ อบจ./สปสช. ในการร่วมพัฒนากองทุนสร้างเสริมสุขภาพระดับจังหวัด และกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด
   - ร่วมกับหน่วยงานวิชาการประกอบด้วย บริษัทเวลบีอิ้ง ครีเอชั่น สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย สมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย พัฒนางานการขับเคลื่อนขยายผลกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด ให้มีประสิทธิภาพ ครบวงจร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนสังเคราะห์ประสบการณ์ ความรู้ พร้อมกับขับเคลื่อนหนุนเสริมกระบวนการดำเนินงานที่สำคัญ สนับสนุนการพัฒนาให้เกิดกลไกใหม่ หรือพัฒนากลไกเดิมให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น เพื่อทำให้ขอบเขตการดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัดได้ขยายรูปธรรมการเรียนรู้ขยายเครือข่ายดำเนินงาน และครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น โดยอยู่ระหว่างการทบทวน สังเคราะห์ และถอดบทเรียนการดำเนินงาน และ สรุปประสบการณ์รูปธรรมการดำเนินงานจากพื้นที่ จำนวน 10 พื้นที่ และมีพื้นที่ร่วมเรียนรู้ จำนวน 6 พื้นที่กองทุนฟื้นฟูฯ
   - ร่วมกับ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และมหาวิทยาลัยราชภัฏกลุ่มรัตนโกสินทร์ ขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพหนุนเสริมชุมชนเมืองเข้มแข็งในพื้นที่กรุงเทพมหานคร 22 เขต พัฒนากลไกวิชาการเชิงปฏิบัติการทางสังคม ดำเนินงานในรูปแบบเครือข่ายศูนย์วิชาการสุขภาวะเขตเมือง โดยทำ

หน้าที่เป็นพี่เลี้ยงชุมชน สนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงกลไกการเงินการคลังในพื้นที่ ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพฯ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในระดับบุคลและชุมชน โดยสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมและพัฒนาเครื่องมือทางนโยบายสาธารณะระดับเขต (ธรรมนูญเขต) เป็นกรอบทิศทางสำหรับเขตและภาคประชาชนใช้ในการขับเคลื่อนประเด็นทางสุขภาพรวมถึงปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ ใช้พัฒนาข้อเสนอโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อขอรับงบสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพของกองทุนสุขภาพเขต/กรุงเทพมหานคร หรืองบประมาณจากแหล่งอื่น ผลจากการดำเนินงาน 22 เขต เกิดการพัฒนาแกนนำชุมชนในพื้นที่ จำนวน 384 คน ให้มีความรู้ความเข้าใจในการพัฒนาโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาวะของพื้นที่/กลุ่มเป้าหมาย และสามารถเสนอโครงการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งได้รับการสนับสนุน และได้รับอนุมัติจากกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร จำนวน 339 โครงการ รวม 42.4 ล้านบาท

- ร่วมกับคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ และภาคีเครือข่ายพัฒนากลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพระบบสุขภาพระดับจังหวัดและพื้นที่รพ.สต.ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และร่วมกับอบจ.7 จังหวัด ได้แก่ ราชบุรี สุพรรณบุรี ปราจีนบุรี มุกดาหาร ขอนแก่น หนองบัวลำภู และร้อยเอ็ด เพื่อคัดเลือก รพ.สต. จำนวน 2 แห่ง/จังหวัด ตั้งอยู่ในบริบทเมือง 1 แห่ง และบริบทชนบท 1 แห่ง รวม 14 รพ.สต. เพื่อจัดทำแผนพัฒนาสำหรับการส่งเสริมสมรรถนะของหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้สามารถจัดการระบบบริการสุขภาพ เชื่อมโยงชุมชนและท้องถิ่นอย่างบูรณาการ ผ่านการพัฒนาสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้างในระดับท้องถิ่นอย่างบูรณาการ

2. การขยายผลระบบและต้นแบบการสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพจากการดำเนินงานที่ผ่านมาและเกิดผลลัพธ์ต่อกลุ่มเป้าหมาย เช่น การปรับพฤติกรรมสุขภาพจนโรคเบาหวานสามารถเข้าสู่ระยะสงบได้ (DM Remission) เทคโนโลยีและระบบดิจิทัล

- ร่วมกับมูลนิธิอุทัย สุดสุข และสำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พัฒนากลไกสนับสนุนวิชาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) พัฒนาให้เกิดรูปแบบ เครื่องมือ 3 ส. 3 อ. 1 น. เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พัฒนาศักยภาพวิทยากรส่วนกลางและเครือข่าย ทีม Coaching ระดับจังหวัด และอำเภอ ทีมปฏิบัติการระดับตำบล สนับสนุนให้เกิดอำเภอต้นแบบสุขภาพดี วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ใน 13 อำเภอ 13 จังหวัด และมีการถอดบทเรียนการดำเนินการนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ฯ ในพื้นที่ตัวอย่างที่มีความโดดเด่น คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น ซึ่งได้นำเอากระบวนการโครงการมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มาพัฒนาให้เกิดรูปแบบ DM Remission สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น ประสิทธิผลรูปแบบที่พัฒนา พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ปรับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และมีการปฏิบัติตามแนวทางนาฬิกาชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนัก เส้นรอบเอวลดลง และทำให้สามารถลดยารักษาเบาหวานได้
- ร่วมกับ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย พัฒนาระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพเขตเมืองของหน่วยบริการในระดับชุมชนเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน ดำเนินการในพื้นที่เป้าหมายระดับชุมชนในเขตเมือง 8 แห่ง 5 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพฯ ลำปาง นครพนม นนทบุรี และยะลา โดยจำแนกกลุ่มอาสาสมัครในพื้นที่รังสรรค์นวัตกรรม (sandbox) ออกเป็น 5 กลุ่มตามธรรมชาติการเกิดโรคเบาหวาน เพื่อวางแผนจัดการ

บริการสุขภาพรายบุคคล การดำเนินการวัดผลสำเร็จในการป้องกันเบาหวานได้ผลดีอย่างชัดเจนในกรณีของผู้ที่มีน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับก่อนเบาหวาน (Pre-DM) ป้องกันได้ตั้งแต่ร้อยละ 21.9 – 100 และในกรณีภาวะที่ระบบการเผาผลาญของร่างกายทำงานผิดปกติ (Metabolic Syndrome) และภาวะพร่องกล้ามเนื้อ (Sarcopenia) ป้องกันได้รองลงมา ส่วนกลุ่มที่ 4 กับ 5 สงบเบาหวาน (DM Remission) ที่วัดผลได้ได้ชัดเจนในกลุ่มรักษาเบาหวานด้วยยา และกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนแล้วในช่วงระยะเวลา 3 เดือน ในกรุงเทพมหานคร และนนทบุรี ส่วนอีก 3 พื้นที่ยังคงกลุ่มเดิมแต่ไม่มีภาวะที่รุนแรงขึ้น จึงสรุปได้ว่าการใช้พื้นที่รังสรรค์นวัตกรรมจำแนกกลุ่มเป้าหมายเพื่อควบคุมภาวะเบาหวาน สามารถแสดงประสิทธิผลตามลักษณะกิจกรรมและความรอบรู้ (literacy)ที่จัดให้ตามเป้าประสงค์ของการควบคุมเบาหวาน ทั้งในด้านการป้องกันโรค (prevention) และการสงบโรค (remission) โดยผู้จัดบริการทางวิชาชีพที่ให้คำปรึกษาต่อกลุ่มเป้าหมายสามารถปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (self-care) ของตนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบททางสังคมเศรษฐกิจของแต่ละคน ในระดับพื้นที่ชุมชน พบว่า บริการชุมชนเขตเมืองสามารถป้องกันกลุ่มก่อนเบาหวาน (Pre-DM) ได้ถึง ร้อยละ 21-100 ขึ้นกับความเข้มข้นในการให้ความรู้เรื่องการขาดดุลในการรับคาร์โบไฮเดรตกับวิธีการออกกำลังกาย และภาวะพร่องกล้ามเนื้อที่ต่างกันในแต่ละชุมชน ซึ่งต้องสื่อความรอบรู้ที่ซับซ้อนร่วมกับนักวิชาชีพทางการกำหนดอาหาร นักกายภาพบำบัด และนักวิทยาศาสตร์การกีฬา ที่สามารถวิเคราะห์และวางแผนเฉพาะบุคคลเข้ามาช่วยให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด ส่วนการสงบเบาหวาน (DM Remission) ทำได้ในชุมชนที่มีแพทย์ลงไปช่วยให้คำแนะนำและต้องรับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษา

3. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพและองค์กรเครือข่ายวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ เช่น เครือข่ายผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน กลุ่มนักศึกษาสหวิชาชีพ ภาคเอกชน เป็นต้น
   - ร่วมกับสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล พัฒนาและส่งเสริมให้เกิดกลไกทางวิชาการเพื่อการเพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอย่างบูรณาการ ของบุคลากรและหน่วยบริการสุขภาพและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ภายใต้งานโครงการการเพิ่มสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน ผ่านกระบวนการการเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพ โดยการเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติท่ามกลางความเป็นจริง โดยสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน จะทำหน้าที่เป็นศูนย์ดำเนินการทางวิชาการ จัดตั้งศูนย์และคณะกรรมการบริหารศูนย์ ALCC (ASEAN Learning Coordination Center) เพื่อช่วยเป็นที่ปรึกษาทางวิชาการ กำหนดทิศทาง และการบริหารศูนย์เรียนรู้ส่วนกลาง ทบทวน กำหนดสมรรถนะทีมบุคลากรสุขภาพ ทั้งในระดับทีมเรียน LT (Learning team) และ หน่วยประสานการเรียนรู้ LCC (Learning Coordination Center) เพื่อเป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ พัฒนากรอบหลักสูตรและเนื้อหากลางสำหรับพัฒนาทีมบุคลากรสุขภาพ โดยแนวคิดในการอบรม อาศัยหลักการจากการเสริมสมรรถนะเพื่อพัฒนาทักษะด้านอารมณ์ (soft skill) โดยมีการใช้กระบวนการหลักการและขั้นตอนของการเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติท่ามกลางความเป็นจริง (Participatory Interactive Learning through Action: PILA) คือการเรียนรู้จากประสบการณ์ชีวิต การสัมผัสความจริง และการทำงานจริง ในวิถีชีวิตประจำวัน ทำให้ได้ทีมวิทยากร/พี่เลี้ยง ของศูนย์การเรียนรู้ระดับเขต ที่มีสมรรถนะการใช้กระบวนการแบบ PILA จำนวน 65 คน จาก 13 จังหวัด/เขตบริการสุขภาพ และมีทีมเรียน Learning team (LT) ที่มีสมรรถนะการใช้กระบวนการแบบ PILA จำนวน 524 คน จาก 52 เครือข่าย จาก 13 จังหวัด/เขตบริการสุขภาพ มีการแลกเปลี่ยน

รู้ระหว่างศูนย์ฯ พัฒนาเกณฑ์และติดตามประเมินผลศูนย์จัดการความรู้ฯ และจัดกระบวนการเพื่อให้ได้ข้อสรุปข้อเสนอเชิงนโยบายสู่การเปลี่ยนแปลง

- ร่วมกับมูลนิธิศูนย์วิชาการสารเสพติด ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย และสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ดำเนินโครงการพัฒนาศูนย์วิชาการเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาให้ศูนย์วิชาการเวชศาสตร์ครอบครัว มีศักยภาพรองรับการพัฒนางานเครือข่ายวิชาการระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care and Family Medicine Node and Networks) เพื่อให้ศูนย์และเครือข่ายวิชาการระบบสุขภาพปฐมภูมิสามารถเป็นกลไกการขับเคลื่อนงานวิจัย/วิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่สามารถผลิตงานวิชาการเพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิได้ โดยมุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาจารย์ นักวิจัย ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ แก่อาจารย์ นักวิจัยในสถาบันฝึกอบรมฯ ทั่วประเทศ พัฒนาให้เกิดงานวิจัยเชิงระบบที่ตอบสนองความต้องการในระดับพื้นที่ รวมถึงระดับชาติ และเผยแพร่ผลการศึกษาต่อวงวิชาการ ระบบบริการและสังคมในวงกว้าง
- ร่วมกับ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปแห่งประเทศไทย และสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ขับเคลื่อนภายใต้คณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครด้านการแพทย์และสาธารณสุข สนับสนุนบุคลากรสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อทำหน้าที่เป็นกลไกหลักในการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการบริการร่วมแบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิกรุงเทพมหานครตามแนวคิด พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และการปฏิรูประบบสุขภาพ พัฒนาหลักสูตรสำหรับทีมบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิหน่วยระดับพื้นที่ (area manager) ซึ่งเป็นทีมสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วยผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข (แพทย์ประจำ) และหัวหน้าพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ รวม 41 คน นำร่อง 12 เขตในกรุงเทพมหานคร ครอบคลุม 6 โซน และขยายการเรียนรู้อีก 110 แห่ง ในเขตใกล้เคียง โดยมีเป้าหมายให้เกิดการบริหารพื้นที่และประชากรในเครือข่ายหน่วยบริการทั้งรัฐและเอกชน เพิ่มการเข้าถึงบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุม ประสาน ส่งเสริม สนับสนุนการทำงานแบบมีส่วนร่วมและหนุนเสริมระบบสุขภาพชุมชน ผลลัพธ์จากการเสริมสมรรถนะผู้ให้บริการและเครือข่าย ทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพกลไกบริการและปรับรูปแบบเครือข่ายบริการ 12 รูปแบบ ครอบคลุมประเด็นส่งเสริมป้องกันโรค บริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามกลุ่มวัย/พื้นที่ การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และระยะยาว เป็นต้น

4. บูรณาการการขับเคลื่อนทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ระหว่างหน่วยงานภายใน สสส. และภาคีเครือข่าย เช่น การขับเคลื่อนป้องกัน บุหรี่ไฟฟ้ากับนักศึกษาแพทย์รุ่นใหม่ และกลุ่ม อสม.

- ร่วมกับ มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ในการขับเคลื่อนเพื่อสนับสนุนการเชื่อมโยงความรู้ไปสู่นโยบายอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนในสังคมไทย มีการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้
  - พัฒนาหลักสูตรสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ SDGs ด้านสุขภาวะ โดยดำเนินการทบทวนกรอบแนวคิดและแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรฯ โดยทำการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องหลัก 2 ประเด็น คือ (1) หลักการพื้นฐานการพัฒนาที่ยั่งยืน จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับ SDGs เพื่อนำมาปรับใช้ในการพัฒนาหลักสูตรพบว่าประเด็นสำคัญที่เป็นพื้นฐานของการทำความเข้าใจ SDGs และ (2) เป้าหมายการพัฒนาด้านใน เกิดเป็น “หลักสูตรสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ

SDGs (Good health and Well-being)" จำนวน 1 หลักสูตร และอยู่ระหว่างการจัดอบรมนำร่องในกลุ่มเป้าหมาย

- พัฒนากลไกแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคส่วนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย โดย (1) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคส่วนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย พ.ศ. 2566 โดยงานดังกล่าว เป็นส่วนหนึ่งของงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 16 เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2566 ณ โรงแรมเซ็นทรา บาย เซ็นทารา ศูนย์ราชการ และคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ โดยเวทีดังกล่าว จัดขึ้นเพื่อให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูล และสถานการณ์ระดับพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับ SDGs ประเทศไทย ผ่านรายงานการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย พ.ศ. 2566 หนังสือก้าวเดินของชุมชน 5 พื้นที่เรียนรู้เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน และสื่อวิดีโอ "พื้นที่เรียนรู้ SDGs รุ่นที่ 1" และกลุ่มนักวิชาการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานเพื่อความยั่งยืนได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านกระบวนการถอดบทเรียน ซึ่งมีผู้เข้าร่วมงานดังกล่าว ประมาณ 300 คน และ 2) จัดเสวนาวิชาการสุขภาวะและการพัฒนาที่ยั่งยืน ครั้งที่ 1 ประจำปี 2567 "การขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืนระดับพื้นที่ของประเทศไทย" เมื่อวันที่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2567 เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ การนำหลักการการพัฒนาที่ยั่งยืนไปดำเนินการในระดับพื้นที่ ของประเทศไทย รวมทั้งสนับสนุนการสร้างเครือข่ายการพัฒนาที่ยั่งยืน และสร้างความเข้มแข็งในการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ อย่างบูรณาการโดยมีการนำเสนอในหัวข้อ ทิศทางการดำเนินงาน SDG Localization ในภูมิภาคเอเชีย และในประเทศไทย

- ร่วมกับชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งประเทศไทย และสมาคมอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งและขยายเครือข่ายการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพทั่วประเทศ โดยมีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับพื้นที่เขต จำนวน 7 พื้นที่ โดยแต่ละพื้นที่จะมีการแบ่งการนำเสนอเป็น 4 ฐาน ครอบคลุมงาน ทั้ง 12 ประเด็นที่เป็นวัตถุประสงค์ของทางโครงการ อาทิการจัดพื้นที่สำหรับให้คนในชุมชนได้ใช้เพื่อออกกำลังกาย การจัดทำขยะไร้ถังและมีกองทุนขยะ ชุมชนมีความสะอาด การตรวจวัดความเค็มของอาหาร และทำให้ในชุมชนไม่มีผู้ที่ต้องฟอกไต เป็นต้น
- ร่วมกับ สมาคมนิสิตนักศึกษาแพทย์นานาชาติ (ประเทศไทย) พัฒนาศักยภาพนิสิตนักศึกษาแพทย์ (Bootcamp 2023) โดยเป็นการสนับสนุนการพัฒนาโครงการนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และประกวดแข่งขันโดยตัดสินจากการนำเสนอโครงการโดยทีมนิสิตนักศึกษาแพทย์ จำนวน 10 ทีม โดยมีประเด็นสุขภาพ อาทิ บุหรี่ไฟฟ้า อาหาร กิจกรรมทางกาย เป็นต้น ซึ่งโครงการที่ชนะเลิศเป็นการทำ"NOVA Chatbot" ที่รวบรวมสื่อการศึกษา ติดตามการเลิกบุหรี่ พร้อมทั้งสนับสนุนผู้ใช้ผ่านงานด้วยการสื่อสารที่เหมาะสมและข้อเท็จจริงเกี่ยวกับบุหรี่

2. จุดเน้นของแผน

2.1 ขับเคลื่อนกลไกสุขภาพระดับจังหวัด/พื้นที่ การพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมือง รวมถึงการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปสู่ อบจ. เช่น ระบบสนับสนุนการขับเคลื่อนเชิงยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพระดับจังหวัด ความร่วมมือการทำงานกับ อบจ./สปสช.เพื่อพัฒนากองทุนสร้างเสริมสุขภาพระดับจังหวัด และกองทุนฟื้นฟูฯ

2.2 ขยายผลระบบสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพจากการดำเนินงานที่ผ่านมาและเกิดผลลัพธ์ต่อกลุ่มเป้าหมาย เช่น รูปแบบบริการการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) การปรับพฤติกรรมสุขภาพจนโรคเบาหวานสามารถเข้าสู่ระยะสงบได้ (DM remission) เป็นต้น

2.3 สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพและเครือข่ายวิชาชีพ เพื่อมุ่งสู่การพัฒนาบุคลากรสุขภาพแนวใหม่ให้สอดคล้องกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยสหวิชาชีพในระดับพื้นที่ เช่น เครือข่ายผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน เป็นต้น

2.4 สร้างความร่วมมือทางวิชาการ งานวิจัยหรือการจัดการองค์ความรู้กับหน่วยงานวิชาการ/สถาบันการศึกษา เพื่อพัฒนารูปแบบ/กลไกการดูแลสุขภาพเขตเมือง รวมถึงค้นหานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของเมืองตามการอยู่อาศัยและวิถีชีวิต

3. เป้าหมายการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก

1. หน่วยบริการสุขภาพ ที่สามารถสนับสนุนการสร้างพื้นที่เข้มแข็งและจัดการตนเองด้านสุขภาพ (ระดับชุมชน ตำบล อำเภอ) โดยบูรณาการประเด็นสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้ชุมชนหรือประชาชนมีสุขภาพดี สอดคล้องกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร ร่วมกับหน่วยงานองค์กรในพื้นที่ **ไม่น้อยกว่า 120 หน่วยบริการ**

2. บุคลากรสุขภาพปฐมภูมิ (บุคลากรสุขภาพ สหวิชาชีพ บุคลากรท้องถิ่น แกนนำฯลฯ) ที่มีขีดความสามารถในการสร้างการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ (ชุมชน ตำบล อำเภอ) เพื่อนำไปสู่การเกิดชุมชนเข้มแข็งและจัดการตนเองด้านสุขภาพที่ทำให้ชุมชนหรือประชาชนมีสุขภาพดี **ไม่น้อยกว่า 500 คน**

3. นวัตกรรม [129]/ เครื่องมือ/ ระบบสารสนเทศเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และกลุ่มประชากร **ไม่น้อยกว่า 2 นวัตกรรม/ เครื่องมือ/ ระบบ**

4. ระบบและกลไกสนับสนุนการขยายผลงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการ หน่วยบริการสุขภาพระดับจังหวัด/พื้นที่ การพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมือง รวมถึงการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต.ไปสู่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ที่สอดคล้องกับบริบทเชิงพื้นที่ **ไม่น้อยกว่า 2 กลไก**

[129] นวัตกรรม หมายถึง การทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยวิธีการ แนวคิด กระบวนการใหม่ ที่แก้ไขปัญหา เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง หรือพัฒนาสังคม สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ เช่น นวัตกรรมการจัดการเบาหวาน, ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบดิจิทัลที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ

ตัวชี้วัดร่วม

กลไกคณะทำงานหรือแผนการดำเนินงานร่วมของหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องในระดับเขตของกรุงเทพมหานคร เพื่อนำมาร่วมกันสนับสนุนการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 2 เขตนำร่อง โดยเป็นการดำเนินการร่วมมือกันระหว่างแผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะ (แผน 11) และแผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ (แผน 12)

4. วัตถุประสงค์

4.1 เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนกลไกสุขภาพระดับจังหวัด/พื้นที่ การพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมือง รวมถึงการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปสู่ อบจ.

4.2 เพื่อสนับสนุนการการขยายผลระบบและต้นแบบการสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพจากการดำเนินงานที่ผ่านมาและเกิดผลลัพธ์ต่อกลุ่มเป้าหมาย

4.3 เพื่อสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพและเครือข่ายวิชาชีพ เพื่อมุ่งสู่การพัฒนาบุคลากรสุขภาพแนวใหม่ ให้สอดคล้องกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยสหวิชาชีพในระดับพื้นที่

4.4 เพื่อสนับสนุนการสร้างความร่วมมือทางวิชาการ งานวิจัยหรือการจัดการองค์ความรู้กับหน่วยงานวิชาการ/สถาบันการศึกษา เพื่อพัฒนารูปแบบ/กลไกการดูแลสุขภาพเขตเมือง รวมถึงค้นหานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของเมืองตามการอยู่อาศัยและวิถีชีวิต

5. แนวทางการดำเนินงาน

ส่งเสริม สนับสนุนการขับเคลื่อนการพัฒนานโยบายสร้างเสริมสุขภาพในมิติต่าง ๆ การขยายผลการระบบและต้นแบบสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพร่วมกับองค์กรเครือข่ายวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เพื่อร่วมสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพ ตามทิศทางกรอบนโยบาย 5 ด้านตามที่คณะกรรมการกองทุน สสส. เห็นชอบ มีแนวทางการดำเนินงานระยะ 1 ปี ดังนี้

1. ใช้ทิศทางและเป้าหมายกองทุน ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) สถานการณ์และบริบททางสังคมในปัจจุบันเป็นกรอบในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับนโยบาย กฎหมาย และทิศทางการพัฒนาประเทศตามยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ นโยบายด้านสุขภาพของรัฐ และแผนระดับชาติที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนนโยบายของรัฐบาลที่เปลี่ยนแปลงไป และให้ความสำคัญกับการใช้ห่วงโซ่ผลลัพธ์ตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนและบูรณาการการทำงาน ตลอดจนการใช้กลไกการกำกับ ติดตาม และประเมินผลที่มีประสิทธิภาพควบคู่กันไป

2. สร้างและขยายผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างทั่วถึงและยั่งยืน โดยการขยายผลงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้ความสำเร็จจากการทำงาน ด้วยการนำองค์ความรู้ ต้นแบบ กลไก และนวัตกรรมเป็นฐานการขยายผลและยกระดับผลลัพธ์ทางสุขภาพเพื่อสร้างระบบนิเวศสุขภาวะที่ตอบสนองต่อสถานการณ์และสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยคำนึงถึงพลวัตและความแตกต่างเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร เพื่อสร้างความยั่งยืนต่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ
3. สนับสนุนการพัฒนาและใช้ประโยชน์ข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยนำข้อมูลสารสนเทศมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนการทำงานให้เกิดความแม่นยำ สามารถตอบสนองได้ตรงกับสภาพปัญหารายพื้นที่และสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป พร้อมคำนึงถึงการลดช่องว่างทางดิจิทัลในการเข้าถึงองค์ความรู้และฐานข้อมูลการสร้างเสริมสุขภาพได้ง่าย และการเท่าทันต่อการคุกคามและความปลอดภัยทางดิจิทัลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยสร้างการเรียนรู้ การสื่อสาร การพัฒนาศักยภาพ และการจัดการที่รองรับการเปลี่ยนแปลงอันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สภาพแวดล้อม และสังคมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพในยุคดิจิทัล
4. ให้ความสำคัญกับการลดผลกระทบของประชากรที่มีภาวะเปราะบางจากความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอุบัติใหม่ โดยคำนึงถึงการเตรียมความพร้อมต่อประเด็นเสี่ยงหรือความท้าทายใหม่ ที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม วิถีชีวิต สภาพแวดล้อม และสังคม เพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถรับมือต่อวิกฤตการณ์ทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมในปัจจุบัน
5. สานพลังการทำงานกับภาคียุทธศาสตร์ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ภาคีปฏิบัติการ และภาคีเครือข่ายทุกกลุ่ม พร้อมทั้งสร้างภาคีรุ่นใหม่ เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ ระดับชาติ และระดับสากล ด้วยการผลักดันนโยบาย การพัฒนางานวิชาการ และประสานทรัพยากร เพื่อสร้างความร่วมมือและส่งเสริมบทบาท และภารกิจด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

5.1 กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่ และขอบเขตการดำเนินงาน

1. เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. ศูนย์บริการสาธารณสุข ร้านยา คลินิกวิชาชีพ และภาคเอกชน
2. อบจ. และเครือข่ายที่มีความสนใจขับเคลื่อนกลไกระบบสุขภาพระดับ จังหวัด/พื้นที่ เช่น กองทุนสร้างเสริมสุขภาพระดับจังหวัด และกองทุนฟื้นฟูฯ
3. เครือข่ายบุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติหน้าที่ในระดับปฐมภูมิ เช่น พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย เภสัชกร ทันตแพทย์ และแพทย์ หรือทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น ทีมหมอครอบครัว รวมถึง เครือข่ายร่วมขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ เช่น เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เครือข่ายวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน เครือข่ายภาคประชาสังคมที่ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพ และองค์กรเครือข่ายวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง
4. เครือข่ายนักศึกษาด้านสาธารณสุข เช่น แพทย์ สาธารณสุขกายภาพบำบัด เป็นต้น ซึ่งเป็นคนรุ่นใหม่ที่มีความสนใจขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพและร่วมขับเคลื่อนเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์

5.2 ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

1. สร้างความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนกลไกสุขภาพระดับจังหวัด/พื้นที่ การพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมือง รวมถึงการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปสู่ อบจ. เช่น ระบบสนับสนุนการขับเคลื่อนเชิงยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพระดับจังหวัด ความร่วมมือการทำงานกับ อบจ./สปสช. ในการร่วมพัฒนากองทุนสร้างเสริมสุขภาพระดับจังหวัด กองทุนฟื้นฟูฯ
2. ขยายผลระบบสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพจากการดำเนินงานที่ผ่านมาและเกิดผลลัพธ์ต่อกลุ่มเป้าหมาย เช่น รูปแบบบริการการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) การปรับพฤติกรรมสุขภาพจนโรคเบาหวานสามารถเข้าสู่ระยะสงบได้ (DM remission) เป็นต้น
3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพและเครือข่ายวิชาชีพ เพื่อมุ่งสู่การพัฒนาบุคลากรสุขภาพแนวใหม่ให้สอดคล้องกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยสหวิชาชีพในระดับพื้นที่ เช่น เครือข่ายผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน เป็นต้น
4. สร้างความร่วมมือทางวิชาการ งานวิจัยหรือการจัดการองค์ความรู้กับหน่วยงานวิชาการ/สถาบันการศึกษา เพื่อพัฒนารูปแบบ/กลไกการดูแลสุขภาพเขตเมือง รวมถึงค้นหานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของเมืองตามการอยู่อาศัยและวิถีชีวิต

5.3 กลุ่มแผนงาน

1. กลุ่มแผนงานเครือข่ายบริการและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

1. พัฒนาระบบสนับสนุนการขับเคลื่อนกลไกระบบสุขภาพระดับจังหวัด/พื้นที่ รวมทั้งพัฒนาการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสู่ อบจ. ทั้งองค์ความรู้ ระบบสารสนเทศ และนวัตกรรมในการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบสุขภาพ เพื่อสร้างความร่วมมือการทำงานกับเครือข่าย เช่น ความร่วมมือการทำงานกับ อบจ./สปสช. ในการร่วมพัฒนากองทุนสร้างเสริมสุขภาพระดับจังหวัด, กองทุนฟื้นฟู
2. สนับสนุนการขยายผลระบบสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพจากการดำเนินงานที่ผ่านมาและเกิดผลลัพธ์ต่อกลุ่มเป้าหมาย เช่น รูปแบบบริการการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) การปรับพฤติกรรมสุขภาพจนโรคเบาหวานสามารถเข้าสู่ระยะสงบได้ (DM remission) เป็นต้น
3. สนับสนุนกระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ผ่านการพัฒนาหลักสูตร ทักษะการทำงานรูปแบบใหม่ ขยายแนวร่วมเครือข่ายวิชาชีพ ที่สามารถบริหารจัดการและยกระดับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ ทั้งในระบบสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพเขตเมือง ทำงานสอดคล้องกับกลไกงานและเครือข่ายในพื้นที่ และตอบสนองกับสถานการณ์สุขภาพ เช่น เครือข่ายผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน กองสาธารณสุขท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น เทศบาล ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน เป็นต้น

2. กลุ่มแผนงานระบบสุขภาพเขตเมือง

1. สนับสนุนการพัฒนากลไกหรือเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพตามบริบทพื้นที่เขตเมือง ที่ขยายขอบเขตการทำงานจากบริการทางสุขภาพ ระหว่างหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม ชุมชน ภาคเอกชน หรือองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์
2. พัฒนาทักษะที่จำเป็นในการจัดการสุขภาพที่มีความแตกต่างหลากหลาย ตามกลุ่มวัย สภาพสังคมและเศรษฐฐานะในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน สำหรับบุคคลาทางสุขภาพและท้องถิ่น รวมถึงประชาชนในพื้นที่เมือง โดยเชื่อมประสานภาคียุทธศาสตร์ ภาคีร่วมดำเนินการ ภาคีวิชาการ และกลไกการทำงานในพื้นที่
3. สนับสนุนงานวิชาการ งานวิจัย หรือการจัดการองค์ความรู้ เพื่อพัฒนาแนวคิดหรือรูปแบบและกลไกการดูแลสุขภาพเขตเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เขตเทศบาลเมือง เทศบาลนคร หรือเขตพื้นที่พิเศษ และค้นหานวัตกรรมที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของเมืองตามการอยู่อาศัย และการใช้ชีวิต เช่น ชุมชนแนวราบ ชุมชนแนวตั้ง เมืองประเภทต่าง ๆ และกลุ่มคนที่หลากหลาย โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางด้อยโอกาส เข้าไม่ถึงบริการ และสร้างเครือข่ายนักวิชาการด้านสุขภาพเขตเมือง
4. สนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีดิจิทัล การขับเคลื่อนพื้นที่ด้วยข้อมูลหรือการเชื่อมโยงข้อมูล เพื่อมุ่งเน้นให้เกิดการส่วนร่วมดูแลสุภาพของประชาชนตามวิถีชีวิตในพื้นที่เมือง ครอบคลุมปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ และหนุนเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง รู้ข้อมูลสุขภาพตนเอง และมีวิถีชีวิตที่ดี

3. กลุ่มแผนงานกลไกสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ

1. สนับสนุนการพัฒนากลไกเพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบสุขภาพ เช่น สนับสนุนการพัฒนาและขยายผลการใช้เครื่องมือและระบบเทคโนโลยีสารสนสนเทศ ในทำงานสร้างเสริมสุขสุขภาพ และการติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพทั้งในพื้นที่เขตเมืองและพื้นที่ต่างจังหวัด สนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนโยบายสาธารณะ นโยบายสุขภาพ ทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ รวมทั้งการตอบสนองต่อนโยบายเร่งด่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สนับสนุนการใช้แนวทางและเครื่องมือในการติดตามและประเมินผลเพื่อช่วยยกระดับการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในการวางแผนการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน เป็นต้น
2. สนับสนุนการทำงานและสร้างโอกาสการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ทั้งภาคีกลุ่มใหม่ ภาคีรุ่นใหม่ เช่น เครือข่ายนิสิตนักศึกษาด้านสุขภาพ เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเฉพาะทางด้านต่างๆ เป็นต้น
3. สนับสนุนสื่อสารสาธารณะจากต้นแบบการดำเนินงาน การจัดการความรู้จากการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักต่อประเด็นสุขภาวะที่สำคัญตามช่องทางต่าง ๆ ที่เหมาะสม

5.4 ภาคีหลัก

กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร (สำนักอนามัย) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันการศึกษา/วิชาการด้านการแพทย์ สาธารณสุข หรือด้านสุขภาพ สภาวิชาชีพ/มูลนิธิ/สมาคม/ชมรมวิชาชีพ หรือบุคลากรสุขภาพ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เครือข่ายภาคประชาชนสร้างเสริมสุขภาพ

6. งบประมาณ

รวม
170.00
ล้านบาท

กลุ่มแผนงานเครือข่ายบริการและระบบสุขภาพปฐมภูมิ	กลุ่มแผนงานระบบสุขภาพเขตเมือง	กลุ่มแผนงานกลไกสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ
90.00 ล้านบาท	**47.00** ล้านบาท	**31.00** ล้านบาท	**2.00** ล้านบาท

แผน 13

แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

1. สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

1.1 สถานการณ์ระดับสากล

สถานการณ์และแนวโน้มที่มีผลต่อทิศทางแผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพนั้น มีความเกี่ยวเนื่องกับสถานการณ์ระดับสากลที่มีความผันผวนและมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะภาวะภัยคุกคามสุขภาพโลก (global health threats) ที่มีความซับซ้อนและสร้างผลกระทบในวงกว้าง ส่งผลต่อประชาชนข้ามพรมแดน ทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาวะ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสภาพภูมิอากาศซึ่งทวีความรุนแรง การเพิ่มขึ้นของภาระโรคทั้งจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคติดต่ออุบัติใหม่ การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงอายุ ขณะที่อัตราการเกิดลดลงในหลายภูมิภาคทั่วโลก การเปลี่ยนแปลงทางด้านการเมืองระหว่างประเทศ รวมทั้งภูมิรัฐศาสตร์ที่มีแนวโน้มขยายความขัดแย้งและการแข่งขันเชิงภูมิรัฐศาสตร์ระหว่างประเทศมหาอำนาจ โดยการสาธารณสุขมักถูกใช้เป็นเครื่องมือเพื่อการบรรลุนโยบายทางการเมืองระหว่างประเทศ นอกจากนี้ ภายหลังวิกฤติการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีการปรับกระบวนทัศน์ระดับโลกสู่การมองสุขภาพในแบบองค์รวมมากขึ้น อาทิ แนวทางสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health Approach) ซึ่งเป็นวิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพแนวทางใหม่ที่รวม สุขภาพคน สุขภาพสัตว์ และสุขภาพสิ่งแวดล้อมเข้าไว้ด้วยกัน ตลอดจนการเป็นพลเมืองโลก (global citizen) ที่มีสำนึกความรับผิดชอบต่อการแก้ไขปัญหาทั้งในพื้นที่ตนเองและโลกไปพร้อมกัน เกิดผู้เล่นใหม่ที่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก นอกเหนือจากองค์กรรัฐระหว่างประเทศ (International Governmental Organizations เช่น องค์การอนามัยโลก หรือ สหประชาชาติ) อาทิ มูลนิธิการกุศลระหว่างประเทศ องค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศ บรรษัทข้ามชาติ และกองทุนพัฒนา ที่จัดตั้งโดยรัฐบาลของประเทศที่มั่งคั่ง เป็นต้น ซึ่งกระทบต่อกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพในระดับโลก ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ ได้ปรับเปลี่ยนจากกลไกที่เป็นระบบอภิบาลโดยภาครัฐเพียงอย่างเดียวไปสู่กลไกที่เป็นระบบอภิบาลแบบเครือข่ายหรือแบบการมีส่วนร่วมมากขึ้น

จากความท้าทายข้างต้น สสส. โดยส่วนงานวิเทศสัมพันธ์ จึงจำเป็นต้องยกระดับการทำงานโดยต่อยอดจากฐานเดิมที่มีอยู่เพื่อให้ตอบสนองต่อทุกบริบทการเปลี่ยนแปลง ทั้งการเสริมสร้างความสามารถของบุคลากรและภาคีเครือข่ายให้สามารถทำงานร่วมกับองค์กรต่างชาติได้อย่างเข้มแข็ง ตลอดจนการสร้างความร่วมมือกับองค์กรยุทธศาสตร์ระดับนานาชาติ ขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ ที่เอื้อต่อการบรรลุทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ของ สสส. เพื่อให้สอดรับกับแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพโลกของประเทศไทย (พ.ศ. 2564-2570) [130] ในประเด็นยุทธศาสตร์การส่งเสริมบทบาทนำ ภาพลักษณ์ และความรับผิดชอบงานด้านสร้างเสริมสุขภาพของไทยในประชาคมโลก

1.2 การเตรียมความพร้อมภาคีเครือข่าย เพื่อรับมือต่อความท้าทายในงานสร้างเสริมสุขภาพ

จากสถานการณ์ภายในประเทศและทั่วโลกที่กำลังเผชิญหน้ากับการเปลี่ยนแปลงในหลายมิติ ทั้งการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างประชากรและความแตกต่างระหว่างวัย การขยายตัวสู่ความเป็นเมือง ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงทางสภาพภูมิอากาศและภาวะโลกร้อน รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง

130 กองการต่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข . (2564). “แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2564-2570 (Thailand Global Health Action Plan 2021-2027”

ที่ส่งผลต่อนโยบายระดับประเทศ สถานการณ์เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม จึงเป็นความท้าทายต่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดี 4 มิติ สอดรับกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ในยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ประเด็นการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดีครอบคลุมทั้งกาย ใจ สติ ปัญญา และสังคม

การขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดี 4 มิติ ต้องประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งในและนอกระบบสุขภาพ อาทิ หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม สถาบันการศึกษา ชุมชนท้องถิ่น เป็นต้น เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างมีพลัง (synergy) อย่างไรก็ดี การขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานให้เหมาะสมกับสภาวะปัญหาหรือสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อตอบสนองต่อประเด็นที่มีความท้ายใหม่ ๆ และเพิ่มความเป็นธรรมทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนแก่ประเทศ ดังนั้น การเตรียมความพร้อมของภาคีให้มีสมรรถนะ และมีความเข้มแข็งสามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่มีแนวโน้มเกิดขึ้นในอนาคต จึงเป็นภารกิจที่ สสส. ควรดำเนินการเพื่อสนับสนุนให้ภาคีสามารถบริหารจัดการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ต่าง ๆ สร้างผลลัพธ์อันเป็นประโยชน์ต่อสุขภาวะที่ดีขึ้น ตลอดจนดูแลป้องกันและการช่วยลดความสูญเสียด้านสุขภาวะของประชาชน อีกทั้ง ควรสานพลังความร่วมมือเป็นเครือข่ายการทำงานกับภาคียุทธศาสตร์ ภาคีเครือข่ายทุกกลุ่ม และสร้างภาคีรุ่นใหม่ เพื่อเสริมพลังสร้างการทำงานแบบมีส่วนร่วม

1.3 การใช้องค์ความรู้ งานวิจัย นวัตกรรม และเทคโนโลยี เพื่อขยายผลลัพธ์ทางสุขภาพ

กรอบนโยบายการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ของ สสส. เน้นย้ำในการนำองค์ความรู้ต้นแบบ กลไก และนวัตกรรมเป็นฐานการขยายผลและยกระดับผลลัพธ์ทางสุขภาพเพื่อสร้างและขยายผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างทั่วถึงและยั่งยืน และสนับสนุนการนำข้อมูลสารสนเทศมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนการทำงานให้เกิดความแม่นยำ สามารถตอบสนองได้ตรงกับสภาพปัญหารายพื้นที่และสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป แผนงานวิชาการและนวัตกรรม สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้และงานวิจัยที่สอดคล้องกับสถานการณ์ด้านสุขภาพและสังคม รวมทั้งส่งเสริมการคิดค้นนวัตกรรมและเทคโนโลยี ควบคู่ไปกับการประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสม ตลอดจนสนับสนุนการปรับโครงสร้างและผลักดันนโยบายทางสุขภาพ เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม (พ.ศ. 2561 - 2580) ที่มีแนวคิดในการส่งเสริมการวิจัย พัฒนา และประยุกต์ใช้นวัตกรรมในการแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำในสังคม เน้นประเด็นสำคัญทางสังคมเพื่อเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการยกระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ รองรับกระแสโลกาภิวัตน์ของวัฒนธรรมโลกที่รวดเร็วขึ้นในยุคดิจิทัล

1.4 สถานการณ์และแนวโน้มด้านการพัฒนาบุคลากร

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการพัฒนาทุนมนุษย์อย่างต่อเนื่อง และปรากฏอย่างชัดเจนในยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561–2580 ที่กำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มีเป้าหมายการพัฒนาสำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ โดยคนไทยมีความพร้อมทั้งกาย ใจ สติปัญญา มีพัฒนาการที่ดีรอบด้านและมีสุขภาวะที่ดีในทุกช่วงวัย มีจิตสาธารณะรับผิดชอบต่อสังคม มีนิสัยรักการเรียนรู้และการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต นอกจากนั้น ประเด็นยุทธศาสตร์ด้านการสร้าง

โอกาสและความเสมอภาคทางสังคม มีเป้าหมายการพัฒนาที่ให้ความสำคัญกับการดึงพลังของภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ชุมชนท้องถิ่น มาร่วมขับเคลื่อน ร่วมคิดร่วมทำเพื่อส่วนรวม การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการตนเอง และการเตรียมความพร้อมของประชากรทั้งในมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อมให้เป็นประชากรที่มีคุณภาพและทำประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคม

นอกจากนี้ การทำงานในยุคปัจจุบัน องค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ต่างให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะและทักษะในการประกอบอาชีพ เก่งงาน เก่งคน และมีทัศนคติและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพื่อสนับสนุนองค์กรให้ประสบความสำเร็จและก้าวไปข้างหน้าอย่างไร้ขีดจำกัด มุ่งเน้นการสร้างทักษะใหม่ที่จำเป็นในการทำงานให้สอดคล้องกับความต้องการ (re-skill) พัฒนายกระดับทักษะเดิมให้ดีขึ้น (up-skill) เพื่อรับมือกับความเปลี่ยนแปลงในยุคดิจิทัล รวมทั้งต่อยอดทักษะเดิมให้บุคลากรมีความสามารถทัดเทียมหรือเหนือกว่าคู่แข่งในอุตสาหกรรมเดียวกัน จึงเป็นโอกาสในการเสริมทักษะและสอดแทรกองค์ความรู้ด้านการสร้างสุขภาวะให้แก่บุคลากรในองค์กรต่าง ๆ นำความรู้ไปใช้ปรับเปลี่ยนปัจจัยกำหนดสุขภาพให้ องค์กร ชุมชน และสังคมมีสุขภาวะที่ดีได้อย่างยั่งยืน

1.5 สถานการณ์และแนวโน้มภายใน สสส.

1. คณะกรรมการกองทุนได้กำหนดประเด็นการทำงานเป็นเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ในระยะ 10 ปี (พ. ศ. 2565-2574) จำนวน 8 เรื่อง (7+1) ได้แก่ (1) ลดอัตราการบริโภคยาสูบ (2) ลดอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด (3) เพิ่มสัดส่วนการบริโภคอาหารอย่างสมดุล (4) เพิ่มสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ (5) ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน (6) เพิ่มสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตสมบูรณ์ (7) ลดผลกระทบสุขภาพจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อม และ (8) เตรียมพร้อมรับปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น โดยในการขับเคลื่อนงานการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อบรรลุตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ที่กำหนดข้างต้น สำนักงานได้นำห่วงโซ่ผลลัพธ์ หรือ Chain of Outcome (CoO) มาใช้เป็นกรอบในการวิเคราะห์ขอบเขตของการดำเนินงานที่เป็นจุดเน้นที่คาดหวังให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพที่ดีขึ้นของประชากรในทุกมิติ โดยการที่คนจะมีสุขภาพที่ดีนั้น ตัวกำหนดสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ วิถีชีวิตและพฤติกรรมของตัวบุคคล และสภาพแวดล้อมทางสังคมและกายภาพ
2. จากการประเมินผลที่ผ่านมา ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการประเมินผลมีข้อเสนอแนะว่า การประเมินผลภาพรวมของ สสส. ยังมีข้อจำกัด อาทิ ความชัดเจนในการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์และผลการดำเนินงานของแผนกับยุทธศาสตร์หลักของ สสส. ความพร้อมของข้อมูลสำหรับใช้ในการประเมินผลที่ครอบคลุมทุกมิติ และระบบการติดตามและประเมินผลยังมีช่องว่างในการพัฒนาหลายด้าน จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลที่สำคัญ ได้แก่ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศเพื่อการติดตามและประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมและเพียงพอต่อการใช้งาน การสร้างองค์ความรู้ด้านการประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาหลักสูตรการประเมินผล อาทิ การประเมินผลลัพธ์และผลกระทบงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงเศรษฐศาสตร์ การประเมินเชิงพัฒนา และการพัฒนาศักยภาพ/ขีดความสามารถด้านการติดตามและประเมินผลระดับบุคคล (ทั้งภายในและภายนอก) รวมทั้งสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายนักประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพที่เข้มแข็งและเสริมสร้างวัฒนธรรมการประเมินผลขององค์การ (evaluation culture) ต่อไปด้วย

1.6 ผลการดำเนินงานสำคัญของปีที่ผ่านมา

1. แผนงานภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ บูรณาการความร่วมมือกับสำนักต่าง ๆ และภาคีเครือข่าย โดยการสานพลังภาคีเครือข่าย หนุนเสริมศักยภาพ และขยายงาน ผ่านระบบ/กลไกสนับสนุนต่าง ๆ ของแผนงานภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ เพื่อหนุนเสริมการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 2 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ อาหาร และการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และร่วมมือกับหน่วยงานสนับสนุนภายในองค์กรเพื่อเตรียมความพร้อมภาคีเครือข่าย ทั้งด้านสรรถนะการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ และด้านการบริหารจัดการโครงการสร้างเสริมสุขภาพ อีกทั้งดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายและสถาบันการศึกษาในการพัฒนากลไกเชื่อมประสานภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นกลไกวิชาการเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและสนับสนุนการทำงานของภาคีเครือข่ายในลักษณะข้ามประเด็น ข้ามพื้นที่ ข้ามพรมแดน รวมถึงหนุนเสริมศักยภาพที่จำเป็น และสนับสนุนให้เกิดการเปิดพื้นที่แลกเปลี่ยนการทำงาน เพื่อให้เห็นแนวทางการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพที่หลากหลาย ช่วยตอบโจทย์การทำงานสร้างเสริมสุขภาพในปัจจุบันและยุทธศาสตร์การทำงานของ สสส. มากขึ้น นอกจากนี้ ได้ส่งเสริมบทบาท สสส. ในการเป็นศูนย์การเรียนรู้ระดับนานาชาติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (International Learning Hub for Health Promotion) ผ่านการจัดเวทีพัฒนาศักยภาพระดับสากลให้กับบุคลากรจากประเทศกำลังพัฒนา การส่งผู้แทน สสส. ร่วมแสดงบทบาทหลักบนเวทีระดับนานาชาติ และการรับคณะศึกษาดูงานจากนานาประเทศ ตลอดจนขยายเครือข่ายและขับเคลื่อนข้อตกลงความร่วมมือกับองค์กรยุทธศาสตร์นานาชาติ อาทิ เครือข่ายกองทุนสร้างเสริมสุขภาพนานาชาติ (International Network of Health Promotion Foundations: INHPF) แผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย ปี 2565-2569 (WHO-CCS 2022-2026) ข้อตกลงความร่วมมือกับเครือข่ายมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพอาเซียน (ASEAN University Network - Health Promotion Network หรือ AUN-HPN) และข้อตกลงความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO-SEA RO) เป็นต้น
2. แผนงานวิชาการและนวัตกรรม ดำเนินการตามภารกิจด้านการสนับสนุนงานวิชาการ วิจัย และการพัฒนานวัตกรรม ประกอบด้วย การจัดทำแผนแม่บทการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม พ.ศ. 2567-2570 เพื่อสนับสนุนกลไกการพัฒนาองค์ความรู้ งานวิจัย ผลงานวิชาการ การสนับสนุนการจัดทำรายงานวิจัยด้านสุขภาพระดับประเทศ เพื่อใช้ประโยชน์ในการกำหนดทิศทางหรือวางแผนการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพของ สสส. ได้แก่ รายงานภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย รายงานสุขภาพคนไทย การพัฒนาต่อยอดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพจากการประกวดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ Prime Minister's Award for Health Promotion Innovation การเชื่อมโยงระบบบริหารจัดการทรัพย์สินทางปัญญากับระบบบริหารโครงการของ สสส. เพื่อรวบรวม งานวิจัย ผลงานวิชาการ ผลงานนวัตกรรม และทรัพย์สินทางปัญญาของ สสส. เพื่อผลักดันให้เกิดการขยายผลการใช้ประโยชน์ในวงกว้าง รวมถึงสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมที่สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของ สสส. ตลอดจนร่วมมือกับพันธมิตรในการขับเคลื่อนให้เกิดผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรมในเชิงประเด็น เชิงพื้นที่ เชิงระบบ หรือลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ด้วยแนวคิด Innovation & Creativity ในการสนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการและนวัตกรรม และ Collaboration & Unity ร่วมมือและสร้างเครือข่ายในการทำงานกับหน่วยงานอื่น ๆ และ สามารถพัฒนางานด้านวิชาการและนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถนำไปขยายผลและพัฒนาต่อยอด ตอบสนองงานวิจัยเชิงกลยุทธ์ (strategic) เชิงนโยบายและใช้ประโยชน์ได้ในเชิงสาธารณะ

3. แผนงานสนับสนุนการติดตามและประเมินผล ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2567 ได้พัฒนาดัชนีชี้วัดกลางสำหรับการกำกับติดตามและประเมินผลตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ของเป้าหมายใน 7 ประเด็น รวมทั้งหมด 39 ตัวชี้วัด ที่มีการตรวจสอบและยืนยันความเหมาะสมของชุดดัชนีชี้วัดกลางเรียบร้อยแล้ว และมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสำหรับการกำกับติดตามและประเมินผลตามดัชนีชี้วัดกลางที่มีแหล่งข้อมูลอยู่แล้วและข้อมูลพร้อมใช้ จำนวน 7 ประเด็น โดยมีการประมวลผลข้อมูล สังเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ประโยชน์ จำนวน 5 ประเด็น ได้แก่ ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมทางกาย อาหาร สุขภาพจิต นอกจากนี้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ได้ริเริ่มวางแผนร่วมกับสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการติดตามและประเมินผล สามารถกำหนดตัวชี้วัด ผลผลิตระดับโครงการ รวมถึงการประเมินผลสัมฤทธิ์ของแผนงาน/โครงการให้มีความสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายของ สสส. ได้ ซึ่งการดำเนินงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการตอบสนองต่อข้อเสนอแนะของคณะกรรมการประเมินผลในการพัฒนา/เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการโครงการของแผน โดยมุ่งเน้นการใช้ประโยชน์จากผลการประเมิน
4. สถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ ดำเนินการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายและกลุ่มเป้าหมายของสถาบันจำนวน 63 ครั้ง จาก 49 หลักสูตร โดยจัดอบรมสำหรับพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. จำนวน 35 ครั้ง จาก 24 หลักสูตร จัดอบรมสำหรับพัฒนาศักยภาพภาคสาธารณะ จำนวน 7 ครั้ง จาก 7 หลักสูตร และจัดอบรมสำหรับพัฒนาศักยภาพองค์กรหรือหน่วยงานภายนอก จำนวน 21 ครั้ง จาก 18 หลักสูตร และเป็นหลักสูตรเอกลักษณ์ (Signature Course) จำนวน 1 หลักสูตร คือ การตลาดเพื่อสังคม: การออกแบบไอเดียงานเพื่อสังคมให้น่าสนใจ โดยมีผู้รับประโยชน์จากการอบรมพัฒนาศักยภาพของสถาบันจำนวน 2,170 ราย โดยเป็นการอบรมพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย สสส. หรือบุคลากร สสส. จำนวน 1,069 ราย อบรมพัฒนาศักยภาพภาคสาธารณะ จำนวน 134 ราย และองค์กรหรือหน่วยงานภายนอก จำนวน 967 ราย นอกจากนี้ มีการทำความร่วมมือด้านการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร จำนวน 5 ความร่วมมือ ได้แก่ (1) สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ (2) คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร (3) สถาบันข้อมูลขนาดใหญ่ (องค์การมหาชน) (4) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต ภายใต้คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะสถาปัตยกรรม ศิลปะและการออกแบบ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง KX Build มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี สถาบันโค้ชไทย และ (5) อ่านเอา (เว็บไซต์ anowl.co) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความร่วมมือด้านการพัฒนาหลักสูตรใหม่ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ (ข้อมูล ณ 30 มิถุนายน 2567)

2. จุดเน้นของแผน

2.1 **บูรณาการความร่วมมือกับภาคีภาคส่วนต่างๆ ที่เน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ** เพื่อช่วยลดช่องว่างการทำงานของภาคี ตลอดจนยกระดับกลไกสนับสนุนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมถึงต่อยอดขยายผลความร่วมมือกับองค์กรยุทธศาสตร์ระดับนานาชาติ เพื่อสร้างความร่วมมือและส่งเสริมบทบาทภารกิจด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

2.2 **เสริมสร้างความเข้มแข็งภาคีเครือข่ายให้มีความพร้อมรับมือต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งในประเทศ และในระดับสากล** ที่ส่งผลกระทบต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเน้นการเสริมสร้างความเข้าใจ ให้ความรู้และทักษะที่จำเป็นในประเด็นที่จะส่งผลกระทบต่อการทำงานของภาคีเครือข่ายในอนาคต ตลอดจนพัฒนาศักยภาพคนรุ่นใหม่ เพื่อให้มีความพร้อมและมีส่วนร่วมในการทำงานกับ สสส.

2.3 **สนับสนุนการใช้ประโยชน์จากองค์ความรู้ ฐานความรู้และข้อมูลด้านสุขภาวะ ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ** ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ ตอบสนองต่อเป้าหมายและยุทธศาสตร์ของ สสส. เพื่อนำมาใช้วางแผนขับเคลื่อนการดำเนินงาน

2.4 **พัฒนาและขับเคลื่อนระบบและกลไกการสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากงานวิชาการ งานวิจัย และนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ**

2.5 **สนับสนุนการพัฒนาและใช้ประโยชน์ ต้นแบบนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ** ที่สอดคล้องกับภารกิจของ สสส. ที่สามารถเห็นผลลัพธ์ได้อย่างชัดเจน

2.6 **พัฒนาระบบแสดงผลข้อมูลในประเด็นสุขภาพระดับจังหวัด** เพื่อใช้สำหรับการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

2.7 **พัฒนาศักยภาพ/ขีดความสามารถด้านการติดตามและประเมินผลของบุคลากรให้มีความเข้าใจด้านการติดตามประเมินผล** ทั้งในระดับแผนงาน และโครงการ เพื่อพัฒนา/เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการโครงการของแผน

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

3. เป้าหมายการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก

1. ความร่วมมือบูรณาการภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของ สสส. **ไม่น้อยกว่า 3 เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์**
2. ภาคีเครือข่าย สสส. **ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60** ได้รับการพัฒนาสมรรถนะ เพื่อเตรียมความพร้อมรับมือต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งในประเทศและในระดับสากลที่ส่งผลกระทบต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
3. ผลงานวิจัย/ วิชาการด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปี **ไม่น้อยกว่า 3 ผลงาน**
4. ต้นแบบนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ **ไม่น้อยกว่า 5 ต้นแบบ**
5. ระบบแสดงผลข้อมูลในประเด็นสุขภาพระดับจังหวัด **ไม่น้อยกว่า 4 จังหวัด**
6. หลักสูตรด้านการติดตามและประเมินผลในระดับแผนงาน/โครงการที่เหมาะสมกับการดำเนินงานของ สสส. **ไม่น้อยกว่า 1 หลักสูตร** โดยการทำงานร่วมกับสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Academy: THA) หรือหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญด้านการติดตามและประเมินผล
7. ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานตามแผนของสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Academy) **ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของเป้าหมายปี 2568** [131]

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

1. **คนรุ่นใหม่** หมายถึง เยาวชน หรือ ภาคีหน้าใหม่ หรือ คนที่สนใจจะมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับ สสส.
2. **ความพร้อมรับมือต่อการเปลี่ยนแปลง** หมายถึง การมีความรู้ ทักษะ คุณลักษณะที่สะท้อนความยืดหยุ่นและความสามารถในการปรับตัวให้สามารถทำงานภายใต้บริบทและสภาพแวดล้อมที่อาจเปลี่ยนแปลงไปได้อย่างเหมาะสม โดยสามารถทำหน้าที่ตามความรับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพและรับมือกับปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นจากบริบทและสภาพแวดล้อมที่อาจเปลี่ยนแปลงไปได้
3. **การเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อการสร้างเสริมสุขภาพ** หมายถึง สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อการขับเคลื่อนงาน อาทิ การเปลี่ยนแปลงภายใน สสส. ที่ส่งผลต่อการทำงานของภาคีเครือข่าย (เช่น ระเบียบระบบสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง) หรือ ประเด็นการทำงานใหม่ ๆ ทั้งในและต่างประเทศที่กระทบต่อการทำงานของภาคีเครือข่าย (เช่น ปัจจัยทางการค้ากำหนดสุขภาพ (Commercial Determinants of Health) แนวทางการดำเนินงานด้านสุขภาพโลกที่มีประสิทธิภาพ) หรือ ประเด็นที่สอดคล้องกับกรอบนโยบาย ปี 2568 สสส. หรือ วาระกลางปี 2568 หรือทิศทางเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2567) เป็นต้น

[131] เป้าหมายในปี 2568 คณะกรรมการบริหารสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพจะเป็นผู้ให้ความเห็นชอบ

4. **นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ** หมายถึง แนวคิด กระบวนการ หรือสิ่งประดิษฐ์ ที่เกิดขึ้นจากการผสมผสานความคิดริเริ่มสร้างสรรค์บนฐานของวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม ให้เป็นผลงานที่นำไปสู่การแก้ปัญหา หรือพัฒนาสังคมสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ ช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ หรือส่งเสริมให้คนมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน
5. **ฐานความรู้และข้อมูลด้านสุขภาวะ** อาทิ ข้อมูลการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ข้อมูลภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย (Burden of Disease) ข้อมูลรายงานสุขภาพคนไทย (Thai Health Report) ข้อมูลสถิติสุขภาพคนไทย (ThaiHealthStat) ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพจากระบบ Digital Platform Saansook ข้อมูลจากการใช้งานของชุมชนจากแพลตฟอร์มตามสั่ง-ตามส่ง เป็นต้น
6. **ต้นแบบนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ** หมายถึง นวัตกรรมที่สร้างหรือพัฒนาขึ้น ซึ่งสามารถแสดงผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการเรียนรู้และขยายผลในวงกว้าง หรือเพื่อสร้างผลสำเร็จซ้ำในลักษณะเดียวกันหรือคล้ายคลึงกัน โดยมีการวิเคราะห์ให้เห็นองค์ประกอบภายใน กระบวนการและขั้นตอน ปัจจัย เงื่อนไข และบริบทที่ส่งผลต่อความสำเร็จ โดยอาจมีการประเมินความเหมาะสมเพื่อนำไปขยายผลได้

4. วัตถุประสงค์

4.1 เพื่อพัฒนาระบบหรือกลไกการสนับสนุนและเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นที่สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของ สสส.

4.2 เพื่อสร้างความเข้มแข็งภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ ให้มีความพร้อมในการรับมือต่อการเปลี่ยนแปลงที่กระทบต่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

4.3 เพื่อสนับสนุนและขับเคลื่อนการพัฒนาและใช้ประโยชน์ จากองค์ความรู้ ฐานความรู้และข้อมูลด้านสุขภาวะ ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพและต้นแบบนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ที่สอดคล้องกับภารกิจของ สสส.

4.4 เพื่อพัฒนาระบบแสดงผลข้อมูลในประเด็นสุขภาพระดับจังหวัด (4 จังหวัดนำร่อง) เพื่อสนับสนุนการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

4.5 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

5. แนวทางการดำเนินงาน

5.1 กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

1. **ภาคีเครือข่ายที่ได้รับการสนับสนุนทุนจากสำนักต่าง ๆ ของ สสส.** ซึ่งเป็นภาคีที่มีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promoter / Social Changer / Alumni) 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. **ภาคียุทธศาสตร์สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ** สถาบันวิชาการ สถาบันอุดมศึกษา และหน่วยงานของรัฐที่มีกลไกขับเคลื่อนและประสาน (Node) ที่สามารถสนับสนุนให้เกิดการทำงานร่วมกันและพัฒนาเป็นระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะทั้งในระดับจังหวัดและระดับประเทศได้อย่างต่อเนื่อง และภาคีเครือข่ายทางกฎหมายและพันธมิตรในสาขาอื่นที่สามารถหนุนเสริมการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะให้เกิดผลได้อย่างเป็นรูปธรรม
5. **สำนักและฝ่ายที่ดูแลแผนต่าง ๆ ของ สสส.** ผ่านการร่วมดำเนินการของแผน การให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะเชิงกลยุทธ์ที่เกี่ยวกับงานภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร สสส. กับสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ และการนำกลไกที่เกิดขึ้นไปใช้ในการกำกับติดตามประเมินผล วางแผนยุทธศาสตร์และงบประมาณสำหรับการดำเนินงานให้บรรลุตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 – 2574)
6. **คนรุ่นใหม่** ได้แก่ เยาวชน ภาคีหน้าใหม่ หรือภาคีรุ่นใหม่ ที่สนใจการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพ สร้างความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมกับ สสส.
7. **ประชาชนทั่วไป** (Health Promoter / Social Changer) ผ่านการร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพของสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ ให้มีความสามารถในการถ่ายทอดวิถีสุขภาวะที่ดีในชุมชนและสังคม

5.2 ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

1. แผนงานภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์

1. พัฒนากลไกสนับสนุนการเชื่อมโยงและสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ที่เอื้อให้เกิดการทำงานข้ามประเด็น ข้ามพื้นที่ พัฒนากลไกความร่วมมือด้านการสร้างเสริมสุขภาพระดับสากล ตลอดจนแสวงหาความร่วมมือกับภาคีพันธมิตรทั้งในประเทศและในระดับสากล เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพของภาคีเครือข่ายในประเด็นที่สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของ สสส.
2. เสริมสร้างความเข้มแข็งภาคีเครือข่าย โดยการพัฒนาสมรรถนะ ทักษะภาคีเครือข่าย เพื่อเตรียมความพร้อมให้สามารถรองรับกับบริบทการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ โดยมุ่งเน้นคนรุ่นใหม่ ได้แก่ เยาวชน ภาคีหน้าใหม่ หรือภาคีรุ่นใหม่
3. มุ่งผลสัมฤทธิ์การทำงาน โดยวางระบบและเครื่องมือการติดตามการดำเนินงานในการสานพลังและเสริมสมรรถนะภาคีเครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. แผนงานวิชาการและนวัตกรรม

1. ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนแม่บทการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม พ.ศ. 2567 – 2570 ของ สำนักวิชาการและนวัตกรรม โดยสนับสนุนการสร้างงานวิจัย ผลงานวิชาการ ที่สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) และเพิ่มการใช้ประโยชน์องค์ความรู้ ฐานความรู้และข้อมูลด้านสุขภาวะ ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพโดยเฉพาะข้อมูลภาระโรค (Burden of Disease) รายงานสุขภาพคนไทย วารสารการสร้างเสริมสุขภาพ และผลงานวิจัยอื่น ๆ โดยการสื่อสารเชิงรุก เพื่อเผยแพร่ข้อมูล องค์ความรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และสร้างความเข้าใจกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย
2. พัฒนากลไกสนับสนุนนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นที่รู้จักและนำไปสู่การใช้ประโยชน์ จากระบบและกลไกการสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากงานวิชาการ งานวิจัย และนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การจัดประกวดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การบ่มเพาะแนวคิดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาต่อยอดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกับสตาร์ทอัพ วิสาหกิจประเภทต่าง ๆ ผู้ประกอบการใหม่ ภาครัฐและภาคเอกชน เป็นต้น
3. สนับสนุนการใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย ผลงานนวัตกรรมและทรัพย์สินทางปัญญาจากระบบและกลไกการสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากงานวิชาการ งานวิจัย และนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งในเชิงสาธารณประโยชน์และเชิงพาณิชย์ ผ่านระบบบริหารจัดการทรัพย์สินทางปัญญาของ สสส.
4. สร้างเสริมความรู้ความเข้าใจด้านทรัพย์สินทางปัญญาให้แก่เจ้าหน้าที่ และภาคี สสส. รวมทั้งส่งเสริมการนำผลงานไปใช้ประโยชน์ ตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมการใช้ประโยชน์งานวิจัยและนวัตกรรม พ.ศ. 2564 อย่างต่อเนื่อง

3. แผนงานสนับสุนนการติดตามและประเมินผล

1. สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานภายในและภายนอก สสส. เครือข่ายนักวิชาการที่เชี่ยวชาญด้านการติดตามและประเมินผล เพื่อพัฒนาดัชนีชี้วัดกลางและพัฒนาระบบฐานข้อมูลในการกำกับติดตามผลการดำเนินงานตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) สำหรับใช้ในการวางแผนยุทธศาสตร์ กำกับทิศทางและประเมินผลการดำเนินงานตามเป้าหมายที่กำหนดไว้
2. สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานภายในและภายนอก สสส. เครือข่ายนักวิชาการที่เชี่ยวชาญ เพื่อพัฒนาหลักสูตรด้านการติดตามและประเมินผลในระดับแผนงาน/โครงการที่เหมาะสมกับการดำเนินงานของ สสส.

4. สถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ

1. สร้างความโดดเด่นด้านการพัฒนาศักยภาพการสร้างเสริมสุขภาวะ โดยพัฒนาหลักสูตรเอกลักษณ์ (Signature Course) และหลักสูตรมาตรฐานอื่น ๆ (Professional Course) หรือกระบวนการจัดการเรียนรู้ในด้านการสร้างเสริมสุขภาวะ การวัดและประเมินผลการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์
2. การพัฒนาศักยภาพนักขับเคลื่อนสุขภาวะ (Health Promoter/Social Changer/Alumni) เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. การสื่อสารเพื่อสร้างความร่วมมือกับส่วนงานภายใน สสส. ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานภายนอก เช่น หน่วยงานภาครัฐ สถาบันวิชาการ สถานศึกษา ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน ทั้งในประเทศและต่างประเทศ
4. การพัฒนาบุคลากรให้มีความสามารถเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน
5. การออกแบบระบบนิเวศเพื่อให้เกิดการเสริมพลังร่วม (Collective power/Collective Impact) ในกลุ่มนักขับเคลื่อนสุขภาวะ (Health Promoter / Social Changer/Alumni)

5.3 ภาคีหลัก

องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาวะ ภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ สสส.
คณะกรรมการประเมินผล และคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง กระทรวงการต่างประเทศ กองการต่างประเทศ
กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ
ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
สำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สป.อว.)
สำนักมาตรฐานและคุณภาพอุดมศึกษา สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
สถาบันส่งเสริมภาคประชาสังคม สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)
องค์กรที่จัดตั้งตามพระราชบัญญัติเฉพาะ มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPF)
มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ
มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) มูลนิธิหมอชาวบ้าน
มูลนิธิบูรณะชนบทแห่งประเทศไทย บริษัท กู๊ดแฟคทอรี่ จำกัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ มหาวิทยาลัยนครพนม
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Chula Unisearch)
เครือข่ายกองทุนสร้างเสริมสุขภาพนานาชาติ (International Network of Health Promotion Foundations: INHPF)
เครือข่ายมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพ ASEAN University Network - Health Promotion Network (AUN-HPN)
องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย (WHO-Thailand)
องค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO-SEARO)
Southeast Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA)

6. งบประมาณ

รวม
167.00
ล้านบาท

กลุ่มแผนงานภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์	กลุ่มแผนงานวิชาการและนวัตกรรม	กลุ่มแผนงานติดตามและประเมินผล	กลุ่มแผนงานสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ
99.51 ล้านบาท	25.20 ล้านบาท	14.50 ล้านบาท	12.30 ล้านบาท

การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ
15.49 ล้านบาท

แผนงานภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์	6.59 ล้านบาท
แผนงานวิชาการและนวัตกรรม	0.80 ล้านบาท
แผนงานติดตามและประเมินผล	1.30 ล้านบาท
แผนงานสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ	6.80 ล้านบาท

แผน 14

แผนอาหาร เพื่อสุขภาวะ

1. สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ ปี 2568 มุ่งดำเนินการเพื่อตอบสนองเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (The Sustainable Development Goals: SDGs) ที่กล่าวถึง การยุติความหิวโหย (SDG 2) การผลิตและบริโภคที่ยั่งยืน (SDG 12) โดยครอบคลุมและเชื่อมโยงไปทั้งระบบอาหาร (food system) ตั้งแต่การผลิตไปสู่การกระจาย การแปรรูป การตลาด และผู้บริโภค อีกทั้งยังสอดรับไปกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2561 - 2580) เพื่อนำไปสู่การบรรลุทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) คือ การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพอย่างสมดุลเพิ่มขึ้น

1.1 สถานการณ์ที่สอดคล้องและตอบสนองกับการวางแผนการดำเนินงาน

หากพิจารณาสถานการณ์ของประเทศไทยตาม SDGs จากรายงาน Sustainable Development Report 2022 พบว่า ในประเด็นอาหาร ประเทศไทยยังมีเป้าหมายที่อยู่ในสถานะวิกฤติ (สีแดง) ได้แก่ SDG2 การขจัดความหิวโหย SDG3 การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี SDG14 ทรัพยากรทางทะเล SDG15 ระบบนิเวศบนบก และ SDG16 สังคมสงบสุข ยุติธรรม และสถาบันที่เข้มแข็ง ส่วนรายงานความก้าวหน้าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย พ.ศ. 2559-2563 จัดทำโดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ระบุว่า ความหิวโหยและภาวะทุพโภชนาการในทุกรูปแบบ เป็นความท้าทายหลักที่ส่งผลต่อการได้รับอาหารที่เพียงพอในบริบทของความมั่นคงด้านอาหารของประเทศและยังเป็นความท้าทายต่อการดำเนินการให้การบรรลุวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน ปี พ.ศ. 2573 ที่สำคัญคือพบว่า ความมั่นคงทางอาหาร ภาวะทุพโภชนาการ และเกษตรกรรมไม่ยั่งยืน เป็น 3 ใน 9 ประเด็นวิกฤตของไทยที่ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนได้ จึงกล่าวได้ว่า เป้าหมายเรื่องอาหารเป็นเป้าหมายสำคัญที่สุดที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย SGDs อื่นทั้งหมด

แม้ว่าในระยะที่ผ่านมา สถานการณ์ความหิวโหยของประเทศไทยปรับตัวในทิศทางที่ดีขึ้น ดังเห็นได้จากสัดส่วนประชากรที่มีรายจ่ายเพื่อการบริโภคเฉลี่ยต่อคนต่อเดือนที่ต่ำกว่าเส้นความยากจนด้านอาหาร (Food Poverty Line) ที่ลดลงจากร้อยละ 0.54 ในปี 2559 เป็นร้อยละ 0.37 ในปี 2562 อย่างไรก็ดี การเข้าถึงอาหารที่มีโภชนาการครบถ้วนยังเป็นความท้าทายที่สำคัญ โดยข้อมูลจากรายงานประจำปีของ Global Network Against Food Crises จัดทำโดยองค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ (Food and Agriculture Organization of the United Nations: FAO) โครงการอาหารโลก (World Food Program: WFP) และสหภาพยุโรป ได้วิเคราะห์ว่าเด็กและผู้หญิง ถือเป็นด่านแรกที่ต้องเผชิญกับวิกฤตความหิวโหย ซึ่งพบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวนกว่า 36 ล้านคน ขาดสารอาหารอย่างรุนแรงใน 32 ประเทศ แสดงให้เห็นถึงภาวะทุพโภชนาการที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงในปี 2566 โดยเฉพาะในกลุ่มผู้พลัดถิ่นที่ได้รับผลกระทบจากความขัดแย้งและภัยพิบัติ สำหรับสถานการณ์ด้านอาหารและโภชนาการประเทศไทย พบว่าเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี มีภาวะเตี้ย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วน เฉลี่ยร้อยละ 11.9 , 5.7 และ 8.7 ตามลำดับ เด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน เฉลี่ยร้อยละ 13.1 และคนไทยอายุ 19-59 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน เฉลี่ยร้อยละ 49.4 [132] ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวยังไม่บรรลุค่าเป้าหมายระดับชาติที่ตั้งไว้ นอกจากนี้ ในมิติของการพัฒนาภาคเกษตรเพื่อบรรลุความมั่นคงทางอาหาร พบว่าการเติบโตของมูลค่าการผลิตภาคเกษตรต่อหน่วยแรงงานระหว่างปี 2559 – 2562 ยังอยู่ในระดับต่ำ โดยเติบโตเฉลี่ยเพียงร้อยละ 3.17 ต่อปี เช่นเดียวกับ

[132] ข้อมูลจาก “Health Data Center”, กระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php

การขยายตัวของพื้นที่การทำเกษตรกรรมยั่งยืนที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย โดยในปี 2563 ประเทศไทยมีพื้นที่ในระบบเกษตรกรรมยั่งยืนเพียง 1.15 ล้านไร่ ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดให้มีพื้นที่เกษตรกรรมยั่งยืน 7.5 ล้านไร่ และ 10 ล้านไร่ ภายในปี 2568 และ 2573 ตามลำดับ [133] อย่างไรก็ดีจากวิกฤตทั้งเหตุความขัดแย้ง สภาพอากาศสุดขั้ว และผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นทั่วโลก ทำให้การจัดการวิกฤตการณ์ด้านอาหาร จำเป็นต้องมีการลงทุนอย่างเร่งด่วนทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ เพื่อแก้ไขปัญหาและรับมือกับความมั่นคงทางอาหาร จึงจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงระบบอาหารที่เปราะบางและส่งเสริมการพัฒนาทางการเกษตร เช่น การผลิตอาหารของเกษตรกรรายย่อย เพื่อแก้ไขปัญหาในระยะยาวและขยายความช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมให้ครอบคลุมทุกกลุ่มคน

รายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2562 พบการสูญเสียปีสุขภาวะของประเทศไทย (DALYs) ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นอาหาร ได้แก่ น้ำที่ไม่ปลอดภัย ภาวะทุพโภชนาการในแม่ตั้งครรภ์ (พบภาวะบกพร่องในการเจริญเติบโตของเด็ก) การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน น้ำตาลในเลือดสูง ความดันสูง และโรคไต นอกจากนี้ มีการคาดการณ์ถึงสถานการณ์การเสียชีวิตและการสูญเสียปีสุขภาวะของคนไทยในปี 2573 บนพื้นฐานของแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในอดีตที่ผ่านมา โดยคาดว่า โรคหลอดเลือดสมอง หัวใจขาดเลือด เบาหวาน และมะเร็งตับ ยังคงครอง 4 อันดับแรกของการเสียชีวิตมากที่สุด ในขณะที่ ThaiHealth Watch 2024 พบว่า การบริโภคขนมขบเคี้ยว และเครื่องดื่มรสหวาน ในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ส่งผลให้เด็กไทยอ้วนเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่า ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่นำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases: NCDs) นอกจากนี้รายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย MICs 6 (Multi Indicator Cluster Survey: MICs) พ.ศ. 2565 พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน อยู่ที่ร้อยละ 28.6 จากเป้าหมายร้อยละ 50 และลดลงเมื่อครบกำหนดลาคลอด 3 เดือน นอกจากนี้ข้อมูลจากรายงานการศึกษาสถานการณ์การบริโภคอาหาร ความมั่นคงทางอาหาร และความรอบรู้ด้านอาหารของประชากรไทยในปี 2566 จากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า (1) คนไทยบริโภคอาหารตามเกณฑ์ธงโภชนาการต่ำกว่าร้อยละ 50 ในทุกประเภทอาหาร (2) กลุ่มวัยเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี กินเนื้อสัตว์แปรรูป เครื่องดื่มรสหวาน ขนมรสหวาน และขนมถุงรสเค็มสูงกว่ากลุ่มวัยอื่นค่อนข้างมาก (3) ผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาลชอบกินอาหารที่มีรสเค็มสูงกว่าคนในเขตเทศบาล (4) คนไทยส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 30 มีความไม่มั่นคงทางอาหาร และมีความไม่มั่นคงทางอาหารระดับรุนแรงในกลุ่มเพศหญิง วัยทำงานตอนปลาย และคนที่อยู่นอกเขตเทศบาล และ (5) ความรอบรู้ด้านอาหารของคนไทยในด้านความรู้ ทัศนคติ และทักษะอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีน้อยที่สุด

โครงการพัฒนาระบบอาหาร (food system) ของประเทศไทย ได้สรุปความท้าทายในการพัฒนาระบบอาหารที่ยั่งยืนของประเทศไทย พบว่า (1) กลุ่มคนยากจน กลุ่มเปราะบาง เข้าไม่ถึงอาหารที่มีโภชนาการที่เหมาะสม (2) ประชากรไทยมีปัญหาการบริโภคไม่ได้ตามโภชนาการ ขาดความเข้าใจ บริโภคตามความชอบ (3) เกษตรกรรายย่อยส่วนใหญ่ยังไม่พร้อมเปลี่ยนรูปแบบการผลิตแบบเกษตรทฤษฎีใหม่ (4) เกษตรกรรายย่อย ผู้ประกอบการรายเล็ก มีปัญหาการเพิ่มผลผลิต ยกระดับรายได้ เพราะเข้าไม่ถึงทรัพยากร แหล่งทุน องค์ความรู้ เทคโนโลยี และ (5) การเข้าถึงอาหารของกลุ่มคนที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด คือ คนจนในเขตเมืองและแรงงานนอกระบบที่ถูกเลิกจ้าง นอกจากนี้สถานการณ์และแนวโน้มทางสุขภาพที่เกี่ยวกับประเด็นอาหาร พบว่า ประเด็นสุขภาพที่ส่งผลต่อการดำเนินงานในประเด็นอาหาร ได้แก่ (1) การที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ ซึ่งผู้สูงอายุมีการรับประทานอาหาร

133 สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565). “เป้าหมายที่ 2 ยุติความหิวโหย บรรลุความมั่นคงทางอาหาร และยกระดับโภชนาการ และส่งเสริมเกษตรกรรมที่ยั่งยืน”. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. เข้าถึงได้จาก https://sdgs.nesdc.go.th/เกี่ยวกับ-sdgs/เป้าหมายที่-2-ยุติความหิว

และโภชนาการที่แตกต่างจากกลุ่มวัยอื่น และ (2) ภาวะโลกร้อน ซึ่งนำไปสู่ความเปลี่ยนแปลงและผันผวนของสภาพภูมิอากาศ ส่งผลกระทบให้ราคาอาหารเพิ่มสูงขึ้น จึงมีความท้าทายและโอกาสการทำงานในประเด็นอาหาร คือ การสร้างเสริมพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก เยาวชน และกลุ่มผู้สูงอายุ รวมถึงการสร้างความมั่นคงทางอาหาร จากผลของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ [134]

อย่างไรก็ดี ยังพบโอกาสในการขับเคลื่อนระบบอาหารที่ยั่งยืนและการขับเคลื่อน SDGs ของประเทศไทยและในระดับพื้นที่ ซึ่งการประชุมคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ ปี 2567 ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานด้านการจัดการอาหารสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม โดยมีมติเห็นชอบคำสั่งแต่งตั้ง “คณะกรรมการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านการจัดการด้านอาหารของประเทศไทยระดับจังหวัด” โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานกรรมการ ทำให้เกิดการบูรณาการในภาพรวมของระบบอาหาร รวมถึงการจัดทำแผนพัฒนาและบริหารจัดการด้านอาหาร โดยถ่ายทอดเป้าหมายและตัวชี้วัดของแผนปฏิบัติการด้านการจัดการด้านอาหารของประเทศไทยสู่การปฏิบัติระดับจังหวัดอย่างเป็นรูปธรรม ตลอดจนการติดตาม ประเมินผล และรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ ทั้งนี้กลไกดังกล่าวมีเจตนารมณ์เพื่อให้มีศูนย์กลางการบริหารจัดการด้านอาหารในทุกมิติในพื้นที่ระดับจังหวัดเพื่อความมั่นคงทางอาหารและโภชนาการอย่างยั่งยืน ซึ่งจะเป็นกลไกการเชื่อมโยงและขยายผลรูปธรรมการทำงานของแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ ทั้งในด้านต้นแบบระบบอาหารเพื่อสุขภาวะตลอดห่วงโซ่ และต้นแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารเพื่อสุขภาวะให้เกิดความเข้มแข็ง นอกจากนี้ ในการขับเคลื่อนระบบอาหารที่ยั่งยืนมีความจำเป็นที่จะต้องทำให้เกิดความต้องการอาหารปลอดภัยและอาหารที่ดีต่อสุขภาวะจากฝั่งของผู้บริโภค หรือ demand driven ซึ่งต้องดำเนินการควบคู่ไปการทำให้เกิดผลผลิตในปริมาณที่เพียงพอและต่อเนื่อง ประกอบกับนโยบายรัฐบาลที่ต้องการผลักดันอาหารไทยเป็น “Soft Power” ให้เป็นฟันเฟืองสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจ การเพิ่มมูลค่าเศรษฐกิจสร้างสรรค์ หรือ Creative Economy และเพิ่มขีดความสามารถทางการแข่งขันของภาคธุรกิจอาหาร จึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่จะทำให้เกิดความร่วมมือกันขับเคลื่อนและบูรณาการทำงานจากทุกภาคส่วน

1.2 ผลการดำเนินงานที่สำคัญที่ผ่านมา

ต้นแบบระบบอาหารในโรงเรียนและชุมชน พัฒนาระบบอาหารตลอดห่วงโซ่เพื่อความยั่งยืน เน้นย้ำกระบวนการตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ ส่งเสริมการเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาวะของเด็ก เยาวชน และคนในพื้นที่ นอกจากนี้ ยังเน้นส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารเพื่อสุขภาวะ (Food Literacy) ภายใต้ระบบอาหารที่ยั่งยืน พัฒนาต้นแบบระบบอาหารเพื่อสุขภาวะตลอดห่วงโซ่ ส่งเสริมการเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาวะของประชาชนในชุมชน พัฒนาและขับเคลื่อนข้อเสนอนโยบายสาธารณะด้านระบบอาหารเพื่อสุขภาวะตลอดห่วงโซ่ในโรงเรียนและชุมชน พัฒนาฐานข้อมูลและแผนที่ต้นทุนเพื่อใช้ขับเคลื่อนและบูรณาการทำงานในกลุ่มเป้าหมาย และส่งเสริมให้เกิด **“สถานีเกษตรแบ่งปัน” เพื่อขับเคลื่อนชุมชนสู่พลเมืองอาหารเพื่อสุขภาวะ** ภายใต้ระบบอาหารที่มีความมั่นคงและยั่งยืน โดยเชื่อมโยงกลุ่มผู้บริโภคตั้งแต่กลุ่มเด็ก เยาวชน พ่อบ้าน แม่บ้าน ผู้สูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ ไปจนถึงแรงงานต่างด้าว ควบคู่ไปกับการพัฒนาแหล่งผลิตที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็น พืชผัก ผลไม้ และไข่ไก่ ด้วยวิถีการผลิตการบริโภค ผลผลิตอินทรีย์และแนวคิดของการแบ่งปัน แลกเปลี่ยนข้อมูล เรียนรู้ ร่วมกันออกแบบให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของวัฒนธรรมชุมชน รวมทั้งยังได้จับมือกับภาคเอกชนเปิดพื้นที่จำหน่ายผลผลิตอินทรีย์ที่ Gourmet Market เดอะมอลล์บางแค เป็นการขยายผลและเชื่อมโยงผลผลิตสู่ชุมชนเมือง

134 สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2567). “สรุปการวิเคราะห์สถานการณ์และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะในระยะ 1 ปีข้างหน้า กรอบนโยบายการจัดทำแผนการดำเนินงานและข้อเสนอวาระกลางประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568”

จัดทำ **"คู่มือมาตรฐานระบบการจัดการอาหารและโภชนาการในสถานศึกษา"** เพื่อพัฒนายกระดับคุณภาพมาตรฐานการจัดการอาหารและโภชนาการในสถานศึกษาแบบบูรณาการจากทุกหน่วยงานและชุมชน ให้เกิดความมั่นคงด้านอาหารและโภชนาการแก่เด็กและเยาวชนทุกคน ได้บริโภคอาหารที่มีคุณภาพ ปลอดภัย เพียงพอ มีคุณค่าทางโภชนาการที่เหมาะสมกับวัย ลดภาวะทุพโภชนาการ และ **"คู่มือกระบวนการเรียนรู้ Young Food Learning Modules"** ซึ่งเป็นชุดคู่มือวิธีการจัดกระบวนการเรียนรู้ประเด็นอาหารให้เด็ก โดยคุณครูหรือผู้อบรมสามารถเลือกให้สอดคล้องกับบริบทความสนใจของนักเรียน ชุมชน และเป้าหมายที่ต้องการสร้างการเรียนรู้ โดยมีชุดเครื่องมือในรูปแบบไฟล์ออนไลน์ที่สามารถนำไปผลิตสื่อประกอบการเรียนรู้ ซึ่งเป็นเครื่องมือส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารเพื่อสุขภาวะจากอาหารท้องถิ่น และสภาพแวดล้อมอาหารรอบตัว ให้กับเด็กและเยาวชน รวมทั้งการขับเคลื่อน**นโยบายการจัดการอาหารโรงเรียนเพื่อความมั่นคงทางอาหารและเศรษฐกิจท้องถิ่น** เพื่อสื่อสารรูปธรรมและผลลัพธ์การจัดการอาหารโรงเรียน สร้างความรู้ความเข้าใจต่อกระบวนการจัดการอาหารเชิงระบบ และวิเคราะห์และพัฒนาข้อเสนอทางนโยบายอย่างมีส่วนร่วม โดยร่วมกับสำนักการเกษตรต่างประเทศ ในฐานะเลขาธิการคณะกรรมการประสานงานกับองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ เป็นหน่วยงานหลักที่มีบทบาทสำคัญในการแลกเปลี่ยน/รับฟังข้อคิดเห็น แนวทางการดำเนินงานระบบเกษตรและอาหารที่ยั่งยืนของไทย

ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ลดการบริโภคหวาน มัน เค็ม และส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ โดยร่วมกับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สร้างความร่วมมือกับผู้ให้บริการอาหารออนไลน์ เพื่อให้ประชาชนมีช่องทางเข้าถึงอาหารสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และสร้างความรู้ความเข้าใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค โดยขับเคลื่อน **"โครงการหวานน้อยสั่งได้"** และ **"เมนูชูสุขภาพ"** พบว่า มีร้านค้าและผู้บริโภคสนใจลดความหวานของเครื่องดื่มลงอย่างจริงจัง โดย 35,000 ร้านเครื่องดื่มทั่วประเทศตื่นตัวในการเพิ่มทางเลือกระดับความหวาน ทำให้มีสัดส่วนการสั่งเมนูเครื่องดื่มลดหวาน ร้อยละ 57 จากยอดสั่งซื้อเครื่องดื่มทั้งหมด และผู้บริโภคกว่า 850,000 แก้วยังเลือกระดับความหวานที่ร้อยละ 50 เทียบเท่ากับการลดการบริโภคน้ำตาลของประชาชนไทยไปกว่า 10 ตัน และสนับสนุนเครือข่ายลดบริโภคเค็ม พัฒนา**นวัตกรรมลดการบริโภคโซเดียม** เช่น น้ำปลาผสมน้ำผักสะทอนช่วยลดปริมาณโซเดียมลงร้อยละ 25 นวัตกรรมเครื่องวัดความเค็มในอาหาร หรือ Chem Meter ใช้วัดปริมาณโซเดียมในของเหลวแบบพกพา เป็นต้น นอกจากนี้ ยังเผยแพร่องค์ความรู้ปรับพฤติกรรมลดการบริโภคเค็ม ส่งเสริมตลาดนัดอาหารโซเดียมต่ำและอาหารเพื่อสุขภาพจากร้านค้าชุมชน เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจโซเดียมในอาหารสำหรับเด็กปฐมวัยผ่านการบูรณาการในห้องเรียน รวมทั้งได้ร่วมลงนาม**บันทึกข้อตกลงความร่วมมือกับหน่วยงานองค์กรภาคีเครือข่ายและภาคียุทธศาสตร์** ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 16 เพื่อดำเนินงานขับเคลื่อนมาตรการลดเกลือและโซเดียม ระหว่างหน่วยงานภาคีและผู้ประกอบการธุรกิจร้านอาหาร โดยมีขอบเขตความร่วมมือ ดังนี้ (1) จัดทำโครงการความร่วมมือเพื่อร่วมสนับสนุนและดำเนินงานให้เกิดการลดบริโภคเกลือและโซเดียมทั้งในระดับนโยบาย มาตรการป้องกันระดับประเทศ และระดับท้องถิ่น ชุมชน (2) แลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ วิชาการเพื่อส่งเสริมสนับสนุนบทบาทภาคธุรกิจเอกชน ผู้ประกอบการร้านอาหารในการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชน (3) ส่งเสริมบทบาทผู้ประกอบการ สู่ร้านอาหารสุขภาพ (healthy food) (4) ผู้ประกอบการ ธุรกิจเอกชนร้านอาหาร มีส่วนร่วมกับหน่วยงานในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน และประสานความร่วมมือกับสมาชิกเครือข่ายร้านอาหารร่วมดำเนินงานเพื่อลดการบริโภคเกลือและโซเดียม และ (5) สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ และรณรงค์ "เค็มน้อยอร่อยได้" รวมทั้ง**ขยายฐานการดำเนินงานสู่ชุมชนเขตเมืองและภูมิภาค** โดยร่วมกับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านอาหารและสุขภาพ รวมทั้งนโยบายอาหารสุขภาวะระดับชุมชน ในขณะที่**กลุ่มแม่และเด็ก** ได้**พัฒนา Daycare** ต้นแบบกว่า 10 แห่ง

เพื่อเป็นพี่เลี้ยงในการให้คำแนะนำหรือขยายผลสู่ Daycare องค์กรส่วนภูมิภาค และยังสร้างความร่วมมือกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อพัฒนา Daycare ในสถานประกอบการของภาคเอกชน รวมไปการขับเคลื่อนกฎหมายให้เพิ่มระยะเวลาการลาคลอดเป็น 6 เดือน

นอกจากนี้ยังได้จัดทำ **"คู่มือตลาดเขียว"** จากการบูรณาการองค์ความรู้และรูปแบบการบริหารจัดการตลาดเขียวของภาคีแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ นำไปสู่การนิยามขอบเขต ความหมายของตลาดเขียว การบริหารจัดการตลาดเขียวให้มีคุณภาพ เช่น ผลผลิต พื้นที่ตลาด การสื่อสารกับผู้บริโภค มาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารในตลาดเขียวและระบบการรับรองอย่างมีส่วนร่วม รวมถึงกรณีศึกษาตัวอย่างตลาดเขียว เช่น ธรรมนูญตลาดเขียว การอบรมพัฒนาผู้ผลิต การสร้างจุดเชื่อมโยงตลาดเขียวหลากหลายรูปแบบ เป็นต้น และร่วมลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) **"อาหารอินทรีย์สู่ครัวโรงพยาบาล"** ระหว่างโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วกับกลุ่มเครือข่ายเกษตรกร เพื่อสร้างความเชื่อมั่นว่ามีตลาดรองรับผลผลิตอินทรีย์ที่แน่นอน ในขณะที่โรงพยาบาลก็สามารถนำวัตถุดิบอินทรีย์เข้าสู่ครัวโรงพยาบาลได้อย่างหลากหลายและต่อเนื่อง เพื่อจัดบริการอาหารที่ดีต่อสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและผู้มารับบริการในโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานพัฒนาระบบอาหารที่ยั่งยืนและสร้างเสริมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะที่ผ่านมายังพบความท้าทายที่ต้องดำเนินการ คือ (1) การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพของกลไกการกระจายอาหาร (ตลาดเขียว ตลาดชุมชน ตลอดองค์กร ตลาดเชิงสถาบัน) (2) การพัฒนากลไกเฝ้าระวังการบังคับใช้ทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น ให้แพร่หลาย (3) การจัดเวทีหารือเพื่อสร้างความร่วมมือทำงานให้เห็นผลลัพธ์ร่วมกัน และ (4) การสนับสนุนงานวิจัยเพื่อใช้ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะและเชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติ

2. จุดเน้นของแผน

แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ ปี 2568 นี้ยังคงสอดคล้องไปกับแผนหลัก (พ.ศ. 2566 - 2570) และดำเนินการตามกรอบนโยบายการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี คือ (1) ใช้ทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) (2) สร้างและขยายผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างทั่วถึงและยั่งยืน (3) สนับสนุนการพัฒนาและใช้ประโยชน์ข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (4) ให้ความสำคัญกับการลดผลกระทบจากความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอุบัติใหม่ และ (5) สานพลังการทำงานกับภาคียุทธศาสตร์ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ภาคีปฏิบัติการ และภาคีเครือข่ายทุกกลุ่ม พร้อมทั้งสร้างภาคีรุ่นใหม่ รวมทั้งยังสอดรับกับเป้าหมาย "วาระการพัฒนาที่ยั่งยืน ค.ศ.2030" (The 2030 Agenda for Sustainable Development) ที่ครอบคลุมและเชื่อมโยงไปทั้งระบบอาหาร (Food System) ตั้งแต่การผลิตไปสู่การกระจาย การแปรรูป การตลาด และการบริโภค ตลอดจนเชื่อมโยงกับข้อเสนอวาระกลางประจำปี 2568 ของ สสส. คือ "การลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ" โดยมีรายละเอียดของจุดเน้นในการดำเนินงาน ดังนี้

2.1 สร้างและขยายผลระบบอาหารตลอดห่วงโซ่อย่างยั่งยืน

ด้วยการนำองค์ความรู้ ต้นแบบ กลไก และนวัตกรรมระบบอาหารตลอดห่วงโซ่เป็นฐานการขยายผลไปยังภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อสร้างระบบนิเวศสุขภาวะที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ระบบอาหาร การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งจัดการสิ่งแวดล้อมทางอาหารให้สามารถลดข้อจำกัดและเสริมปัจจัยเอื้อในการปรับพฤติกรรมการบริโภคของคนไทย ที่ส่งเสริมระบบอาหารที่ยั่งยืน โดยคำนึงถึงพลวัตและความแตกต่างเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความยั่งยืน และเท่าทันต่อสถานการณ์ด้านอาหารอย่างรอบด้าน

2.2 จัดกลไกการบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ ภาคีปฏิบัติการ ภาคีรุ่นใหม่ พร้อมทั้งพัฒนาและใช้ประโยชน์ข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีดิจิทัล

เพื่อเป็นเครื่องมือในการวางแผนการดำเนินงานขับเคลื่อนระบบอาหารที่ยั่งยืนได้ตรงกับสภาพปัญหารายพื้นที่และสถานการณ์ท้าทายในระบบอาหารที่เปลี่ยนแปลงไป โดยนำข้อมูลสารสนเทศจากแผนที่ต้นทุนระบบอาหาร (Food System Map) มาใช้บูรณาการให้เกิดการขับเคลื่อนเชื่อมโยงระบบอาหารตลอดห่วงโซ่ในชุมชน ที่ตอบสนองความต้องการอาหารที่ดีต่อสุขภาวะของผู้บริโภคกับผลผลิตปลอดภัยจากระบบอาหารที่ยั่งยืนในปริมาณที่เพียงพอได้อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งใช้สื่อสารองค์ความรู้ นวัตกรรม ต้นทุนและเครือข่าย โดยสร้างการเรียนรู้และทักษะการจัดการที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพอย่างสมดุล

2.3 พัฒนาระบบหรือกลไกเฝ้าระวังอาหารเพื่อสุขภาวะ และสร้างการมีส่วนร่วมให้ชุมชนหรือท้องถิ่นสามารถจัดการระบบอาหารของตนเองได้

สานพลังความร่วมมือหน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงฐานข้อมูลการเฝ้าระวังความปลอดภัยของอาหาร การตลาดอาหาร และการขับเคลื่อน/บังคับใช้นโยบายหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง สื่อสารข้อมูลการเฝ้าระวังเพื่อการบริหารจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาวะของประชาชน และวางแผนการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม นำไปสู่การพัฒนาระบบหรือกลไกระดับชาติที่เท่าทันต่อความเสี่ยงหรือความท้าทายใหม่ที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการบริโภคเสริมสร้างศักยภาพให้ประชาชนตื่นรู้ มีส่วนร่วม และสามารถรับมือต่อวิกฤตการณ์ทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมในปัจจุบัน

2.4 ส่งเสริมเศรษฐกิจอาหารชุมชน กระจายรายได้ สร้างความมั่นคงทางอาหารในระดับครัวเรือนชุมชน โดยพัฒนาและผลักดันนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการเข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพ

พัฒนาพื้นที่นำร่องเพื่อส่งเสริมการผลิตอาหารที่ยั่งยืนในระบบนิเวศเกษตรหรือเกษตรผสมผสาน พัฒนาระบบตลาดชุมชน ตลาดเขียว หรือช่องทางการตลาดที่หลากหลายเพื่อการเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพและปลอดภัย เพิ่มสัดส่วนผลิตภัณฑ์อาหารที่ดีต่อสุขภาพ สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำด้านอาหารในกลุ่มคนเปราะบาง โดยพัฒนางานวิชาการ และประสานทรัพยากรเพื่อสร้างความร่วมมือและส่งเสริมการดำเนินงานทั้งมิติความมั่นคงทางอาหาร เชื่อมโยงกับความปลอดภัยทางอาหาร และโภชนาการที่สมดุล เพื่อนำไปสู่การขยายผลเชิงยุทธศาสตร์ในการสร้างผลลัพธ์ด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

3. เป้าหมายการดำเนินงาน

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

ตัวชี้วัดหลัก

1. ต้นแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารเพื่อสุขภาวะ **ไม่น้อยกว่า 3 แห่ง**
2. ต้นแบบระบบอาหารเพื่อสุขภาวะตลอดห่วงโซ่ **ไม่น้อยกว่า 3 แห่ง**
3. การพัฒนาระบบหรือกลไกเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อสุขภาวะ **ไม่น้อยกว่า 2 กรณี**
4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะหรือระบบอาหารที่ยั่งยืน **ไม่น้อยกว่า 1 เรื่อง**

ตัวชี้วัดร่วม

การนำใช้ข้อมูล นวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อดำเนินการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาวะทั้ง 4 มิติ และสนับสนุนการทำงานเชิงพื้นที่ เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ผลการเปลี่ยนแปลงของสุขภาวะใน 50 องค์กร และมีแผนการดำเนินงานในการนำใช้ข้อมูล นวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อดำเนินการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาวะทั้ง 4 มิติ ในประชากรกลุ่มเฉพาะเป้าหมาย จำนวน 1 แผนปฏิบัติการ

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

1. **อาหารเพื่อสุขภาวะ (Healthy Food & Nutrition)** หมายถึง อาหารที่มีคุณลักษณะทางกายภาพและส่วนประกอบที่มีคุณค่าทางโภชนาการ และมีความปลอดภัย ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และเป็นอาหาร ที่ผ่านกระบวนการผลิตที่คำนึงถึงการหมุนเวียนของทรัพยากรให้เกิดความสมดุลทางธรรมชาติและรักษาความหลากหลายทางชีวภาพ
2. **ระบบอาหารที่ยั่งยืน**[135] **(Sustainable Food System)** หมายถึง ระบบอาหารที่ให้ความมั่นคงด้านอาหารและโภชนาการแก่ทุกคนในมิติด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อสร้างความมั่นคงทางอาหารและโภชนาการสำหรับคนรุ่นต่อไปซึ่งจะไม่ลดลง หมายความว่า มีความยั่งยืนทางเศรษฐกิจ มีประโยชน์ในวงกว้างสำหรับสังคม และมีผลกระทบเชิงบวกหรือเป็นกลางต่อสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ
3. **ปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาวะ (Food Environment)** หมายถึง คุณลักษณะทางด้านกายภาพ เศรษฐกิจ นโยบาย สังคมวัฒนธรรม การสร้างโอกาสและเงื่อนไข ที่มีผลต่อการเลือกบริโภคอาหารและเครื่องดื่มของประชาชน

[135] องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO)

4. **ความมั่นคงทางอาหาร (Food Security)** หมายถึง การเข้าถึงอาหารที่มีอย่างเพียงพอสำหรับการบริโภคของประชาชนในประเทศ อาหารมีความปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการเหมาะสมตามความต้องการตามวัย เพื่อการมีสุขภาวะที่ดี รวมทั้งการมีระบบการผลิตที่เกื้อหนุน รักษาความสมดุลของระบบนิเวศวิทยาและความคงอยู่ของฐานทรัพยากรอาหารทางธรรมชาติของประเทศ ทั้งในภาวะปกติหรือเกิดภัยพิบัติ สาธารณภัย หรือการก่อการร้ายอันเกี่ยวเนื่องจากอาหาร [136]
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 และผู้ด้อยโอกาสทางสังคมเศรษฐกิจ หรือด้านอื่น ๆ

4. วัตถุประสงค์

4.1 เพื่อสนับสนุนและขยายผลปัจจัยหนุนเสริมทั้งระดับบุคคล กลุ่มคน องค์กร และชุมชน ให้มีความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และสามารถเข้าถึงการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะด้วยระบบอาหารยั่งยืน

4.2 เพื่อพัฒนาระบบ/กลไกการเฝ้าระวังและเชื่อมโยงระบบอาหาร ให้สามารถเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ในราคาที่เป็นธรรม และบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพได้อย่างสมดุล

4.3 เพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านอาหารเพื่อสุขภาวะจากต้นทุนการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย พร้อมใช้การรณรงค์สื่อสาร เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

136 พระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ. 2551

5. แนวทางการดำเนินงาน

5.1 กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่ และขอบเขตงาน

1. กลุ่มเป้าหมาย

1. กลุ่มเปราะบาง/อดอยากหิวโหย ได้แก่ ทารกแรกเกิด กลุ่มเด็กด้อยโอกาส กลุ่มคนจนเมือง กลุ่มคนในชุมชนแออัด กลุ่มแรงงานนอกระบบ กลุ่มเกษตรกรที่มีหนี้สิน กลุ่มคนตกงานและไม่มีรายได้ กลุ่มชาติพันธุ์ เป็นต้น
2. กลุ่มทารกและเด็กเล็ก
3. กลุ่มเด็กและเยาวชน
4. กลุ่มวัยทำงาน
5. กลุ่มผู้สูงอายุ

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

1. การเพิ่มสัดส่วนประชาชนที่มีภาวะสุขภาพและโภชนาการสมดุล

พัฒนาความรู้และทักษะเพื่อนำไปสู่การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ การกินอาหารตามวัย กินตามฤดูกาล อาหารท้องถิ่น และการบริโภคที่สมดุล สื่อสารสร้างความรอบรู้การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ พัฒนาสูตรอาหาร เครื่องมือ/อุปกรณ์ลดการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม และเพิ่มการบริโภคผักผลไม้ จัดทำชุดความรู้ คู่มือ หลักสูตรการเรียนรู้ พัฒนาพื้นที่รูปธรรม/พื้นที่ต้นแบบการบริโภคในศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียน องค์กร เครือข่าย หรือชุมชน พัฒนากลไกการทำงานในระดับพื้นที่ สร้างจิตสำนึกสุขภาวะด้านการบริโภคผ่านกระบวนการเรียนรู้ การจัดทำชุดความรู้และคู่มือโภชนาการ ฉลากสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานเจ้าภาพเพื่อขยายผลการดำเนินงาน สนับสนุนการขับเคลื่อนพลเมืองอาหารและขับเคลื่อนสภานโยบายอาหาร สนับสนุนการควบคุมการตลาดอาหารอาหารที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

2. การเสริมสร้างคุณภาพและความปลอดภัยด้านอาหาร

ส่งเสริมช่องทาง/กลไกการกระจายอาหารที่มีคุณภาพและความปลอดภัยที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย สนับสนุนเศรษฐกิจอาหาร เชื่อมโยงผลผลิตอินทรีย์สู่ผู้บริโภค และพัฒนายกระดับคุณภาพชีวิตผู้ผลิตและชุมชนโดยหนุนเสริมตลาดเขียว

ตลาดชุมชน ตลาดเชิงสถาบัน (โรงเรียน โรงพยาบาล หน่วยงาน องค์กร) พัฒนาแนวคิด ทักษะ ความสามารถ และสร้างการมีส่วนร่วมของผู้บริโภค/ชุมชน/ท้องถิ่นให้สามารถจัดการระบบอาหารของตนเองได้ พัฒนาระบบ/กลไกเฝ้าระวังและติดตามอาหารปลอดภัยตลอดห่วงโซ่ ยกเลิก/จำกัดการใช้สารเคมีที่ส่งผลร้ายแรงต่อสุขภาวะ สนับสนุนการผลิตอาหารของภาคอุตสาหกรรมที่ดีต่อสุขภาพ สนับสนุนการขับเคลื่อนมาตรการและข้อเสนอนโยบายในด้านคุณภาพและความปลอดภัย

3. การเสริมสร้างความมั่นคงทางอาหาร

สนับสนุนให้เกิดความมั่นคงทางอาหารในทุกระดับตั้งแต่ครัวเรือน องค์กร และชุมชน เพื่อให้มีแหล่งผลิตอาหารปลอดภัย/เกษตรนิเวศ/เกษตรกรรมยั่งยืน/เกษตรอินทรีย์ที่เพียงพอและยั่งยืน พัฒนาชุดความรู้ กระบวนการเรียนรู้ทั้งกลุ่มผู้ผลิตและผู้บริโภค พัฒนาเครือข่ายเกษตรกร ศูนย์เรียนรู้ต้นแบบเพื่อการสร้างความมั่นคงทางอาหารในระดับบุคคล ครัวเรือน องค์กร และชุมชน ส่งเสริมระบบการผลิตที่ยั่งยืน และรับมือกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ฟื้นฟูฐานทรัพยากรและความหลากหลายทางชีวภาพ พัฒนานโยบายสาธารณะและขับเคลื่อนนโยบายการผลิตอาหารที่ยั่งยืน

5.2 ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

1. **ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างความรอบรู้ด้านอาหารเพื่อสุขภาวะ เกิดพลเมืองอาหารและชุมชนอาหาร** โดยส่งเสริมการปรับพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ลดหวานมันเค็ม ในประชาชนทุกช่วงวัยเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ สื่อสารรณรงค์เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ ที่นำไปสู่การเป็นพลเมืองอาหารที่ตระหนักถึงศักยภาพ สิทธิ และบทบาทหน้าที่ในการเข้าถึงและบริโภคอาหารสุขภาวะ โดยสร้างการเปลี่ยนแปลงทั้งต่อตนองและสังคม
2. **ยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างสภาพแวดล้อมอาหารที่เอื้อต่อการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ** โดยบูรณาการสานเสริมพลังองค์กรชุมชน และภาคีเครือข่ายเพื่อร่วมขับเคลื่อนระบบอาหารที่ยั่งยืน สนับสนุนระบบการบริหารจัดการอาหารและโภชนาการอย่างครบวงจรเพื่อการแบ่งปัน พึ่งพาตนเอง สร้างวิถีการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ รวมทั้งการพัฒนามาตรการหรือแนวทางเพื่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพทั้งเชิงปริมาณ คุณภาพ และความหลากหลายเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีของประชาชนทุกช่วงวัย ลดการเจ็บป่วยจากการเกิดโรคไม่ติดต่อ
3. **ยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมระบบเศรษฐกิจอาหารชุมชนและการกระจายอาหารเพื่อสุขภาวะ** มุ่งสร้างความเข้มแข็งต่อกระบวนการผลิตอาหารในระดับครัวเรือน ชุมชน และอุตสาหกรรมอาหารด้วยระบบอาหารที่ยั่งยืน เพื่อสร้างความเชื่อมโยงผลผลิตอาหารเพื่อสุขภาวะจากเกษตรกรสู่ผู้บริโภคอย่างเป็นรูปธรรมทั้งในภาวะวิกฤตและภาวะปกติ รวมทั้งขยายผลจากโมเดล นวัตกรรมและองค์ความรู้จากภาคีเครือข่ายด้านการผลิต การกระจาย/แบ่งปัน การปรุงประกอบอาหารเพื่อการเข้าถึงอาหารปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการ โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มเปราะบางที่ได้รับผลกระทบจากภาวะวิกฤตด้านความมั่นคงทางอาหาร อาหารปลอดภัย และโภชนาการ

4. **ยุทธศาสตร์ที่ 4 ส่งเสริมการขับเคลื่อนนโยบายและกฎหมาย** โดยพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรม งานวิชาการ งานศึกษาวิจัยและพัฒนา ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ พัฒนาเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสู่การผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพและปกป้องระบบอาหารที่ยั่งยืนภายใต้กลยุทธ์การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

5.3 กลุ่มภาคีหลักในการขับเคลื่อนงาน

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

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

ภาคีด้านการขับเคลื่อนสังคม อาทิ เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ เครือข่ายเด็กไทยแก้มใส เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน เครือข่ายลดบริโภคเค็ม เครือข่ายบริโภคไขมันอย่างเหมาะสม เครือข่ายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เครือข่ายส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ เครือข่ายสมัชชาสุขภาพด้านอาหาร-โภชนาการและคุ้มครองผู้บริโภค เครือข่ายพลเมืองอาหาร เครือข่ายความมั่นคงทางอาหารกลุ่มชาติพันธุ์ เครือข่ายสมัชชาปฏิรูปด้านการจัดการทรัพยากร เครือข่ายสื่อสารสุขภาวะ เครือข่ายตลาดสีเขียว เครือข่ายเกษตรอินทรีย์ ฯลฯ

ภาคีภาคธุรกิจเพื่อสังคม อาทิ สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย สำนักงานกิจการเพื่อสังคม ผู้ประกอบการธุรกิจเพื่อสังคม ผู้ประกอบการรุ่นใหม่ Startup ฯลฯ

6. งบประมาณ

รวม
150.00
ล้านบาท

กลุ่มแผนงานอาหารและโภชนาการ	กลุ่มแผนงานอาหารปลอดภัย	กลุ่มแผนงานความมั่นคงทางอาหาร	การพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ
49.60 ล้านบาท	**49.60** ล้านบาท	**49.60** ล้านบาท	**1.20** ล้านบาท

แผน 15

แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ

1. สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ มุ่งเน้นการดำเนินงาน เพื่อสร้างโอกาสการเข้าถึงข้อมูลองค์ความรู้และประสบการณ์ตรงด้านสุขภาวะ รวมทั้งเพิ่มทักษะและแรงบันดาลใจเชิงบวกแก่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ สร้างความตระหนัก และทัศนคติ ตลอดจนค่านิยมของสังคมที่นำไปสู่ขีดความสามารถของประชาชนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาวะ ผ่านการสื่อสารรณรงค์ การจัดการความรู้ การพัฒนาสื่อ กระบวนการเรียนรู้ ตลอดจนพัฒนาผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพ และสร้างพันธมิตรเครือข่ายเพื่อการสื่อสารและขยายองค์ความรู้สุขภาวะให้เข้าถึงและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคคล ผู้นำการเปลี่ยนแปลง และองค์กรต่าง ๆ ให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งสร้างการรับรู้ผลลัพธ์จากการดำเนินงานที่สะท้อนภาพลักษณ์ของ สสส. โดยการดำเนินงานของแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ ประกอบไปด้วย 4 ส่วนงาน ได้แก่ (1) ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ (2) สำนักสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม (3) ฝ่ายสื่อสารองค์กร และ (4) ศูนย์กิจการสร้างสุข

ทั้งนี้ จากการวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่มีแนวโน้มส่งผลต่อการเรียนรู้ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า

1.1 ด้านพฤติกรรมด้านการเรียนรู้ และการรับข้อมูลของประชาชน

การพัฒนาอย่างรวดเร็วในยุคปัจจุบันทั้งด้านโครงสร้างพื้นฐาน การเปลี่ยนแปลงทางสังคมตลอดจนเทคโนโลยีและนวัตกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเทคโนโลยีการสร้างใหม่ด้วยปัญญาประดิษฐ์ (Generative Artificial Intelligence: Generative AI) และโปรแกรมประมวลผลและตอบกลับอัตโนมัติด้วยเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ (AI Chatbot) ด้วยโมเดลภาษาขนาดใหญ่ (Large Language Model: LLM) อาทิ ChatGPT Google Gemini Microsoft Co-Pilot Meta AI (Llma3) Midjourney DALL-E (AI Text-to-image) ที่สามารถสร้างรูปภาพจากคำสั่ง (prompt) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดดที่ส่งผลต่อการเรียนรู้ การทำงาน ตลอดจนการใช้ชีวิตของผู้คนในสังคม นับเป็นความท้าทายและโอกาสในการพัฒนา นวัตกรรมการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะแก่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อเสริมศักยภาพให้ผู้เรียนรู้ เปลี่ยนบทบาทการเรียนรู้จากฐานะผู้รับรู้ (passive learner) เป็นผู้เรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (active learner) ด้วยการเป็นผู้ผลิต/ ผู้ร่วมสร้างสรรค์ผลงาน (co-creator) โดยอาศัยเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์เป็นเครื่องมือสนับสนุนการเรียนรู้และสร้างสรรค์ผลงานต่าง ๆ อาทิ การสร้างเนื้อหา (content) และสื่อเผยแพร่ในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งรูปแบบข้อความ เสียง รูปภาพ เพลง วีดีโอ งานออกแบบ ตลอดจนการเขียนโค้ดเพื่อพัฒนาแอปพลิเคชันต่าง ๆ เป็นต้น

ปัจจุบันมีแพลตฟอร์มการเรียนรู้ที่หลากหลาย ทำให้ผู้เรียนสามารถเลือกสรรแพลตฟอร์มและหัวข้อการเรียนรู้ที่สนใจ ตลอดจนสามารถเลือกรูปแบบและวิธีการเรียนรู้ได้ด้วยตนเองแบบเฉพาะเจาะจง (personalized learning) ทำให้ผู้เรียนสนใจและเห็นคุณค่าของการเรียนรู้มากกว่าในอดีต ที่มีวิธีการเรียนรู้ เพียงรูปแบบ/มาตรฐานเดียว และเกิดแนวโน้มการใช้แพลตฟอร์มสื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ในรูปแบบต่าง ๆ อาทิ การเผยแพร่วีดีทัศน์การเรียนรู้บนแพลตฟอร์มยูทูบ (YouTube) การใช้เกมเพื่อสร้างความสนใจในเนื้อหา (gamification) หรือการนำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI) มาใช้คัดกรอง ประมวลผล ตอบคำถาม และ/หรือ ส่งต่อข้อมูลที่เหมาะสมหรือเฉพาะเจาะจงกับความสนใจของแต่ละบุคคล (PERSONA Health) รวมทั้งการสร้างจักรวาลเสมือน (Metaverse) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้คนได้เข้ามามีปฏิสัมพันธ์และสามารถทำกิจกรรรมต่าง ๆ ร่วมกันเสมือนอยู่ในโลกจริง

ผ่านตัวตนที่เป็นอวตาร (avatar) ในรูปแบบ 3 มิติ โดยใช้เทคโนโลยีและอุปกรณ์รองรับการเข้าถึงโลกเสมือน ได้แก่ เทคโนโลยี ความจริงเสริม (Augmented Reality: AR) และเทคโนโลยีความจริงเสมือน (Virtual Reality: VR) เพื่อสร้างประสบการณ์ตรงให้กับผู้คน เป็นต้น

การเรียนรู้ในโลกยุคปัจจุบันเป็นการเรียนรู้แบบเปิดกว้างภายนอกห้องเรียน เพราะทั้งผู้เรียน ผู้สอน และผู้ปกครอง สามารถแบ่งปันทรัพยากรต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยสังเกตได้จากการเติบโตของหลักสูตรออนไลน์แบบเปิดกว้างสำหรับสาธารณชน (Massive Open Online Courses: MOOC) ที่มุ่งเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เรียนและผู้สอนที่มีความรู้และประสบการณ์หลากหลาย จึงนับเป็นโอกาสในการพัฒนาแพลตฟอร์มดังกล่าว และ/หรือประยุกต์ใช้แพลตฟอร์มอื่น ๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เพื่อเป็นพื้นที่กลางสำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน (Sharing space) ในรูปแบบการแบ่งปันความรู้ ประสบการณ์ และทรัพยากรต่าง ๆ ทำให้ประชาชนมีทางเลือกในการเรียนรู้ใหม่ ๆ ที่มีความหลากหลายและสามารถตอบสนองความต้องการได้มากขึ้น

1.2 พฤติกรรมการบริโภคสื่อในประเทศไทย

ภาพรวมพฤติกรรมการบริโภคสื่อในประเทศไทย พบว่า สถิติการใช้อินเทอร์เน็ตของคนไทยย้อนหลัง 10 ปี เติบโตเพิ่มขึ้น 3 เท่าตัว [137] ทั้งนี้ ในช่วงปี 2564 เป็นต้นมา การเติบโตชะลอตัวคงที่ สังเกตได้จากข้อมูลสถิติผู้ใช้อินเทอร์เน็ตเดือนมกราคมปี พ.ศ.2567 มีผู้ใช้อินเทอร์เน็ต จำนวน 63.2 ล้านคน เพิ่มขึ้นจาก ปี 2566 ที่ผู้ใช้อินเทอร์เน็ต จำนวน 61 ล้านคน หรือคิดเป็นเพียงอัตราการเติบโตเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 0.1 เท่านั้น โดยเฉลี่ยแล้วคนไทยใช้เวลาอยู่บนอินเทอร์เน็ตมากถึง 8 ชั่วโมงต่อวัน โดยใช้เวลาไปกับการดูโทรทัศน์และการถ่ายทอดสดออนไลน์ (Streaming) ต่อวันกว่า 3 ชั่วโมง 23 นาที ใช้เวลาไปกับสื่อสังคมออนไลน์ (social media) ต่อวันที่ 2 ชั่วโมง 31 นาที อ่านข่าวสารความรู้ และบทความต่าง ๆ ต่อวันที่ 2 ชั่วโมง 20 นาที และใช้เวลาในการฟังเพลงอยู่ที่ 1 ชั่วโมง 34 นาทีต่อวัน เมื่อแบ่งจำนวนผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ (social media) จะอยู่ที่ 49.1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 68.3 ของประชากรไทย ปัจจุบันผู้ใช้บริการเข้าใช้งานแพลตฟอร์มสื่อออนไลน์อยู่ที่ 7 แพลตฟอร์ม โดย Facebook ยังคงเป็นช่องทางอันดับหนึ่งที่เข้าถึงผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตได้มากถึงร้อยละ 91.5 ตามมาด้วย LINE ร้อยละ 90.5 ช่องทาง TikTok ร้อยละ 83 และ Facebook Messenger ร้อยละ 81.5 โดยวัตถุประสงค์หลักในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ คือ เพื่อการติดต่อเพื่อนและครอบครัวร้อยละ 57.6 อ่านข่าวสารร้อยละ 39.2 การใช้เพื่อเติมเต็มเวลาว่างร้อยละ 36.8 การใช้เพื่อติดตามกระแสทางสังคมร้อยละ 35.9 และใช้เพื่อค้นหาแรงบันดาลใจในการทำสิ่งใหม่รวมถึงซื้อสินค้าร้อยละ 32.3 โดยแนวโน้มการใช้งบประมาณผ่านช่องทางดิจิทัลในปี พ.ศ. 2567 [138] คาดการณ์ว่า จะมีการเติบโตร้อยละ 8 คิดเป็นมูลค่า 31,558 ล้านบาท จากปี 2566 (29,283 ล้านบาท) โดย Facebook ยังคงเป็นช่องทางหลักที่มีสัดส่วนการใช้งบประมาณสูงถึงร้อยละ 30 รองลงมาคือ YouTube ร้อยละ 15 ตามมาด้วย สื่อสังคมออนไลน์อื่น ๆ อาทิ ผู้มีอิทธิพลหรือผู้นำทางความคิด (influencer) สื่อประชาสัมพันธ์ดิจิทัล (Digital PR) และเนื้อหาโฆษณา (content sponsorship) ที่สัดส่วนร้อยละ 9

137 Simon Kemp. (2024). “Digital 2024: Thailand”. DATAREPORTALl. เข้าถึงได้จาก https://datareportal.com/reports/digital-2024-thailand

138 สมาคมโฆษณาดิจิทัล (ประเทศไทย). (2567). “DAAT Report: Thailand Digital Advertising Spend 2024”

นอกเหนือจากสื่อดิจิทัล สื่อโทรทัศน์ยังคงเป็นช่องทางหลักที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในวงกว้าง โดยภาพรวมการใช้งบประมาณสื่อโทรทัศน์ช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 62 แต่มีอัตราการเติบโตที่ชะลอตัวเพิ่มขึ้นจากช่วงเวลาเดียวกันในปีที่ผ่านมาเพียงร้อยละ 2 ขณะที่ภาพรวมการใช้งบประมาณสื่อนอกบ้าน (Out of Home Media) มีอัตราการเติบโตเฉลี่ยร้อยละ 6 สอดคล้องกับพฤติกรรมที่ประชาชนเดินทางออกนอกบ้านและใช้ชีวิตตามปกติ ส่งผลให้สื่อยานพาหนะเติบโตร้อยละ 16 สื่อในห้างสรรพสินค้าเติบโตร้อยละ 13 และสื่อโรงภาพยนตร์มีสัดส่วนการใช้งบประมาณสูงขึ้นร้อยละ 12 จากช่วงเวลาเดียวกันในปีที่ผ่านมา

สำหรับพฤติกรรมการเปิดรับสื่อของผู้บริโภคในปัจจุบัน [139] พบว่า สัดส่วนการรับชมทีวีออฟไลน์ ร้อยละ 64 และจากสื่อออนไลน์ร้อยละ 36 โดยช่องทางการรับชมคอนเทนต์มากที่สุด คือ รายการทีวีสด 60.8 ล้านคน รองลงมาคือทางโซเชียลมีเดีย 36.7 ล้านคน โดยประชาชนที่รับชมทีวีออฟไลน์คือกลุ่มเจนเอกซ์ (Gen X) และ เบบี้บูมเมอร์ (Baby Boomer) คิดเป็นร้อยละ 76.7 และการรับชมผ่านออนไลน์จะอยู่ในกลุ่ม เจนวาย (Gen Y) และ เจนซี (Gen Z) โดยพบว่า พฤติกรรมหลังจากผู้คนรับชมสื่อทางโทรทัศน์ จะเปลี่ยนไปใช้แพลตฟอร์มออนไลน์เพื่อรับชมสื่อหรือคอนเทนต์ที่สนใจต่อแทน โดยในปัจจุบันคนไทยดูสื่อต่าง ๆ จากหลายจอมากขึ้น ทั้งโทรศัพท์มือถือ โทรทัศน์ แท็ปเลต และคอมพิวเตอร์ จากการทำ cross platform พบว่า คนไทยมีการรับชมหลายหน้าจอ (multi screen) มากขึ้น เนื่องจากปัจจุบันมีบริการสื่อที่หลากหลายช่องทาง ทั้งจากในโทรศัพท์และตามพื้นที่สาธารณะ ทั้งนี้ ประเทศไทยเป็นประเทศอันดับ 2 ที่มีทีวีในบ้านมากที่สุดรองจากมาเลเซีย และประเทศไทยมีการใช้งานสมาร์ตโฟนหรืออินเทอร์เน็ตร้อยละ 90 ถือว่าเป็นจำนวนที่มาก ทั้งยังมีจอคอมพิวเตอร์และแท็ปเลต ดังนั้น สื่อต่าง ๆ จำเป็นต้องออกแบบกลยุทธ์และวิธีการเพื่อสื่อสารถึงประชาชนในทุกแพลตฟอร์ม โดยในการรับชมสื่อ ผู้ผลิตสื่อต้องมีการปรับตัวและเพิ่มช่องทางการเข้าถึงผู้รับชม สำหรับผู้บริโภคที่ชอบรับชมผ่านช่องทางออนไลน์ รวมถึงมีบริการให้รับชมย้อนหลังได้ด้วย

สำหรับแนวโน้มพฤติกรรมของผู้บริโภคในปี พ.ศ.2567 [140] แบ่งตามอายุได้ 2 กลุ่มใหญ่ คือ คนรุ่นใหม่ (Gen New) และคนรุ่นปัจจุบัน (Gen Now) โดย คนรุ่นใหม่ (Gen New) จะเป็นผู้บริโภคกลุ่ม เจนซี (Gen Z) และ เจนวาย (Gen Y) ช่วงอายุระหว่าง 12-39 ปี รวม 25.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44 และคนรุ่นปัจจุบัน (Gen Now) จะเป็นผู้บริโภคกลุ่มเจนเอกซ์ (Gen X) และ เบบี้บูมเมอร์ (Baby Boomer) ช่วงอายุระหว่าง 40-55 ปีขึ้นไป รวม 33.1 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 57 ซึ่งถือเป็นคนกลุ่มส่วนใหญ่ในประเทศ โดยทั้ง 2 กลุ่ม มุ่งสนใจในเรื่องของสุขภาพ อาหารเพื่อสุขภาพ กิจกรรมเพื่อสุขภาพ คำนึงถึงความยั่งยืนของธรรมชาติ และยอมรับความเท่าเทียมกันมากขึ้น และในหมู่คนอายุน้อยเชื่อว่าเงินคือตัวชี้วัดความสำเร็จ และมองว่าการเงินนั้นสำคัญ ผู้คนใน Gen New เริ่มมีวินัยการออมเงินที่ดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 53 เทียบกับในปี พ.ศ. 2562 ที่อยู่ที่ร้อยละ 30 และนอกจากจะเกิบเงินได้ดีมากขึ้นแล้ว ยังมีการนำเงินไปลงทุนเกี่ยวกับสินค้าเชิงพาณิชย์และมีการวิธีการเก็บออมเงินที่ขั้นกว่าขึ้นไปอีกถึงร้อยละ 31 สำหรับพฤติกรรมการเลือกซื้อสินค้าและบริการ Gen New จะเลือกจากแบรนด์ที่ชอบเป็นอันดับแรก มีความอยากลองสิ่งใหม่ และจะมีการดูรีวิวก่อนตัดสินใจเลือกสินค้า ชอบซื้อสินค้าผ่านช่องทางออนไลน์ และเลือกซื้อสินค้าที่ได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญและใช้จริง โดยหมวดหมู่สินค้าที่สนใจคือด้านแฟชั่น อาหาร และเครื่องสำอาง ในขณะที่คนรุ่นใหม่ (Gen New) จะพิจารณาที่ภาพลักษณ์สินค้า (branding) หรือการสร้างแบรนด์เป็นหลัก ควบคู่ไปกับการอ่าน

139 ฐานเศรษฐกิจ. (2566). ""นีลเส็น" ชี้เทรนด์ "คอนเทนต์ออนไลน์ 2024" ในสมรภูมิ Multi Screen". ฐานเศรษฐกิจ. เข้าถึงได้จาก www.thansettakij.com/business/marketing/581578

140 ฐานเศรษฐกิจ. (2566)

รีวิวก่อนตัดสินใจซื้อสินค้า ซึ่งการทำ ภาพลักษณ์ (branding) มีส่วนสำคัญมากกว่าเรื่องการตลาดและราคา ทั้งนี้ จากการทำวิเคราะห์หลากหลายแพลตฟอร์ม (cross platform) พบว่า คนรุ่นใหม่ (Gen New) มีการใช้แพลตฟอร์มที่หลากหลายและจากความเชื่อมั่นในช่องทางการรับสื่อ พวกเขาจะเชื่อถือ สื่อสังคมออนไลน์ (social media) มากที่สุด รองลงมาเป็นการถ่ายทอดสดเสียง (audio streaming) และสื่อโทรทัศน์ ตามลำดับ ส่วน คนรุ่นปัจจุบัน (Gen Now) จะเชื่อสื่อในโทรทัศน์มากที่สุด รองลงมาเป็น สื่อสังคมออนไลน์ (social media) และการถ่ายทอดสดเสียง (audio streaming)

1.3 สถานการณ์การรับรู้การดำเนินงาน และภาพลักษณ์ของ สสส.

จากผลสำรวจการรับรู้การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ และภาพลักษณ์ สสส. ประจำปี พ.ศ. 2566 พบว่า กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มประชาชน ภาคีเครือข่าย และสื่อมวลชน ระบุว่า มีความพึงพอใจต่อชุดข้อมูลข่าวสาร โฆษณา สื่อรณรงค์ของ สสส. ในระดับดี-ดีมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ย 8 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน (ระดับ 0 คือไม่ได้ประโยชน์เลย ไปจนถึงระดับ 10 ได้ประโยชน์มากที่สุด) ประกอบด้วย กลุ่มประชาชน ร้อยละ 76.00 กลุ่มภาคีเครือข่าย ร้อยละ 86.80 และกลุ่มสื่อมวลชน ร้อยละ 89.00 โดยกลุ่มเป้าหมายระบุว่า ประเด็นที่การดำเนินงานของ สสส. สร้างความพึงพอใจได้มากที่สุด ได้แก่ (1) การจุดประกาย กระตุ้น สนับสนุน ให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี (2) การสร้างแรงบันดาลใจให้อยากมีสุขภาพที่ดี ทั้งร่างกายและจิตใจ และ (3) การสร้างนวัตกรรม (คิดและทำสิ่งใหม่) ให้สังคมไทย เพื่อการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น ขณะที่กลุ่มเป้าหมายรับรู้ประเด็นการทำงานของ สสส. 5 ลำดับแรก ได้แก่ (1) การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ (2) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด (3) บุหรี่และยาสูบ (4) ความปลอดภัยทางถนน และ (5) โควิด-19

จากการสื่อสารการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่ายครอบคลุม ทั้ง 15 แผน ทำให้กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม รู้จัก สสส. ในฐานะองค์กรสุขภาพ โดยกลุ่มประชาชนรับรู้ว่า สสส. เป็นองค์กรสุขภาพ ร้อยละ 94.98 ถือเป็นองค์กรลำดับที่ 2 รองจากกระทรวงสาธารณสุข ที่มีคะแนนอยู่ที่ ร้อยละ 96.10 โดยโทรทัศน์ยังเป็นช่องทางการรับรู้หลัก มีอัตราการรับรู้ของทุกกลุ่มเป้าหมายเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 86.79 รองลงมาเป็นช่องทางเฟสบุ๊ก ร้อยละ 50.55 และช่องทางสื่อกลางแจ้ง ร้อยละ 44.82 ในด้านภาพลักษณ์ของ สสส. เมื่อเปรียบเทียบกับองค์กรสุขภาพอื่น ๆ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมควบคุมโรค กรมอนามัย พบว่า กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มให้ สสส. มีภาพลักษณ์การทำงานโดยรวมดีที่สุด กลุ่มภาคีเครือข่ายให้คะแนนภาพลักษณ์ สสส. ที่ 8.88 คะแนน รองลงมาคือ กลุ่มสื่อมวลชน 8.37 คะแนน และกลุ่มประชาชน 8.29 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ขณะที่อัตราการรับรู้โดยรวมต่อบทบาทการดำเนินงานของ สสส. 3 ด้าน “สานพลัง สร้างนวัตกรรม สื่อสารสุข” กลุ่มสื่อมวลชนมีอัตราการรับรู้มากที่สุด ร้อยละ 94.10 รองลงมาเป็นกลุ่มภาคีเครือข่าย รับรู้ร้อยละ 89.00 และประชาชน รับรู้ร้อยละ 41.00

1.4 แนวโน้มพฤติกรรมผู้บริโภคด้านสุขภาพ

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

1. ผู้บริโภคมองหาสินค้าที่ผลิตจากวัตถุดิบธรรมชาติ เกษตรอินทรีย์ ไม่ว่าจะเป็นผลิตภัณฑ์บำรุงผิวกาย เครื่องสำอาง และอาหารเสริมวิตามิน
2. แม้ว่าเรื่องการรักษาข้อมูลส่วนตัวลูกค้าจะเป็นประเด็นในตอนนี้ แต่ผู้บริโภคหลายคนยินดีที่จะให้ข้อมูลส่วนตัวเพื่อแลกกับการได้รับบริการที่ออกแบบมาเฉพาะ ที่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของตัวเอง
3. E-commerce จะกลายช่องทางหลักในการซื้อของด้านสุขภาพ
4. ผู้มีอิทธิพลหรือผู้นำทางความคิด (influencer) ทางสื่อสังคมออนไลน์จะเป็นปัจจัยหลักในการขับเคลื่อนตลาดด้านสุขภาพ
5. ธุรกิจบริการด้านสุขภาพกำลังเติบโตขึ้นอย่างก้าวกระโดด อาทิ ผู้ฝึกสอนออกกำลังกายส่วนตัว

2. จุดเน้นของแผน

2.1 พัฒนาเนื้อหา สื่อรณรงค์ กระบวนการเรียนรู้ และผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) เพื่อนำไปสู่การสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ และลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมและสุขภาพให้กับสังคมไทย

2.2 พัฒนากลไกและช่องทางให้ภาคีเครือข่าย ผู้นำการเปลี่ยนแปลง สื่อมวลชน และประชาชน สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากชุดความรู้ สื่อ ผลิตภัณฑ์และบริการต่าง ๆ เพื่อพัฒนาขีดความสามารถ และสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาวะ

3. เป้าหมายการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก

1. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความเข้าใจในประเด็นสร้างเสริมสุขภาวะที่สื่อสารจากโครงการบูรณาการการสื่อสารของสำนัก/ฝ่ายภายในแผน 15 **ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มเป้าหมายโครงการ**
2. ชุดข้อมูลสื่อสารผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ทั้ง 15 แผน **จำนวนไม่น้อยกว่า 400 ชิ้นงาน** ได้รับการเผยแพร่จากสื่อ **ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70** ของสื่อมวลชนทั้งหมด และในจำนวนนี้เป็นการเผยแพร่จากสื่อมวลชนยอดนิยม **จำนวนมากกว่า 4,500 ครั้ง**
3. กลไกขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะของเครือข่ายพันธมิตรสุขภาวะที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และกลุ่มประชากร **จำนวนไม่น้อยกว่า 1 กลไก**
4. ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานตามแผนของศูนย์กิจการสร้างสุข (SOOK Enterprise) **ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของเป้าหมายปีงบประมาณ 2568**

4. วัตถุประสงค์

4.1 เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักจากการเข้าถึงชุดข้อมูล องค์ความรู้ สื่อ ผลิตภัณฑ์ และบริการต่าง ๆ ที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาวะ

4.2 เพื่อพัฒนากลไกการจัดระบบฐานข้อมูลสุขภาพและพัฒนาแพลตฟอร์มที่สร้างโอกาสการเข้าถึงองค์ความรู้สุขภาวะของ สสส.

4.3 เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการดำเนินงานและสะท้อนภาพลักษณ์การสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. จากการสื่อสารผลงานสร้างเสริมสุขภาพ ทั้ง 15 แผน

5. แนวทางการดำเนินงาน

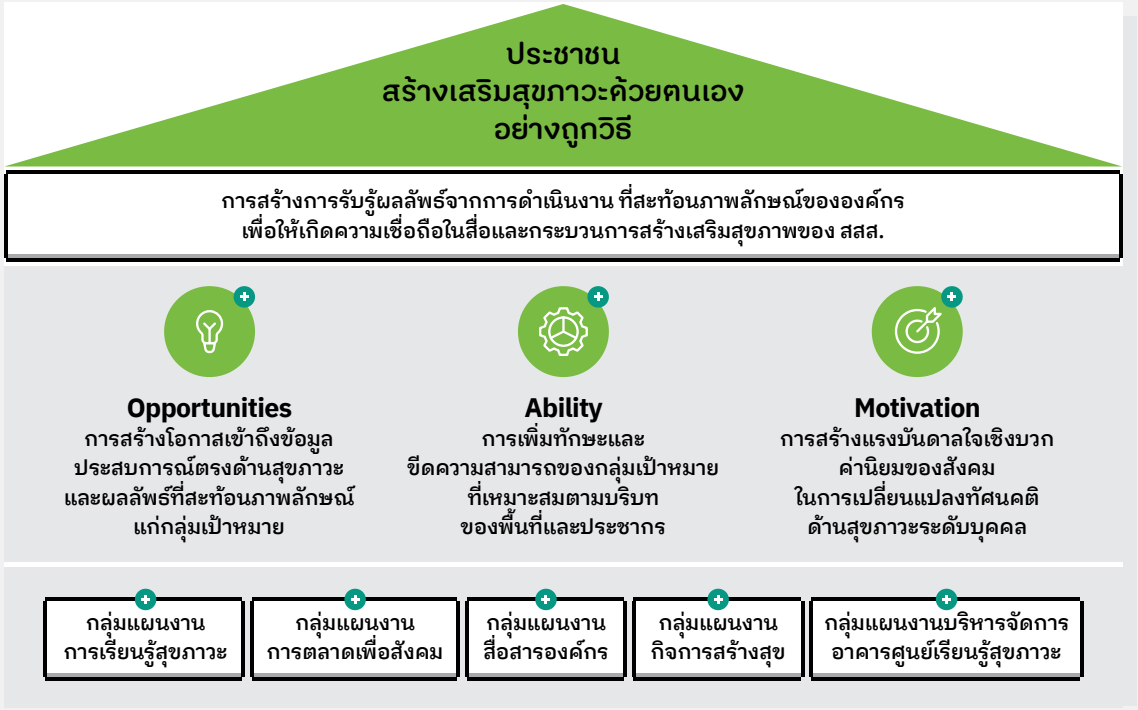
5.1 กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

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

5.2 ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

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

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน (Conceptual framework) แผน 15



1. สร้างโอกาสการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร องค์ความรู้ ประสบการณ์ตรงด้านการสร้างเสริมสุขภาวะ และผลลัพธ์จากการดำเนินงานที่สะท้อนภาพลักษณ์องค์กร สู่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการรับรู้ ความเข้าใจ และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉพาะบุคคล
2. เพิ่มทักษะ และขีดความสามารถของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ด้วยสื่อและกระบวนการการเรียนรู้สร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสมตามบริบทและพลวัตของพื้นที่และกลุ่มประชากร
3. สร้างแรงบันดาลใจเชิงบวกและค่านิยมของสังคมในการสร้างเสริมสุขภาวะนำไปสู่ความตระหนักและการเปลี่ยนแปลงทัศนคติระดับบุคคล

5.3 กลุ่มแผนงาน

1. กลุ่มแผนงานการเรียนรู้สุขภาวะ

กลุ่มแผนงานการเรียนรู้สุขภาวะ มุ่งเน้นการรวบรวมทุนความรู้จากการดำเนินงานของ สสส. เพื่อพัฒนาเป็นคลังความรู้สุขภาวะ โดยนำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาเป็นกลไกสนับสนุนการเรียนรู้และการขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะสู่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ พัฒนาทักษะชีวิตและขีดความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาวะ ด้วยการพัฒนาชุดข้อมูลเพื่อร่วมชี้นำและกำหนดทิศทางสุขภาพของสังคมไทย การบริหารจัดการข้อมูล/องค์ความรู้ การพัฒนาสื่อ/กระบวนการเรียนรู้ ตลอดจนพัฒนากลไก/ช่องทางการสื่อสารเพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้สุขภาวะของ สสส. ให้ครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทและพลวัตเชิงพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย

แนวทางการดำเนินงาน

1. สำรวจวิจัย ศึกษา วิเคราะห์แนวโน้ม สถานการณ์ พฤติกรรม ความสนใจ และความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ครอบคลุมข้อมูล ทัศนคติ พฤติกรรม รูปแบบการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการ (insight) ของกลุ่มเป้าหมาย และสังเคราะห์ข้อมูลใหม่ ๆ เพื่อนำมาใช้ในการกำหนดแนวทาง สนับสนุนการบริหารจัดการองค์ความรู้ การพัฒนากลไก/แพลตฟอร์ม/รูปแบบการสื่อสาร และ/หรือกระบวนการสร้างเสริมประสบการณ์การเรียนรู้สุขภาวะ ตลอดจนช่องทางการเข้าถึง/การขยายผลองค์ความรู้สู่กลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม เพื่อบรรลุทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ของ สสส.
2. บริหารจัดการองค์ความรู้ และพัฒนากลไก/แพลตฟอร์ม/ระบบสนับสนุนการเรียนรู้ รวมถึงการจัดการฐานข้อมูล ด้วยการรวบรวม คัดกรอง สังเคราะห์ จัดระบบเนื้อหา โดยเชื่อมกับคลังข้อมูลของ สสส. เพื่อเพิ่มการใช้ประโยชน์จากชุดความรู้ เครื่องมือ สื่อต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับพฤติกรรมและความสนใจของกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม
3. พัฒนาต้นแบบชุดเครื่องมือการเรียนรู้ สื่อต่าง ๆ และ/หรือกระบวนการเรียนรู้สร้างเสริมประสบการณ์ ด้วยการคัดสรรองค์ความรู้ในประเด็นต่าง ๆ มาสกัดและสรุปสาระสำคัญของเนื้อหา เรียบเรียงและนำเสนอให้น่าสนใจ ตลอดจนพัฒนาแนวคิด ออกแบบการนำเสนอเนื้อหา การสื่อสาร กระบวนการ การเรียนรู้ในรูปแบบที่หลากหลาย สอดคล้องกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย อาทิ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อมัลติมีเดีย ชุดสื่อการเรียนรู้ (knowledge package/toolkits) นิทรรศการ กิจกรรม โปรแกรมการเรียนรู้เพื่อให้แกนนำ/ผู้นำการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนประชาชนกลุ่มเป้าหมายเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และสามารถนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ต่อยอดและขยายผลได้
4. พัฒนากลไกสนับสนุนเชิงรุก และ/หรือช่องทางการเข้าถึงที่เหมาะสมกับการขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะ เพื่อให้การส่งต่อ/ขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะครอบคลุม เข้าถึง และเหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย โดยคำนึงถึงพลวัตเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร อาทิ พัฒนากลไกการขยายผล/การสื่อสาร สุขภาวะที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมายผ่านเครือข่ายตัวกลาง พัฒนากลไกขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะ เชิงรุกผ่านความร่วมมือกับพันธมิตรเครือข่ายผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) ในการร่วมดำเนินการขยายฐานผู้รับประโยชน์ สร้างการรับรู้และเพิ่มขีดความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาวะให้แก่สาธารณชน
5. พัฒนากลไกสนับสนุนกลางในการติดตามและการประเมินผลการดำเนินการกับพันธมิตรเครือข่ายผู้นำการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้เกิดกลไกการทำงาน การวัดผลร่วมกันและเกิดรูปแบบที่สอดคล้องกับการดำเนินงาน

2. กลุ่มแผนงานการตลาดเพื่อสังคม

กลุ่มแผนงานการตลาดเพื่อสังคม เป็นอีกหนึ่งเครื่องมือสำคัญในงานสร้างเสริมสุขภาวะและการสร้างแนวคิดของวิถีสุขภาวะให้เกิดขึ้น ทั้งโดยตรงและโดยอ้อมไปยังกลุ่มเป้าหมายและประชาชนทั่วไปโดยทิศทางและเป้าหมายของงานการตลาดเพื่อสังคมถูกกำหนดให้ความสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์หลักของ สสส. โดยกลุ่มแผนงานสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม มีบทบาทวางแผนกลยุทธ์และออกแบบแผนงานการตลาดที่สอดคล้องกับพลวัตเชิงพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย พร้อมกับการนำเสนอนวัตกรรม หรือชุดความรู้ใหม่ที่สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนั้นยังให้ความสำคัญกับการเชื่อมประสานเครือข่ายพันธมิตร เพื่อร่วมดำเนินการพัฒนาและเผยแพร่สื่อรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตสุขภาวะแก่สาธารณชนในวงกว้าง

แนวทางการดำเนินงาน

1. วางแผนกลยุทธ์การสื่อสารและออกแบบสร้างสรรค์สื่อรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพ ที่ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกของกลุ่มเป้าหมาย (target group insights) และพัฒนาโจทย์การสื่อสารร่วมกับภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย (1) นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ (2) สำนัก ผู้รับผิดชอบประเด็นหรือพื้นที่ และ (3) ภาคีเครือข่าย เพื่อหาข้อสรุปชุดข้อมูลความรู้ที่ชัดเจนจากนักวิชาการและภาคีเครือข่าย รวมถึงโจทย์และเนื้อหาความรู้ที่สำคัญที่มีความถูกต้องในหลักวิชาการ เพื่อนำไปออกแบบกลยุทธ์ในการสื่อสาร และออกแบบสร้างสรรค์ชิ้นงานสื่อสารที่มีความชัดเจน ถูกต้อง น่าสนใจ จนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนดไว้
2. จัดหาและบริหารจัดการช่องทางการสื่อสารให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย โดยการศึกษาแนวโน้มพฤติกรรมการรับสื่อของกลุ่มเป้าหมายที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามบริบทอาทิ ลักษณะทางประชากรศาสตร์ พื้นที่ วิถีชีวิต และความสนใจของกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งดำเนินงานสร้างความร่วมมือด้านช่องทางการสื่อสารกับหน่วยงานพันธมิตรทั้งองค์กรรัฐและภาคเอกชนเพื่อขยายฐานผลรับประโยชน์ด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาวะ
3. 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) ภายใต้ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี ดังนั้น การสื่อสารการดำเนินงานและผลงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย ทั้ง 15 แผน ไปยังทุกกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนการสื่อสารไปยังกลุ่มนิติบัญญัติ ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญต่อการกำหนดนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพระดับประเทศ เพื่อสร้างการรับรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนและสังคม ตลอดจนนำไปสู่การรับรู้ เข้าใจ และสร้างความน่าเชื่อถือต่อแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ในการเป็น “องค์กรนวัตกรรมสานพลังสร้างเสริมสุขภาพ” (innovative organization that collaborates to empower better health) ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ที่ตั้งมั่นของ สสส. โดดเด่นต่างจากองค์กรสุขภาพอื่น ๆ คือ มีขนาด ระบบการทำงาน และโครงสร้างที่กระชับคล่องตัว เอื้อต่อการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายกับภาคส่วนต่าง ๆ เมื่อรวมเข้ากับการคิดค้นนวัตกรรมสุขภาวะ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือเร่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วและยั่งยืน ส่งผลให้ สสส. สามารถสะท้อนบทบาทภาพลักษณ์องค์กร 3 ด้าน ภายใต้แนวทางการสื่อสาร “สานพลัง สร้างนวัตกรรม สื่อสารสุข” อย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และเข้าใจบทบาทการทำงานของ สสส. ในมิติต่าง ๆ ไม่ใช่เพียงเรื่องการลดบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการขับเคลื่อนกลไกการสร้างเสริมสุขภาพ

ของประเทศ เกิดความร่วมมือและเป็นกำลังสำคัญในการขยายผลต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพ นำไปสู่การสานพลังสร้างสังคมสุขภาวะอย่างยั่งยืน

แนวทางการดำเนินงาน

1. สนับสนุนการสื่อสารข้อมูลสุขภาพแบบครบวงจร โดยบูรณาการการสื่อสารร่วมกับสำนัก ภาคีเครือข่าย กำหนดประเด็น วางแผน รวบรวมข้อมูลกิจกรรมและการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. วิเคราะห์พฤติกรรมผู้บริโภคในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากเทคโนโลยี สังคม สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป มีการนำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI) มาใช้ในการสร้างภาพลักษณ์องค์กร พัฒนา "ชุดข้อมูลสื่อสารนวัตกรรมสุขภาพที่เหมาะกับวิถีชีวิตของทุกคน" (harmonize innovative health lifestyle) ครอบคลุมทั้ง 15 แผน ที่ตอบสนองต่อทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ของ สสส. และทันสถานการณ์ พร้อมสอดแทรกข้อมูลการสื่อสารองค์กร เพื่อสนับสนุนการสร้างความเข้าใจ และความน่าเชื่อถือในการดำเนินงานของ สสส.
2. พัฒนากระบวนการส่งต่อข้อมูลไปยังกลุ่มเป้าหมายได้อย่างรวดเร็ว เท่าทันการเปลี่ยนแปลงในยุคดิจิทัลได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ และกำหนดประเด็นการสื่อสารที่เข้มแข็งและทันสถานการณ์สังคม มุ่งเน้นการสร้างผลลัพธ์และการเปลี่ยนแปลงเชิงประจักษ์ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายให้ความเชื่อถือแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส.
3. แสวงหาความร่วมมือและสร้างความสัมพันธ์ ร่วมกับกลุ่มนิติบัญญัติ สื่อมวลชน สื่อออนไลน์ใหม่ และกลุ่มผู้มีอิทธิพลหรือผู้นำทางความคิด (influencer) ในสื่อออนไลน์ทั้งระดับกลุ่มบุคคลที่มีผู้ติดตาม จำนวน 1,500-5,000 ราย (nano influencers) กลุ่มบุคคลที่มีผู้ติดตาม จำนวน 5,000-100,000 ราย (micro influencers) กลุ่มบุคคลที่มีผู้ติดตาม จำนวน 100,000-1,000,000 ราย (macro influencers) และกลุ่มบุคคลที่มีผู้ติดตาม จำนวน 1,000,000 รายขึ้นไป (mega influencers) เพื่อขยายช่องทางการสื่อสารในการสร้างความเข้าใจรูปแบบการทำงานในลักษณะกองทุน สสส. ที่มุ่งให้สังคมไทยมีสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืน

4. กลุ่มแผนงานกิจการสร้างสุข

กลุ่มแผนงานกิจการสร้างสุข มีพันธกิจในการสร้างเสริมสุขภาวะผ่านการดำเนินงานในรูปแบบธุรกิจโดยการถ่ายทอดการเรียนรู้ การสร้างประสบการณ์ตรง และการพัฒนาทักษะต่าง ๆ ผ่านการให้บริการ และผลิตภัณฑ์นวัตกรรมสุขภาวะ ที่เกิดจากการดำเนินงานของ สสส. และภาคีเครือข่าย ด้วยการพัฒนาธุรกิจ สุขภาวะสู่กลุ่มเป้าหมายหลัก 3 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มธุรกิจกับผู้บริโภค (Business to Customer) ที่มีการแบ่งกลุ่มเป้าหมายตามช่วงวัย ได้แก่ กลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุ 1-12 ปี และอายุ 12-22 ปี) รวมถึงผู้ปกครอง กลุ่มวัยทำงาน (อายุ 22-60 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป)
2. กลุ่มธุรกิจกับธุรกิจ (Business to Business) ได้แก่ การทำงานเชื่อมกับหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน
3. กลุ่มธุรกิจถึงกลุ่มผู้บริโภค (Business to Business to Customer) ได้แก่ การดำเนินงานขยายฐานผู้รับประโยชน์ผ่านหน่วยงานสู่ผู้บริโภค อาทิ กลุ่มสมาคมและสมาพันธ์ กลุ่มสถานศึกษา กลุ่มบริหารที่พักอาศัย และกลุ่มพื้นที่การเรียนรู้ต่าง ๆ

ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถเข้าถึงวิถีสุขภาวะของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้ออกแบบกระบวนการ รวบรวม สังเคราะห์ จัดระบบองค์ความรู้ และช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสม เพื่อให้เข้าถึงและสร้างประสบการณ์ที่สามารถใช้งานได้จริงเพื่อให้ผู้รับประโยชน์สามารถรับรู้ เข้าใจ และนำไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและบุคคลรอบข้างอย่างเหมาะสม รวมไปถึงการให้ความสนใจและติดตามชุดความรู้ กิจกรรม ผลิตภัณฑ์ และบริการต่าง ๆ เพื่อการมีสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืน

นอกจากนี้ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ต้องบรรลุเป้าหมาย คือ การสร้างธุรกิจด้วยการออกแบบกระบวนการทางธุรกิจที่เน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง การมีจำนวนพันธมิตรเครือข่ายร่วมดำเนินงานเพิ่มขึ้น และการมีผู้รับประโยชน์เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบกลุ่มธุรกิจกับผู้บริโภค (Business to Customer) กลุ่มธุรกิจกับธุรกิจ (Business to Business) และกลุ่มธุรกิจถึงกลุ่มผู้บริโภค (Business to Business to Customer) ด้วยการพัฒนาแพลตฟอร์มที่ครบวงจรที่สามารถนำเสนอผลิตภัณฑ์ บริการ และทางออกสุขภาวะที่หลากหลาย เหมาะสมกับวิถีชีวิตทุกรูปแบบของประชาชน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดในการเป็นที่หนึ่งในใจผู้บริโภค (top of mind) ด้านสุขภาวะ

แนวทางการดำเนินงาน

1. พัฒนาธุรกิจเพื่อการดำเนินงานกับกลุ่มธุรกิจ (Business to Business) และกลุ่มธุรกิจถึงกลุ่มผู้บริโภค (Business to Business to Customer) เพื่อเชื่อมโยง สร้างความสัมพันธ์ และค้นหาความต้องการของผู้รับประโยชน์ ก่อนที่จะทำการออกแบบแนวทางและกระบวนการที่เหมาะสม ซึ่งผู้รับประโยชน์สามารถเป็นได้ทั้งกลุ่มธุรกิจที่ดำเนินงานร่วมกัน หรือกลุ่มธุรกิจเป็นผู้ส่งต่อกระบวนการสู่ผู้รับประโยชน์
2. การดำเนินงานในรูปแบบการสร้างฐานสมาชิก ผ่านกิจกรรม สินค้า และบริการ ทั้งรูปแบบ ออนไลน์และออฟไลน์ให้สอดคล้องกับเส้นทางของผู้บริโภค (customer journey) ซึ่งผู้ใช้บริการสามารถมีส่วนร่วมสำรวจ ค้นหากิจกรรม สินค้าและบริการที่เหมาะสมกับความต้องการ โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มงาน ดังนี้
   - กลุ่มงานการเรียนรู้ (Learning Platform) คือ การส่งเสริมการสร้างสุขภาวะจากองค์ความรู้ของ สสส.หรือภาคีเครือข่าย ผ่านกิจกรรม การฝึกอบรม ทั้งในรูปแบบภายในและภายนอกสถานที่ รวมถึงการเผยแพร่องค์ความรู้ผ่านชิ้นงานประชาสัมพันธ์ในช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ โดยมีเป้าหมายในการขยายการรับรู้เพื่อสร้างสภาวะสุขภาวะที่ดีอย่างต่อเนื่อง หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่สังคมสุขภาวะที่ดี สำหรับการเข้าถึงกิจกรรมสามารถเข้าร่วมได้ทั้งแบบไม่มีค่าใช้จ่าย หรือมีการคิดค่าใช้จ่ายในบางกิจกรรม และผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะเข้าสู่ระบบสมาชิกเพื่อเข้าถึงองค์ความรู้หรือสามารถเข้าร่วมกิจกรรมอื่นได้ในอนาคต
   - กลุ่มงานการบริการ (Solution Platform) คือ การออกแบบกิจกรรมส่งเสริมการสร้างสุขภาวะ โดยมีการประยุกต์จากองค์ความรู้ของ สสส. หรือภาคีเครือข่าย เข้ากับความต้องการแบบเฉพาะกลุ่ม ทั้งนี้จะกระทำผ่านกิจกรรมหรือการฝึกอบรม มีจุดประสงค์เพื่อตอบสนองต่อความต้องการ และแก้ปัญหาแบบเฉพาะเจาะจง เสมือนเป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้จะมีการคิดบริการในการดำเนินงาน โดยรายได้จะนำไปขยายผลเป็นการสร้างกิจกรรมสู่สาธารณะในวงกว้าง เพื่อขยายโอกาสและจำนวนผู้รับประโยชน์จากการเข้าถึงองค์ความรู้ด้านสุขภาวะ
   - กลุ่มงานนวัตกรรมสุขภาพ (Innovation Platform) คือ การสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อแก้ไขต้นเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ โดยขับเคลื่อนผ่านผลิตภัณฑ์ส่งเสริมสุขภาวะที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน ครอบคลุมฐานผู้รับประโยชน์ตั้งแต่เด็กจนถึงผู้สูงอายุ นวัตกรรมสุขภาพจะถูกสร้างสรรค์ในรูปแบบผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ อาทิ ของใช้ในชีวิตประจำวัน ของใช้ภายในบ้าน ของเล่นเด็ก รวมถึงหนังสือ ทั้งนี้จะมี

การผลิตภายในตราสินค้า “SOOK” หรือเป็นผลิตภัณฑ์จากภาคีเครือข่ายที่มีแนวคิดในการส่งเสริมการสร้างสุขภาวะ โดยมีช่องทางการจัดจำหน่าย 2 รูปแบบ เพื่อความสะดวกในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์

- กลุ่มงานความร่วมมือ (Collaboration Platform) คือ การทำงานร่วมกับหน่วยงานทั้งภาครัฐหรือภาคเอกชน เพื่อสร้างสรรค์กิจกรรมหรือผลิตภัณฑ์ใหม่ที่มีจุดประสงค์ในการผลักดันการเสริมสร้างสุขภาวะต่อสาธารณะรวมถึงฐานสมาชิกของหน่วยงานนั้น ๆ การออกแบบกิจกรรมหรือผลิตภัณฑ์จะเป็นการทำงานร่วมกันทั้งด้านงบประมาณ การผสมผสานองค์ความรู้ และมีการแบ่งผลประโยชน์ร่วมระหว่างศูนย์กิจการสร้างสุขและหน่วยงานที่ดำเนินงานร่วมกัน

5. กลุ่มแผนงานบริหารจัดการอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ

มุ่งเน้นการบริหารจัดการอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืนในระยะยาว ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร เพื่อให้อาคารมีการพัฒนาด้านระบบทรัพยากรกายภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นพื้นที่สำหรับสนับสนุนการเรียนรู้ด้านสุขภาวะและด้านอาคารเขียว เพื่อให้เกิดการใช้พื้นที่อาคารอย่างเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุด

แนวทางการดำเนินงาน

1. บริหารจัดการอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน สามารถจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด
2. ส่งเสริมด้านการมีสุขภาวะที่ดีของผู้ใช้อาคาร มาตรฐานความปลอดภัยด้านอาคารสถานที่ จัดเตรียมสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและเอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี และแผนการรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉิน
3. ส่งเสริมการการมีส่วนร่วมขององค์กร เพื่อการอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อม และการใช้ทรัพยากรอย่างรู้คุณค่า

6. งบประมาณ

รวม
510.00
ล้านบาท

- กลุ่มแผนงานการเรียนรู้สุขภาวะ **115.00** ล้านบาท
- กลุ่มแผนงานการตลาดเพื่อสังคม **277.50** ล้านบาท
- กลุ่มแผนงานสื่อสารองค์กร **52.00** ล้านบาท
- กลุ่มแผนงานกิจการสร้างสุข **6.50** ล้านบาท
- กลุ่มแผนงานบริหารจัดการอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ **59.00** ล้านบาท

งานบริหาร
จัดการกองทุน
และสำนักงาน

1. สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีภารกิจในการสนับสนุนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ โดยเป็นองค์กรขนาดเล็กที่เน้นความยืดหยุ่นและใช้นวัตกรรมในการบริหารจัดการ มุ่งสร้างการมีส่วนร่วม และแสวงหาความร่วมมือจากหน่วยงาน ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพในลักษณะการรวมพลังให้เกิดผลลัพธ์เป้าหมายร่วมกัน (collective impact)

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

ผู้จัดการกองทุนฯ ได้กำหนดนโยบายการจัดทำแผนบริหารจัดการสำนักงานที่สำคัญ 5 ประการ คือ (1) คำนึงถึงภาพรวมการบูรณาการการทำงานและการกำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกัน (2) คำนึงถึงการลดความซ้ำซ้อน (LEAN) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน (3) พัฒนาระบบข้อมูล รวมทั้งวิเคราะห์และจัดการข้อมูลให้ถูกต้องแม่นยำ เพื่อประโยชน์ต่อการทำงาน (4) พัฒนางานจากข้อมูลและข้อเสนอแนะของผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholder) อย่างรอบด้าน และ (5) ติดตามและประเมินผลระบบงานเพื่อการพัฒนา”

ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีการดำเนินงานที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญต่อกระบวน ปฏิบัติงานของสำนักงาน ได้แก่

1. การพัฒนาระบบการขับเคลื่อนองค์กรด้วยข้อมูล (data-driven organization) โดยนำข้อมูลมาใช้ในการวิเคราะห์ตัดสินใจ และกำหนดยุทธศาสตร์การทำงานเชิงพื้นที่ (Sparacific Area Based) อย่างเฉพาะเจาะจง พร้อมทั้งพัฒนากระบวนการตั้งเป้าหมายร่วม (collective impact) ระหว่างองค์กรด้านสาธารณสุข เพื่อให้ทุกหน่วยงานสามารถขับเคลื่อนงานไปในทิศทางเดียวกัน และบูรณาการทรัพยากรในการสร้างผลกระทบทางสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด
2. การดำเนินงานตามทิศทาง (roadmap) แผนปฏิบัติการดิจิทัล สสส. เน้นเพิ่มประสิทธิภาพระบบดิจิทัลที่มีอยู่เดิมให้สามารถสนับสนุนภารกิจหลักในด้านการบริหารงานภายในและการให้บริการภายนอก รวมถึงการพัฒนาระบบดิจิทัลใหม่เพื่อสนับสนุนกระบวนการทำงานแบบครบวงจร โดยมุ่งเน้นการบูรณาการและแลกเปลี่ยนข้อมูลทั้งภายในองค์กรและระหว่างองค์กร เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และกำหนดวิธีทำงานในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างตรงจุด
3. การพัฒนาและปรับปรุงกฎ ระเบียบ มาตรฐานการทำงาน และกระบวนการบริหารจัดการภายในสำนักงานเพื่อรองรับระบบการทำงานที่เป็นดิจิทัล เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน และส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้สอดคล้องกับการทำงานในยุคดิจิทัล พร้อมทั้งขับเคลื่อนกฎหมายสร้างเสริมสุขภาพ จากการสนับสนุนการศึกษาวิจัยมาตรการทางกฎหมายที่จะช่วยหนุนเสริมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

4. การยกระดับมาตรฐานการให้บริการและการสื่อสารสาธารณะ ผ่านการพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลที่บูรณาการบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มุ่งเน้นการสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยใช้ข้อมูลและการวิเคราะห์เชิงลึกเพื่อตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ
5. การเสริมสร้างองค์กรสุขภาวะและวัฒนธรรมองค์กร โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรค NCDs พัฒนากรอบความคิดและทัศนคติของบุคลากร สร้างค่านิยมร่วมและวัฒนธรรมการทำงานที่ดี พร้อมทั้งส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมและการจัดการความรู้ภายในองค์กร
6. การพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทั้งการประเมินผลการดำเนินงาน การบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล และการประเมินผลประเด็นพิเศษต่างๆ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2. จุดเน้นของแผน

2.1 พัฒนาระบบข้อมูลและระบบสารสนเทศที่ครอบคลุมทุกกระบวนการหลัก มุ่งเน้นการวิเคราะห์เพื่อลดความซ้ำซ้อน (lean) ในการทำงาน เพิ่มประสิทธิภาพระบบสารสนเทศและลดปัญหาการทำงานซ้ำซ้อนและลดข้อผิดพลาด เช่น ระบบบัญชีการเงินดิจิทัลที่รองรับการเบิกจ่ายเงินทุกรูปแบบ ระบบตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินโครงการ (e-Audit) ระบบบริหารการจัดประชุม (e-Meeting) ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เป็นต้น

2.2 นำระบบดิจิทัลที่เหมาะสมมาใช้ในการจัดการและให้บริการข้อมูลการดำเนินงานที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.3 พัฒนาบุคลากรให้มีทักษะเชิงวิชาการและเชิงวิชาชีพที่สนับสนุนให้การทำงานในยุคดิจิทัลมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น มีแนวปฏิบัติตนและวิถีการทำงานตามคุณลักษณะ สสส. (Brand Attribute) และมีแผนการดำเนินงานส่งเสริมให้ สสส. เป็นองค์กรสุขภาวะ (Happy Workplace) เพื่อยกระดับความพึงพอใจและความผูกพันองค์กร

2.4 สนับสนุนการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล การติดตามประเมินผล การบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายในที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2.5 พัฒนาระบบการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหารและหน่วยงานต่าง ๆ ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.6 สนับสนุนการดำเนินงานตามเป้าหมายร่วมขององค์กรด้านสาธารณสุขในประเทศไทย เพื่อร่วมกันลดภาระโรค (DALY) ผ่านการพัฒนาระบบฐานข้อมูลและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างองค์กร

3. วัตถุประสงค์

3.1 วัตถุประสงค์ด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล

1. ยกระดับมาตรฐานระบบบริหารงานบุคคลผ่านนวัตกรรมและดิจิทัล โดยมุ่งเน้นการติดตามและประเมินความสำเร็จของระบบ Digital HR เพื่อนำมาพัฒนา/ปรับปรุงการใช้งานให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างเต็มที่ รวมถึงการนำ AI มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการบริหารงานบุคคล
2. พัฒนาบุคลากรของ สสส. ให้มีสมรรถนะและศักยภาพที่เหมาะสมสอดคล้องกับระดับตำแหน่งและหน้าที่ความรับผิดชอบ และตอบสนองต่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ขององค์กร โดยเพิ่มการออกแบบโปรแกรมและกระบวนการเรียนรู้ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะมากยิ่งขึ้น และเน้นการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ขององค์กรภายใต้บริบทและการเปลี่ยนแปลงปัจจุบัน
3. เสริมสร้างองค์กรสุขภาวะและวัฒนธรรมองค์กร โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรค NCDs เป็นต้นแบบของบุคลากรในองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนากรอบความคิดและทัศนคติ (mindset) ของบุคลากร สร้างค่านิยมร่วม วัฒนธรรมการทำงานที่ดี และพัฒนาสู่วัฒนธรรมองค์กร

3.2 วัตถุประสงค์ด้านการเงิน การบัญชี พัสดุ และตรวจสอบแผนงานโครงการ

1. พัฒนาการรายงานข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยรายสำนักและฝ่าย เพื่อใช้ในการประกอบการประเมินหรือเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการทำงาน การบริหารทรัพยากร อีกทั้งยังสามารถใช้เพื่อกำหนดกรอบงบประมาณ กรอบนโยบายและเป้าหมายในการทำงานที่มีประสิทธิภาพในอนาคต
2. เพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการตรวจสอบและกำกับติดตามการใช้จ่ายเงินของโครงการ ให้มีความรวดเร็ว ครบถ้วน ถูกต้องตามระเบียบที่ สสส. กำหนด และลดปัญหาโครงการล่าช้า
3. ปรับปรุงกระบวนการทำงานด้านการเงินบัญชีให้มีความกระชับและรวดเร็ว ภายใต้หลักธรรมาภิบาลและหลักการควบคุมภายในที่ดี
4. พัฒนาระบบ ERP ของกองทุนมีข้อมูลด้านบัญชีที่ครบถ้วนและครอบคลุมข้อมูลของหน่วยงานลักษณะพิเศษอันจะส่งผลให้รายงานการเงินรายเดือนของกองทุนที่เสนอต่อคณะกรรมการชุดต่าง ๆ สามารถแสดงข้อมูลภาพรวมที่ครบถ้วนและเป็นปัจจุบันมากยิ่งขึ้น
5. พัฒนาศักยภาพด้านการเงินและบัญชีให้แก่บุคลากรภายในและภายนอก เช่น เจ้าหน้าที่และนักวิชาการ สสส. ภาคีผู้รับทุน และผู้ตรวจสอบการใช้จ่ายเงินโครงการให้มีความรู้ความเข้าใจในกฎ ระเบียบและหลักการการใช้จ่ายเงินกองทุน ตลอดจนมีความพร้อมในการเข้าใช้งานระบบสารสนเทศต่าง ๆ ของ สสส.

3.3 วัตถุประสงค์ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

1. นำระบบดิจิทัลที่เหมาะสมมาใช้ในการให้บริการข้อมูลด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่รับบริการ และสอดคล้องกับรูปแบบการเรียกดูข้อมูลรายบุคคล

2. พัฒนาคลังข้อมูลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคีเครือข่าย รวมทั้งการจัดทำข้อมูลเปิด
3. พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานในการรองรับการพัฒนาโครงการด้านดิจิทัลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. พัฒนาทักษะและความรู้ด้านดิจิทัลแก่บุคลากรและภาคี

3.4 วัตถุประสงค์ด้านอำนวยการบริหารจัดการสำนักงาน

1. พัฒนาและปรับปรุงระบบงาน กระบวนการทำงานของกลุ่มงานในฝ่ายอำนวยการ เพื่อลดปัญหาและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน
2. พัฒนาเครือข่ายนักกฎหมายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อช่วยในการพัฒนาระบบ/กลไกในการขับเคลื่อนงานนโยบายสารธารณะ
3. พัฒนากระบวนการทำงานของกลุ่มงานในฝ่ายอำนวยการให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด
4. จัดทำแนวทางหรือคู่มือการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับ กฎ ระเบียบ วิธีปฏิบัติงานที่เป็นปัจจุบัน
5. เพื่อให้คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เกิดความเข้าใจในบทบาทภารกิจของ สสส. สามารถสนับสนุนการดำเนินงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. แนวทางการดำเนินงาน

4.1 ด้านการตรวจสอบภายใน

1. วางแผนการตรวจสอบ ระยะยาว และแผนตรวจสอบภายในประจำปี โดยพิจารณาจากผลการประเมินความเสี่ยงเป็นหลัก การกำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขต ระยะเวลา และจัดสรรทรัพยากร โดยแผนการปฏิบัติงานต้องพิจารณาถึงยุทธศาสตร์ วัตถุประสงค์ และความเสี่ยงของหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน
2. ปฏิบัติการตรวจสอบ
   - ตรวจสอบส่วนงานต่าง ๆ ขององค์กรเป็นระยะ โดยจัดให้มีการประชุมเปิดงานตรวจสอบ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ทำความเข้าใจร่วมกับหน่วยรับตรวจ และให้ความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ขององค์กร และสอดคล้องกับระเบียบ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง
   - เมื่อตรวจสอบเสร็จสิ้นสมบูรณ์ จัดให้มีการประชุมปิดงาน ตรวจสอบร่วมกับหน่วยรับตรวจ และฝ่ายบริหาร เพื่อชี้แจง หารือ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเท็จจริงและข้อบกพร่องที่ตรวจพบ และมาตรการแก้ไขปรับปรุงก่อนที่จะนำเสนอในรายงานผลการตรวจสอบ
3. รายงานผลการตรวจสอบ และการยกระดับสร้างคุณค่าเพิ่มจากรายงาน
   - จัดทำรายงานผลการตรวจสอบเป็นลายลักษณ์อักษร อธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขอบเขตการตรวจสอบ ประเด็นที่ตรวจพบ วิเคราะห์สาเหตุและผลกระทบ ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแก้ไข และจัดลำดับความสำคัญของข้อตรวจพบและข้อเสนอแนะ รวมทั้งกำหนดวันแล้วเสร็จ และผู้รับผิดชอบ

- ดำเนินการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และประมวลผลตรวจสอบทั้งหลายที่ได้มา โดยจัดทำเป็นรายงานทางวิชาการ/ข้อมูลสาระสำคัญอันเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจเชิงบริหารระดับนโยบาย เพื่อพัฒนาระบบปฏิบัติงาน และองค์กรให้มีคุณภาพ เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

4. ติดตามผลการปรับปรุงของสำนักงาน ตามข้อเสนอแนะในรายงานผลตรวจสอบ และติดต่อประสานงานกับหน่วยรับตรวจ และให้คำแนะนำในการแก้ไขปรับปรุงให้ถูกต้อง
5. เพิ่มทักษะและพัฒนาตนเองให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์เพียงพอที่จะดำเนินการตรวจสอบในเรื่องต่าง ๆ
6. ให้คำปรึกษาชี้แนะ แก่บุคลากรทุกระดับในองค์กร เพื่อประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน
7. ร่วมกับฝ่ายบริหารงานบุคคลและสำนักต่าง ๆ ในการจัดทำเนื้อหาหลักสูตร เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่ และนักวิชาการ
8. ทบทวนการปฏิบัติงานของตนเองอย่างสม่ำเสมอ และรับฟังข้อคิดเห็นของทุกส่วนเพื่อการพัฒนาปรับปรุงงานในหน้าที่ให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับการตรวจ ผู้ใช้ข้อมูลจากผลตรวจมาบริหารจัดการหรือพิจารณาตัดสิน เป็นต้น

4.2 ด้านการติดตามและประเมินผล

สนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานของ สสส. รวมทั้งคณะอนุกรรมการ/คณะทำงานชุดต่าง ๆ ที่คณะกรรมการประเมินผลแต่งตั้ง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามอำนาจหน้าที่ที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 อาทิ การจัดทำรายงานการประเมินผลการดำเนินงานของ สสส. การประเมินผลการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล และการศึกษา/ประเมินผลประเด็นพิเศษต่าง ๆ

4.3 ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

1. การใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพโดยการพัฒนา ใช้ และเชื่อมโยงกับแพลตฟอร์มอื่นผ่านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และประชาชน (Digital Service & Management) ผ่านการพัฒนาและริเริ่มแพลตฟอร์มบริการดิจิทัลเพื่อให้บริการด้านการเสริมสร้างสุขภาวะของ สสส. (Digital Platform & Digital Initiatives) พร้อมทั้งสร้างการเชื่อมโยงกับองค์กรภาคีเครือข่ายผ่านระบบดิจิทัลเพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในทุกระดับ (Connected Organization Network)
2. การขับเคลื่อนองค์กรด้วยข้อมูลเพื่อใช้ประโยชน์สูงสุดจากข้อมูลที่องค์กรเก็บรวบรวมอย่างมีธรรมาภิบาล (Data-driven & Analytics Platform) โดยพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพย์สินดิจิทัลและบูรณาการช่องทางการสื่อสารประชาสัมพันธ์บนแพลตฟอร์มเดียว (Unified Asset Management & Channel) รวมถึงบริหารจัดการและกำกับดูแลข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ (Data Management & Data Governance) ตลอดจนยกระดับงานบริหารจัดการผ่านระบบดิจิทัล (Smart Management)
3. มุ่งเน้นการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีการประมวลผลแบบคลาวด์ (Secure Infrastructure & Cloud First Policy) ด้วยการพัฒนากรอบการจัดการข้อมูลประจำตัวและการเข้าถึงทรัพยากรดิจิทัล (Identity Access Management) พัฒนาแพลตฟอร์มจัดการบริการดิจิทัลและบริการร่วมของ สสส. (Digital Management & Common Service

Platform) และจัดระบบโครงสร้างพื้นฐานด้านไอทีและดิจิทัลให้มีความยืดหยุ่น เสถียรภาพ และปลอดภัย (Secure IT & Digital Infrastructure)

4. การพัฒนาทักษะด้านดิจิทัลของบุคลากรทั้งระดับองค์กร และบุคลากรทุกภาคส่วนให้พร้อมขับเคลื่อนภารกิจด้วยข้อมูล (people as solutions) ผ่านการพัฒนาทักษะด้านดิจิทัลเพื่อเพิ่มศักยภาพของเจ้าหน้าที่ภายในและลูกค้าภายนอก (Corporate-wide & Partnership Digital Skill Essential)

4.4 ด้านการเงิน การบัญชี พัสดุ และตรวจสอบแผนงานโครงการ

1. พัฒนารายงานต้นทุนต่อหน่วยของสำนัก/ฝ่าย โดยฝ่ายบัญชีและการเงินจะทำการวิเคราะห์ต้นทุนจากข้อมูลบัญชีในระบบ ERP และจัดทำข้อเสนอต่อผู้บริหาร
2. พัฒนาและควบคุมกำกับการทำงานระหว่างระบบรายงานการใช้จ่ายเงินโครงการ (e-Fin) และระบบตรวจสอบการใช้จ่ายเงินโครงการ (e-Audit) ร่วมกับฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ ฝ่ายอำนวยการ เนื่องจากเป็นระบบพึ่งพัฒนาแล้วเสร็จ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องติดตามกำกับเพื่อให้มั่นใจว่าระบบดังกล่าวมีประสิทธิภาพ และเป็นระบบที่รองรับความต้องการ สามารถลดภาระการทำงานของภาคีอย่างแท้จริง รวมถึงยังต้องพัฒนาระบบรายงานต่าง ๆที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม
3. ทบทวนและปรับปรุงกระบวนการทำงานด้านการเงินและบัญชี เพื่อลดกระบวนการทำงานที่ไม่สร้างมูลค่า (lean process)
4. ทบทวนและปรับปรุงกระบวนการทำงานด้านการเงินและบัญชีของหน่วยงานลักษณะพิเศษ เน้นการควบคุมกำกับเพื่อให้เกิดการบันทึกรายการบัญชีที่ครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน
5. พัฒนาศักยภาพด้านการเงินและบัญชีให้กับบุคลากรภายในและภายนอก จะดำเนินการสร้างความรู้ความเข้าใจผ่านการจัดอบรม จัดทำสื่อการเรียนรู้ e-Learning และจัดจ้างศูนย์ให้คำปรึกษาด้านการเงิน บัญชีและพัสดุ
6. งานสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านบัญชีและการเงินของฝ่ายบัญชีและการเงิน เพื่อให้การปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีของกองทุนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและทันตามระยะเวลาที่กำหนด จะดำเนินการจ้างเหมาบุคคลเพื่อช่วยในการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีภายใต้อัตราที่ได้รับการอนุมัติ และจัดจ้างผู้ตรวจสอบเพื่อรับรองรายงานการเงินของ สสส.

4.5 ด้านการบริหารและพัฒนาบุคลากรและองค์กร

1. ด้านการยกระดับมาตรฐานระบบบริหารงานบุคคลผ่านนวัตกรรมและดิจิทัล จากการติดตามและประเมินความสำเร็จของระบบ Digital HR หลังจากพัฒนาระบบ HRIS ใหม่ระยะที่ 2 แล้วเสร็จในปี 2567 และดำเนินการนำระบบความก้าวหน้าสายอาชีพคู่ขนาน (Dual Career Path) มาใช้ในการจัดตำแหน่งและพิจารณาเลื่อนระดับ รวมถึงดำเนินการหมุนเวียนการทำงานกับองค์กรภายนอกผ่านการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะร่วมกัน
2. ด้านพัฒนาบุคลากร สสส. สู่มืออาชีพ และผลงานที่เป็นเลิศ จากการจัดทำและดำเนินการตามแผนพัฒนาบุคลากรประจำปีตามเส้นทางการพัฒนา พร้อมทั้งพัฒนาผู้สืบทอดตำแหน่งสำคัญอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามและประเมินการเรียนรู้ของบุคลากร จัดทำเส้นทางการพัฒนาที่สอดคล้องกับระดับตำแหน่งงาน พัฒนาหลักสูตรเฉพาะจากความเชี่ยวชาญของบุคลากร และจัดทำแผนพัฒนาทักษะดิจิทัลที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการดิจิทัลขององค์กร

3. ด้านการเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรและคุณภาพชีวิตในการทำงานอย่างมีความสุข เสริมสร้างค่านิยมร่วมและวัฒนธรรมการทำงานที่ดี จากการพัฒนากรอบความคิดของบุคลากรในการมุ่งเน้นประโยชน์ส่วนรวม ด้วยการถอดบทเรียนและขยายผลโครงการ Brand Ambassador รวมทั้งนำผลสำรวจความผูกพันและผลตรวจสุขภาพมาจัดทำแผนเสริมสร้างองค์กรสุขภาวะ และร่วมกับสำนักวิชาการในการสร้างบรรยากาศแห่งนวัตกรรมตามแผนการจัดการความรู้ขององค์กร

4.6 ด้านการสื่อสารองค์กร เผยแพร่ข้อมูล และประชาสัมพันธ์

1. พัฒนากระบวนการสื่อสารข้อมูลสุขภาพแบบครบวงจร สร้างระบบสื่อสังคมและสื่อใหม่ โดยบูรณาการการสื่อสารร่วมกับสำนักภาคีเครือข่าย กำหนดประเด็น วางแผน รวบรวมข้อมูลกิจกรรมและการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ที่สังคมให้ความสนใจ เน้นประเด็น Longevity เพิ่มอายุคาดเฉลี่ยของคนไทย นำมาพัฒนาชุดข้อมูลสร้างเสริมสุขภาวะ ครอบคลุมทั้ง 15 แผน ตอบสนองต่อทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ของ สสส. และทันสถานการณ์ พร้อมสอดแทรกข้อมูลการสื่อสารองค์กร เพื่อสนับสนุนการสร้างความเข้าใจ และความน่าเชื่อถือในการดำเนินงานของ สสส.
2. พัฒนากระบวนการผลิตข้อมูลการสื่อสารสร้างเสริมสุขภาพให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงในยุคดิจิทัล ได้อย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ กำหนดประเด็นการสื่อสารที่เข้มแข็ง แลกเปลี่ยนข้อมูลการดำเนินงานภายในองค์กร (Inside-out) และข้อมูลจากแหล่งภายนอกที่สำคัญ (Outside-in) กลุ่มเป้าหมายให้ความเชื่อถือ มุ่งเน้นการสร้างผลลัพธ์และการเปลี่ยนแปลงเชิงประจักษ์
3. แสวงหาความร่วมมือและสร้างความสัมพันธ์ ร่วมกับกลุ่มนิติบัญญัติ สื่อมวลชน และสื่อออนไลน์ใหม่ เพื่อขยายช่องทางการสื่อสารสร้างความเข้าใจรูปแบบการทำงานในลักษณะกองทุน สสส. ที่มุ่งให้สังคมไทยมีสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืน

4.7 ด้านอำนวยการบริหารจัดการสำนักงาน

1. ร่วมกับภาคีเครือข่ายทางกฎหมายให้เกิดการทำงานร่วมกันและพัฒนาเป็นระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะทั้งในระดับจังหวัดและระดับประเทศได้อย่างต่อเนื่อง
2. บริหารจัดการอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน ส่งเสริมการการมีส่วนร่วมของพนักงานในองค์กร เพื่อการอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อม เพื่อจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด
3. ศึกษาข้อเสนอแนวทางในการบริหารจัดการครุภัณฑ์โครงการ และกำหนดแนวทางในการดำเนินการเพื่อให้ข้อเสนอแนวทางนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง
4. จัดกระบวนการประเมินผลสัมฤทธิ์กฎหมายรองของ สสส. เพื่อให้ได้ข้อสรุปของกฎ ระเบียบที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และดำเนินการปรับปรุงให้แล้วเสร็จ
5. พัฒนาการใช้งานระบบ e-Form การจัดซื้อจัดจ้างและร่วมกับฝ่ายไอที จัดหาผู้รับจ้าง และปรับปรุงระบบการทำงาน รวมถึงการทดสอบการใช้งานระบบ พร้อมทั้งจัดทำคู่มือที่เป็นแนวทางที่ชัดเจน เข้าใจง่ายนำมาถ่ายทอดให้กับบุคลากรของแต่ละสำนัก/ฝ่าย รวมถึงผู้บริหาร ให้สามารถเข้าใจได้ง่ายนำไปสู่การปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ เป็นไปในทิศทาง/มาตรฐานเดียวกัน
6. ดำเนินการงานจัดซื้อจัดจ้าง งานสารบรรณและการจัดทำสัญญาให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

7. วิเคราะห์ข้อมูลการทำงานจัดซื้อจัดจ้างในมิติที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนการทำงานจัดซื้อจัดจ้างในระบบ e-Form เช่น ข้อมูล SLA ข้อมูลผลการทำงานของคู่ค้า ข้อมูลการบริหารจัดการแผนการปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง หรือข้อมูลการบริหารสัญญา เป็นต้น เพื่อจัดทำข้อเสนอในการลดขั้นตอนกระบวนการทำงานจัดซื้อจัดจ้าง
8. รวบรวมข้อมูลการจัดกิจกรรมลงพื้นที่ของสำนักและวางแผนจัดกระบวนการลงพื้นที่ของคณะกรรมการกองทุน สสส. ให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในการทำงานของ สสส.

4.8 ด้านพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์

1. ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์
   - พัฒนากระบวนการจัดทำแผนให้มีประสิทธิภาพ ด้วยการวิเคราะห์ภาพรวมสถานการณ์ และการดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อนำมาใช้ในการวางแนวทางการจัดทำแผนในปีถัดไปที่สอดคล้องและสามารถส่งมอบผลลัพธ์ได้ตามกรอบการทำงานของ สสส. โดยการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการขับเคลื่อนงาน (Data-driven) สร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการวิเคราะห์เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ พื้นที่เป้าหมาย (Specific-Area Based) และกำหนดเป้าหมายทางสุขภาพเพื่อร่วมกันสร้างและขยายผลลัพธ์ทางสุขภาพแก่ประชาชน
   - สร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการดำเนินงานตามแผนไปสู่การปฏิบัติ และการกำหนดตัวชี้วัดที่สามารถสะท้อนผลลัพธ์ สิ่งส่งมอบ หรือการทำงานที่เป็นไปตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) และแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570)
   - จัดทำเอกสารแผนการดำเนินงานประจำปี เพื่อใช้ในการเผยแพร่และสื่อสารกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเข้าใจต่อแนวทางการดำเนินงานของ สสส.
   - จัดทำกรอบและวางแผนงบประมาณที่มีการจัดสรรงบประมาณสอดคล้องกับทิศทางการทำงานขององค์กร
   - พัฒนากลไกการติดตามสถานการณ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงาน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายยุทธศาสตร์ และการทำงานอย่างเป็นระบบ ตลอดจนเพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือและตอบสนองต่อสถานการณ์ได้อย่างทันท่วงที
2. ด้านพัฒนาระบบการบริหารจัดการองค์กร
   - พัฒนาระบบและฐานข้อมูลสำคัญเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหาร รวมทั้งเพื่อใช้ในการวิเคราะห์และขับเคลื่อนการดำเนินงานบนพื้นฐานของข้อมูลได้อย่างแม่นยำ โดยการเชื่อมโยงฐานข้อมูลกับองค์กรด้านสุขภาพอื่น ๆ เพื่อร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการลดปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability adjusted life years: DALYs) และพัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกัน
   - ดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้เกิดการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล ได้แก่ การสนับสนุนกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA) การจัดทำแผนที่เกี่ยวข้อง
   - ร่วมกำหนดทิศทางการยกระดับองค์กรในการพัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการกับฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการที่เป็นมืออาชีพในการบริหารจัดการกองทุน มีความทันสมัยและเหมาะสมกับบริบทการทำงานขององค์กร
   - สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบบริหารจัดการสำนักงานและการควบคุมภายในให้ทำงานได้อย่างต่อเนื่อง โดยวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการนำเครื่องมือที่ช่วยเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพมาใช้ และทันต่อทิศทางการพัฒนาตามสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

- ดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลซึ่งสอดคล้องกับหลักเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส
- จัดทำรายงานประจำปีที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544

4.9 ด้านบริหารความเสี่ยง

1. วิเคราะห์ความเสี่ยงจากสถานการณ์และแนวโน้มทั้งภายในและภายนอกองค์กรที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงาน
2. สร้างการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงองค์กร โดยการรวบรวมประเด็นและมุมมองทั้งจากภาพรวมองค์กรจากผู้บริหาร และระดับแผนจากผู้ปฏิบัติงาน
3. บริหารความเสี่ยงระดับองค์กรในเชิงยุทธศาสตร์ และจัดทำแผนเพื่อจัดการความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานขององค์กรให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ตามความเหมาะสมกับความเสี่ยงแต่ละประเภท และเป็นไปตามมาตรฐานการบริหารความเสี่ยงในระดับสากล
4. สร้างกลไกการติดตามและรายงานสถานการณ์ความเสี่ยงเพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์ความเสี่ยงได้อย่างทันท่วงที

6. งบประมาณ

รวม
464.06
ล้านบาท

การบริหารและพัฒนาบุคลากรและองค์กร (เงินเดือน ค่าจ้าง และการพัฒนาบุคลากร รวมหน่วยงานลักษณะพิเศษ)"	การเงิน การบัญชี การพัสดุ และการตรวจสอบโครงการ	การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ	การอำนวยการและบริหารสำนักงาน
272.07 ล้านบาท	**9.51 ล้านบาท**	**77.50 ล้านบาท**	**62.00 ล้านบาท**
การพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ การบริหารความเสี่ยง	การตรวจสอบภายใน	การติดตามและประเมินผล	การสื่อสารองค์กร การเผยแพร่ข้อมูล และการประชาสัมพันธ์
7.50 ล้านบาท	**7.50 ล้านบาท**	**4.50 ล้านบาท**	**23.48 ล้านบาท**

งานพัฒนา
และจัดการ
กลุ่มงานกลาง

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการปรับตัวให้มีความยืดหยุ่นพร้อมรับต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และสร้างคุณค่าเพิ่มจากโครงสร้างการทำงานขององค์กรที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยสนับสนุนให้มีการบริหารจัดการองค์กรแบบบูรณาการ ผ่านโครงสร้างการดำเนินงานในรูปแบบ “กลุ่มแผน” ซึ่งประกอบไปด้วย 3 กลุ่มแผน ได้แก่ (1) กลุ่มแผนเชิงประเด็น (Issue) (2) กลุ่มแผนเชิงพื้นที่ องค์กร และกลุ่มประชากร (Area & Setting) และ (3) กลุ่มแผนเชิงระบบ (System) โดยในแต่ละกลุ่มแผนได้จัดให้มีกลไกสนับสนุนเพื่อให้เกิดการบูรณาการระหว่างกลุ่มแผน และข้ามกลุ่มแผน รวมทั้งส่วนงานภายในที่เกี่ยวข้องอื่นๆ นอกจากนี้ ยังมีการจัดสรรและกระจายทรัพยากรที่จำเป็นต่อการทำงานของกลุ่มแผน เพื่อสนับสนุนให้งานบูรณาการเป็นกลไกสำคัญในการผลักดันความสำเร็จตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ขององค์กร

1. สรุปสถานการณ์และแนวโน้ม

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนไทยในปัจจุบันยังคงเผชิญกับความท้าทายหลายประการ อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของประชาชนไทย โดยมีประเด็นสำคัญดังนี้

1.1 สถานการณ์ด้านเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ จากการที่เกิดภาวะเศรษฐกิจชะลอตัวส่งผลให้เกิดปัญหาการว่างงานสูงและรายได้ของประชาชนลดลง ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต ขาดการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น และการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพเพิ่มขึ้น

1.2 สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคมในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง เช่น ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงการศึกษาที่มีคุณภาพ โอกาสทางอาชีพ และบริการสาธารณสุข เป็นต้น ตามรายงานของธนาคารโลกปี 2564 พบว่า ดัชนีความเหลื่อมล้ำ (Gini Index) ของไทยอยู่ที่ 35.0 ซึ่งแสดงถึงความเหลื่อมล้ำที่ยังคงมีอยู่ในระดับสูง

1.3 สถานการณ์การแข่งขันทางการค้าที่รุนแรงขึ้น ส่งผลให้ผู้บริโภคมีตัวเลือกในการบริโภคที่หลากหลายมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการบริโภคสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยขาดทางเลือกและจำเป็นต้องเลือกบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำในราคาถูก

1.4 สถานการณ์ด้านสังคมและโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนไป จากการที่ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ โดยคาดการณ์ว่าในปี 2568 จะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข ระบบเศรษฐกิจ และโครงสร้างทางสังคม

1.5 สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม จากการที่โลกกำลังเผชิญกับสถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งภาวะโลกร้อน ปัญหามลพิษทางอากาศ โดยเฉพาะฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) ยังคงเป็นปัญหาสำคัญในหลายพื้นที่ของประเทศไทย โดยเฉพาะในเขตเมืองใหญ่และภาคเหนือ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในวงกว้าง

จากสถานการณ์และแนวโน้มข้างต้น เป็นประเด็นที่ต้องการการสนับสนุนด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเร่งด่วน กลุ่มงานกลางจึงเป็นกลไกที่ยืดหยุ่นและการดำเนินงานในรูปแบบกลุ่มแผนที่อาศัยความร่วมมือจากแผนภายใน

ที่มีความเชี่ยวชาญในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในแต่ละด้าน เพื่อให้การดำเนินงานบูรณาการอย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพสูงสุด อาทิ แนวทางการขับเคลื่อนการบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาวะคนเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) ที่นำองค์ความรู้ เครื่องมือ และต้นแบบการทำงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงประเด็นมาขยายผล สร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างทั่วถึงยั่งยืน ผ่านการทำงานเชิงพื้นที่ องค์กร และกลุ่มประชากรภายใต้บริบทพื้นที่เขตเมือง

2. จุดเน้นของแผน

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง มุ่งเน้นการตอบสนองการทำงานเชิงบูรณาการทั้งภายในและภายนอกองค์กร ด้วยการทำงานเชิงกลุ่มแผนตามกรอบแนวนโยบายและจุดเน้นการดำเนินงานที่คณะกรรมการกองทุนมอบหมาย รวมถึงงานบูรณาการวาระกลางประจำปีในเรื่อง “การลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ” โดยมีสาระสำคัญของแผนที่ครอบคลุมทั้งการสร้างเสริมสุขภาวะเพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะภายใต้แผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) และตอบสนองต่อทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

นอกจากนี้ ยังมุ่งเน้นการสร้างและพัฒนาความร่วมมือกับองค์กรภายนอก สสส. ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพในการดำเนินงานและขยายผลกระทบของการสร้างเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมและยั่งยืนมากยิ่งขึ้น ควบคู่กับการนำข้อมูลเชิงประจักษ์มาใช้ในการกำหนดยุทธศาสตร์และการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการใช้ข้อมูลสารสนเทศสุขภาพรายพื้นที่เพื่อให้เข้าใจสถานะทางสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่อย่างแท้จริง และสามารถออกแบบมาตรการ ส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพร่วมกับการบูรณาการประเด็นเป้าหมายยุทธศาสตร์ทางสุขภาพส่งเสริมให้เกิดการมีวิถีสุขภาวะที่ดีทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และหน่วยงานองค์กรต่าง ๆ ของประเทศ รวมทั้งนำห่วงโซ่ผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพ (Chain of Outcomes: CoO) มาใช้เป็นเครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงานแบบบูรณาการ ที่จะเป็นส่วนช่วยส่งผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและพฤติกรรม รวมทั้งสภาพแวดล้อมทางสังคมและกายภาพ ที่จะส่งผลลัพธ์ต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนไทย

3. เป้าหมายการดำเนินงาน

3.1 มีการขับเคลื่อนและหนุนเสริมการดำเนินงานเชิงบูรณาการภายใน ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ทางสุขภาพและสังคม รวมทั้งผลการวิเคราะห์จุดร่วมบูรณาการของห่วงโซ่ผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อร่วมขับเคลื่อนสู่เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี ของกองทุน

3.2 มีแผนการดำเนินงานและงบประมาณ รองรับสถานการณ์ทางสังคมและสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างเหมาะสมทันต่อสถานการณ์ความเสี่ยงทางสุขภาพอุบัติใหม่ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต รวมทั้งภารกิจใหม่เพื่อการขยายฐานทรัพยากรในการสร้างเสริมสุขภาพให้ทั่วถึงและยั่งยืน

3.3 สร้างและพัฒนาความร่วมมือกับองค์กรภายนอก สสส. ในรูปแบบพันธมิตรเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานและขยายผลกระทบของการสร้างเสริมสุขภาพ

3.4 พัฒนาและดำเนินการตามกรอบความร่วมมือกับองค์กรภายนอก โดยกำหนดบทบาท ความรับผิดชอบ และเป้าหมายร่วมกันอย่างชัดเจน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและความรู้สึกเป็นเจ้าของในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพร่วมกัน

4. แนวทางการดำเนินงาน

4.1 ประสานความร่วมมือภายในองค์กร ทั้งระหว่างกลุ่มแผนเชิงประเด็น กลุ่มแผนเชิงพื้นที่ องค์กร และกลุ่มประชากร และกลุ่มแผนเชิงระบบ รวมทั้งประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน/องค์กรภายนอกทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันวิชาการ และภาคธุรกิจที่มีความรับผิดชอบต่อสังคม

4.2 ผลักดันการทำงานเชิงรุก และกำหนดแผนการปฏิบัติงานแบบบูรณาการจากการมีส่วนร่วมของทุกส่วนงาน พัฒนาและเสริมศักยภาพการทำงานเชิงกลยุทธ์และการบูรณาการ รวมทั้งมีการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ เพื่อเป็นการผลักดันผลการดำเนินงานเชิงบูรณาการให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด

4.3 บริหารจัดการทรัพยากรและงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ จากการกระจายทรัพยากรและงบประมาณไปสู่กลุ่มแผนหรือคลัสเตอร์ต่าง ๆ โดยมุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์ตรงตามวัตถุประสงค์และเกิดประโยชน์สูงสุด รวมทั้งควบคุมการเบิกจ่ายงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพในด้านระยะเวลาที่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริง

4.4 พัฒนาและดำเนินการตามกรอบความร่วมมือกับองค์กรภายนอก โดยกำหนดบทบาท ความรับผิดชอบ และเป้าหมายร่วมกันอย่างชัดเจน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและความรู้สึกเป็นเจ้าของในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพร่วมกัน

5. การบริหารจัดการ

งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลางอยู่ภายใต้การบริหารจัดการโดยสำนักงาน และรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาสำนักงาน

6. งบประมาณ

รวม
268.99
ล้านบาท

- กลุ่มงานขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาสำคัญเฉพาะเจาะจงในพื้นที่ (Specific area-based)
  150.00 ล้านบาท
- กลุ่มแผนงานบูรณาการ
  80.00 ล้านบาท
  - คลัสเตอร์เชิงประเด็น (Issue) 40.00 ล้านบาท
  - คลัสเตอร์เชิงพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย (Setting) 40.00 ล้านบาท
- กลุ่มงานกลาง
  38.99 ล้านบาท

บรรณานุกรม

- Atirut Duereh. (21 มิถุนายน 2566). SDG Index 2023 ไทยรั้งอันดับ 43 ของโลก อันดับ 3 ของเอเชีย พบ SDG1 และ SDG4 อยู่ในสถานะบรรลุเป้าหมายแล้ว. เข้าถึงได้จาก SDG Move: https://www.sdgmove.com/2023/06/21/sdg-index-2023-thailand/
- Christopher J L et al. Murray. (2022). Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. The Lancet, Volume 399, Issue 10325, 629 - 655
- 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
- et al. Jonas OB. (2017). Drug-resistant infections: a threat to our economic future (Vol. 2): final report. Washington, D.C: World Bank Group
- Hfocus. (2561). คนไทยตายด้วยโรค NCDs ชั่วโมงละ 37 คน เร่งป้องกัน+ควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน. เข้าถึงได้จาก Hfocus: https://www.hfocus.org/content/2018/08/16157
- Jamais Cascio. (22 October 2022). Human Responses to a BANI World. เข้าถึงได้จาก Medium: https://www.sdgmove.com/2023/06/21/sdg-index-2023-thailand/
- 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
- 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. (2024). DIGITAL 2024: THAILAND. เข้าถึงได้จาก Datareportal: https://datareportal.com/reports/digital-2024-thailand
- ThaiPBS. (19 ธันวาคม 2566). เจาะเทรนด์โลก 2024 คนหันกลับมาดูแล “จิตใจและอารมณ์” มากขึ้น. เข้าถึงได้จาก ThaiPBS: www.thaipbs.or.th. thaipbs.or.th/news/content/33505
- ThaiPBS. (20 มีนาคม 2567). Take It Down แจ้งลบภาพลับส่วนตัว 18+ หรือคลิปหลุดของเด็กบนโลกออนไลน์. เข้าถึงได้จาก ThaiPBS: thaipbs.or.th/now/content/951
- UN Women. (2021). Measuring the shadow pandemic: Violence against women during COVID-19 in 2021. UN Women
- UNDP, WHO, and the Ministry of Public Health (Thailand). (2021). Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in Thailand-The Case of Investment. UNDP, WHO, and the Ministry of Public Health (Thailand)
- WHO. (2022). Definition of current drinkers. เข้าถึงได้จาก World Health Organization: https://www.who.int/data/gho/ indicator-metadata-registry/imr-details/3680#:~:text= Definition%3A,in%20the%20last%2012%20months.
- WhoscallTH. (2566). รายงานประจำปี 2566. Whoscall.
- World Economic Forum. (2024). Global Risk Report 2024. 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
- กรมควบคุมโรค, มหาวิทยาลัยมหิดล, องค์การอนามัยโลก, ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ สหรัฐอเมริกา. (2567). การสารวจของการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบในเยาวชนไทย ปี พ.ศ. 2565 (Global Youth Tobacco Survey: GYTS). กรมควบคุมโรค, มหาวิทยาลัยมหิดล, องค์การอนามัยโลก, ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ สหรัฐอเมริกา
- กรมประชาสัมพันธ์. (3 พฤศจิกายน 2566). ดัชนีชี้วัดความปลอดภัยบนสื่อออนไลน์สาหรับเด็ก เผยการระบาดใหญ่ทางไซเบอร์ โดยรายงานของสถาบันดีคิวพบเด็ก 70% มีความเสี่ยงทางไซเบอร์อย่างต่อเนื่อง. เข้าถึงได้จาก กรมประชาสัมพันธ์: https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/9/iid/229312
- กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (2567). สถิติการจ้างงานคนพิการในสถานประกอบการและหน่วยงานของรัฐ ณ วันที่ 26 เมษายน 2567. เข้าถึงได้จาก กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ: https://dep.go.th/th/law-academic/service_stats/stat-depjob/สถิติการจ้างงานคนพิการในสถานประกอบการและหน่วยงานของรัฐ-ณ-วันที่-26-เมษายน-2567
- กองระบาดวิทยา. (2567). โปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. เข้าถึงได้จาก โปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค: https://ebs-ddce.ddc.moph.go.th/eventbase/calendar/zoneall/
- กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. กรุงเทพมหานคร: กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- กุลภา วจนสาระ, และ กฤตยา อาชวนิจกุล. (2566). ทางเลือกกับความเหลื่อมล้าของบริการทำแท้งหลังแก้กฎหมาย. กรุงเทพมหานคร: สมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2565). โครงการขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายต่อคุณภาพชีวิตของแรงงานแพลตฟอร์ม (Platform worker). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ชเนตตี ทินนาม, โกสุม โอมพรนุวัฒน์, และ รัตนา ด้วยดี. (2563). ยุทธศาสตร์สุขภาวะ LGBTIQN+ พ.ศ. 2564-2566. สมาคมเพศวิถีศึกษา.
- ฐานเศรษฐกิจ. (22 พฤศจิกายน 2566). นีลเส็น” ชี้เทรนด์ “คอนเทนต์ออนไลน์ 2024. เข้าถึงได้จาก ฐานเศรษฐกิจ: https://www.thansettakij.com/business/marketing/581578
- ดุสิตา พึ่งสำราญ, พงษ์ศักดิ์ สกุลทักษิณ, และ นิพนธ์ ดาราวุฒิมาประกรณ์. (2565). รายงานผลการศึกษาและทบทวนองค์ความรู้ เรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
- ธน หาพิพัฒน์. (2566). รายงานโครงการการศึกษาพฤติกรรมการเล่นพนันออนไลน์ในกลุ่มคนรุ่นใหม่. ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน
- ธนาคารโลก. (2561). การมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจของกลุ่ม LGBTI ในประเทศไทย. ธนาคารโลก
- ธรากร กมลเปรมปิยะกุล, และ ณัฐนภ ตระกลธนภาส. (2564). หัวใจตื่นรู้. กรุงเทพมหานคร: SOOK Publishing
- นันทิยา ดวงภัมเมศ, ขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์, ธีรพงษ์ บุญรักษา, ณรงเดช พันธะพุมมี, และ วรากรณ์ สืบวงศ์สุวรรณ์. (2567). รายงานผลสารวจสถานการณ์และผลกระทบจากการเปิดรับสื่อของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2566. ศูนย์วิชาการด้านการรู้เท่าทันสื่อของผู้สูงอายุ สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- บริษัทแอดวานซ์อินโฟร์เซอร์วิส (มหาชน). (2566). Thailand Cyber Wellness Index (TCWI) by AIS ดัชนีชี้วัดระดับสุขภาวะดิจิทัลของคนไทย. เข้าถึงได้จาก บริษัทแอดวานซ์อินโฟร์เซอร์วิส (มหาชน): sustainability.ais.co.th/storage/update/report/advanc-ebook-thailand-cyber-wellness-th.pdf
- ปรีดี นุกุลสมปรารถนา. (2567). รวมสถิติและ Insight สำคัญๆ ของคนไทยกับการใช้ Digital และ Social Media 2024. เข้าถึงได้จาก popticles.com: https://www.popticles.com/insight/thailand-digital-and-social-media-stats-2024/
- ภาณุมาศ ภูมาศ, วิษณุ ธรรมลิขิตกุล, ภูษิต ประคองสาย, ตวงรัตน์ โพธะ, อาทร ริ้วไพบูลย์, และ สุพล ลิ้มวัฒนานนท์. (2555). ผลกระทบด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์จากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย : การศึกษาเบื้องต้น. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข, 6(3), 352-360
- มหาวิทยาลัยมหิดล. (2566). สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มประชากรข้ามชาติชาวเมียนมา ลาว และกัมพูชาในประเทศไทย หลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19. มหาวิทยาลัยมหิดล
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย. (2566). การสร้างเสริมสุขภาพไรเดอร์. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- วิทยากร เชียงกูล. (2562). เสพติดพนัน ความใหญ่โตของปัญหาและแนวทางแก้ไข. ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน
- วิโรจน์ เลิศจิตต์ธรรม. (20 มีนาคม 2567). ฟินแลนด์ครองอันดับ 1 ประเทศที่มีความสุขที่สุดในโลกเป็นปีที่ 7 ไทยขยับขึ้นอันดับ 58. เข้าถึงได้จาก The Standard: https://thestandard.co/the-happiest-countries-in-the-world-for-2024/
- ศูนย์ข้อมูลคนพิการและเทคโนโลยีสารสนเทศ. (31 มีนาคม 2566). รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย. เข้าถึงได้จาก กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ: https://ecard.dep.go.th/person_info/
- ศูนย์ข้อมูลคนพิการและเทคโนโลยีสารสนเทศ. (2567). รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ข้อมูลสิ้นสุด ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567. ศูนย์ข้อมูลคนพิการและเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. เข้าถึงได้จาก ศูนย์ข้อมูลคนพิการและเทคโนโลยีสารสนเทศ: https://ecard.dep.go.th/nep_all/file/Stat2567/Stat_Jan67.pdf
- ศูนย์วิชาการด้านการรู้เท่าทันสื่อของผู้สูงอายุ สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล. (2565). การสำรวจสถานการณ์และผลกระทบจากการใช้สื่อของผู้สูงอายุไทย 2565. ศูนย์วิชาการด้านการรู้เท่าทันสื่อของผู้สูงอายุ สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2567). สุขภาพคนไทย 2567: ความเครียด ภัยเงียบของสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2566). รายงานสุขภาพคนไทย 2566. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 (2562-2563). คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2567). การเฝ้าระวังตลาดบุหรี่ไฟฟ้าบนอินเทอร์เน็ต พ.ศ. 2567. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ
- สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2565). โครงการสำรวจสถานการณ์แรงงานนอกระบบ: บทสำรวจเครือข่าย สถานะองค์ความรู้ ความเสี่ยง และแนวปฏิบัติ.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- สมาคมโฆษณาดิจิทัล (ประเทศไทย). (2567). DATT Report: Thailand Digital Advertising Spend 2024. สมาคมโฆษณาดิจิทัล (ประเทศไทย)
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2565). Thaihealth Watch 2023: จับตาทิศทางสุขภาพคนไทย ปี 2566 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). รายงานประจำปี Thailand Digital Outlook 2566. กรุงเทมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
- สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). สรุปผลการสำรวจข้อมูลสถานภาพการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศและการเข้าใจดิจิทัลของประเทศไทย พ.ศ. 2566. สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
- สำนักงานนโยบายและแผนพัฒนากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (8 มีนาคม 2567). การสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพจากโลกเดือน ถึงจุดจบมนุษยชาติ? เข้าถึงได้จาก สำนักงานนโยบายและแผนพัฒนากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม: https://www.onep.go.th/9-มีนาคม-2567-การสูญเสียความห/
- สำนักงานบริหารเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อพัฒนาการศึกษา. (ธันวาคม 2566). ความสามารถดิจิทัลไทยดีขึ้น 5 อันดับ รมว.ดิจิทัลฯ ฝันไกลดันให้อยู่ 30 อันดับแรกของโลก ในปี 2569. เข้าถึงได้จาก UniNet: https://www.uni.net.th/index.php/news/4575/
- สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). รายงานการศึกษาผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย. สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565). เป้าหมายที่ 2 ยุติความหิวโหย บรรลุความมั่นคงทางอาหาร และยกระดับโภชนาการ และส่งเสริมเกษตรกรรมที่ยั่งยืน. เข้าถึงได้จาก สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ: https://sdgs.nesdc.go.th/เกี่ยวกับ-sdgs/เป้าหมายที่-2-ยุติความหิว
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2560). รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประเทศไทย พ.ศ. 2557
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ แผนงานพัฒนาดัชนีภาระโรคแห่งประเทศไทย. (2565). รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562. แฮนดีเพรส จำกัด
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2564. สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2566. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). จำนวนพระภิกษุ สามเณร และวัดในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565. เข้าถึงได้จาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ: สืบค้นจาก: https://www-nso-go-th.translate.goog/nsoweb/nso/
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2567). รายงานภาวะสังคมไทยไตรมาสสี่และภาพรวมปี 2566. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, กรมอนามัย. (2567). รายงานประจำปี 2566. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, กรมอนามัย
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2567). ผลสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในประเทศไทย. เข้าถึงได้จาก สำนักอนามัยผู้สูงอายุ: https://eh.anamai.moph.go.th/th/monk-data/
- อภินันท์ ธรรมเสนา. (2566). จำนวนกลุ่มชาติพันธุ์และประชากร. ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน)

กรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่และลูกจ้าง สสส. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ผู้จัดการ

รองผู้จัดการ	2
ผู้ช่วยผู้จัดการ	4
ที่ปรึกษา/ผู้เชี่ยวชาญ	2
รวม	**8**

สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก

ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	7
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	1
รวม	**10**

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**

สำนักงานสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ

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 *	5
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	1
รวม	**8**

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	12
รวม	**14**

สำนักวิชาการและนวัตกรรม

ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักบริหารงานวิชาการและนวัตกรรม	4
นักวิชาการ (Cluster)	4
รวม	**10**

ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ

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

ฝ่ายสื่อสารองค์กร

ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักบริหารงานสื่อสารองค์กร	8
รวม	**10**

ฝ่ายติดตามและประเมินผล

ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักบริหารงานติดตามและประเมิน	6
รวม	**8**

ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ

ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักบริหารสารสนเทศ	12
รวม	**14**

ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ

ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักบัญชี	4
นักการเงิน	10
รวม	**16**

ฝ่ายอำนวยการ

ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักกฎหมาย	5
นักบริหารงานจัดซื้อและพัสดุ	8
นักบริหารงาานทั่วไป	2
นักบริหารงานอาคาร	2
เจ้าหน้าที่ธุรการและบริการทั่วไป	1
เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป	20
เลขานุการ *	4
รวม	**44**

ฝ่ายบริหารงานบุคคล

ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักบริหารงานบุคคล	5
นักวิชาการ (อัตราสำรอง)	4
รวม	**11**

ฝ่ายตรวจสอบภายใน

ผู้อำนวยการ	1
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1
นักตรวจสอบภายใน	3
รวม	**5**

เจ้าหน้าที่ **276** คน
ลูกจ้าง **16** คน

รวม
292
คน

หมายเหตุ:
การเกลี่ยอัตรากำลังเจ้าหน้าที่และลูกจ้างและบุคลากรภายในภายใต้กรอบอัตรากำลังรวม

หน่วยงานลักษณะพิเศษ

สถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ

ผู้อำนวยการ	1
ผู้จัดการฝ่าย	3
เจ้าหน้าที่/ เจ้าหน้าที่อาวุโส	11
รวม	**15**

ศูนย์กิจการสร้างสุข

ผู้อำนวยการ	1
ผู้จัดการฝ่าย	3
เจ้าหน้าที่/ เจ้าหน้าที่อาวุโส	5
รวม	**9**

การดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาล ในการจัดทำแผนการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

จากพันธกิจและบทบาทหน้าที่ของ สสส. ที่ต้องปฏิบัติโดยอาศัยความร่วมมือและความไว้วางใจจากภาคีเครือข่ายและภาคส่วนต่าง ๆ อีกทั้งที่มาของงบประมาณ และความมีอิสระคล่องตัว ทำให้ สสส. จำเป็นต้องมีการจัดระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการดำเนินงานของ สสส. เป็นไปอย่างมีประสิทธิผล คุ้มค่าทางเศรษฐกิจและสังคม 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 เพื่อกำกับดูแลและส่งเสริมให้การดำเนินงานเป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล โดยหนึ่งในนโยบายที่สำคัญ คือ **"การกำหนดนโยบายทิศทางการดำเนินงานให้เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล"** มีการกำหนดให้มีกระบวนการมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางเป้าหมายและยุทธศาสตร์ กรอบงบประมาณและนโยบายการบริหารกองทุนที่ตอบสนองตามวัตถุประสงค์ของกองทุน และสอดคล้องกับนโยบายของรัฐ พร้อมทั้งมีการติดตามกระบวนการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด ดังนั้น เพื่อให้ในการจัดทำแผนการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล สสส. จึงยึดถือแนวทางปฏิบัติในการดำเนินการ ดังนี้

1. หลักความเปิดเผยโปร่งใส (Transparency)

สสส. มีการเปิดเผยข้อมูลขององค์การในรูปแบบที่สาธารณชนสามารถเข้าใจได้และเข้าถึงได้อย่างเสรีในทุกขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมหรือกระบวนการต่าง ๆ องค์การ รวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการจัดทำแผนซึ่งมีการเปิดเผยข้อมูลในแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน และมีการประชาสัมพันธ์แจ้งให้สาธารณชนทราบล่วงหน้า

2. หลักภาระรับผิดรับชอบตรวจสอบได้ (Accountability)

สสส. มีการดำเนินการกำหนดเป้าหมายเกณฑ์ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่จัดเจน และมีกระบวนการสื่อสารถึงแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องต่อการวางแผนยุทธศาสตร์ พร้อมทั้งชี้แจงผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบ เพื่อนำข้อเสนอแนะมาพัฒนา/ปรับปรุงกระบวนการดำเนินงาน

3. หลักการมีส่วนร่วม (Participation)

สสส. มีกระบวนการสื่อสารถึงแนวทางปฏิบัติส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมในการวางแผนยุทธศาสตร์ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ โดยได้มีการกำหนดกรอบระยะเวลา/ช่องทางการมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนในหลายช่องทาง รวมทั้งมีการเปิดให้ตัวแทนของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีโอกาสรับรู้ และมีส่วนร่วมในกระบวนการการตัดสินใจในกระบวนการวางแผนตามความเหมาะสม และมีการรายงานผลการดำเนินการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ เพื่อนำข้อเสนอแนะมาพัฒนา/ปรับปรุงกระบวนการดำเนินงาน

4. หลักนิติธรรม (The Rule of Laws)

สสส. ได้มีการกำหนดหลักการ/แนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนยุทธศาสตร์ และมีการดำเนินงานตามกระบวนการ/ขั้นตอนการวางแผนยุทธศาสตร์ พร้อมทั้งมีการติดตาม ตรวจสอบ และรายงานผลการดำเนินงาน รวมถึงมีการสื่อสารถึงแนวทางปฏิบัติตามหลักนิติธรรมให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ

5. หลักจริยธรรมและความถูกต้องชอบธรรม (Ethical Conduct and Integrity)

สสส. ให้ความสำคัญต่อการยึดมั่นในหลักจริยธรรมและความถูกต้องชอบธรรม ในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากร สสส. และส่วนที่เกี่ยวข้องในทุกๆกระบวนการ

6. หลักการปลอดจากการขัดกันของผลประโยชน์ (Free of Conflict of Interests)

สสส. มีการกำหนดหลักการ/แนวทางปฏิบัติ การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนในการวางแผนยุทธศาสตร์ และมีการติดตามตรวจสอบการดำเนินการในการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์อย่างชัดเจน พร้อมทั้งมีกระบวนการสื่อสารถึงแนวทางปฏิบัติในการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนในกระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ

7. หลักประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Efficiency and Effectiveness)

สสส. มีกระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ การดำเนินการพิจารณาหรือกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน ภายใต้การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ไม่ว่าจะเป็นด้านทรัพยากรบุคคล เทคโนโลยี ทรัพยากรทางการเงิน และสภาพแวดล้อม และมีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลสูงสุด

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 อย่างโปร่งใส ตรวจสอบได้
3. **นโยบายต่อภาคีเครือข่าย** เปิดโอกาสและอำนวยความสะดวกให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำงานกับ สสส. ได้โดยสะดวก และเป็นธรรม เปิดเผย รับฟัง สื่อสาร สร้างความเข้าใจร่วมกัน และให้ความร่วมมือในการเสริมสร้างสุขภาพตามวัตถุประสงค์ของกองทุน จัดการสนับสนุนด้านวิชาการ และทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างขีดความสามารถในการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของกองทุน โดยมีหลักเกณฑ์การพิจารณาที่ชัดเจนโปร่งใส ตรวจสอบได้ รวมทั้งจัดให้มีการติดตาม ประเมินผล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อพัฒนาการดำเนินงานร่วมกันให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างต่อเนื่อง
4. **นโยบายต่อบุคลากรของ สสส.** มุ่งดูแลให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จอย่างเต็มศักยภาพ มีขวัญกำลังใจและคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีโดยจัดโครงสร้างและระบบบริหารงานที่ดี เปิดเผย รับฟังและสื่อสารข้อมูลข่าวสารความรู้เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและส่งเสริมการมีสวนร่วมของบุคลากรยึดหลักของธรรมาภิบาลและระบบคุณธรรมอย่างเคร่งครัดในการบริหารทรัพยากรบุคคล จัดให้มีการพัฒนาทรัพยากรบุคคลให้มีทักษะความรู้ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน รวมถึงการเสริมสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน ความภาคภูมิใจในองค์การและยึดมั่นในอุดมการณ์ร่วมกัน

สสส

สำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ
สำนพลัง สร้างนวัตกรรม สื่อสารสุข

thaihealth.or.th/

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