

แผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570)
กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ



สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 ทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)	1
1.1 วิสัยทัศน์และพันธกิจ	2
1.2 ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ	3
1.3 เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์	5
บทที่ 2 ภาพรวมแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570)	15
2.1 สรุปผลการประเมินการดำเนินงานของแผนหลัก 3 ปี (พ.ศ. 2561-2563)	15
2.2 วิเคราะห์สภาพแวดล้อมการดำเนินงาน	16
2.3 บริบทและแนวโน้มนโยบายในการจัดทำแผน	29
2.4 รูปแบบการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	31
2.5 งบประมาณ	33
2.6 การบริหารจัดการ การกำกับติดตาม และการประเมินผล	40
2.7 แนวทางการบูรณาการการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ	43
บทที่ 3 รายละเอียดแผนหลัก	48
3.1 แผนควบคุมยาสูบ	49
3.2 แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	59
3.3 แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม	72
3.4 แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	84
3.5 แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ	106
3.6 แผนสุขภาวะชุมชน	123
3.7 แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	138
3.8 แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร	153
3.9 แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	171
3.10 แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา	184
3.11 แผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาวะ	201
3.12 แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	217
3.13 แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	225
3.14 แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ	238
3.15 แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ	252

คำนำ

แผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) ฉบับนี้เป็นแผนหลัก ภายใต้ทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่จัดทำขึ้นตามข้อบังคับว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. 2565 และเพื่อให้การดำเนินงานของกองทุนฯ ในทศวรรษที่สาม เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ตอบสนองตามแนวทางวิสัยทัศน์ของกองทุนฯ ที่กำหนดไว้ว่า “ทุกคนบนแผ่นดินไทยมีวิถีชีวิต สังคมและสิ่งแวดล้อม ที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาวะที่ดี” สสส. ได้นำผลจากการประเมินการดำเนินงานตามแผนหลัก 3 ปี (2560-2563) ซึ่งดำเนินการจัดทำโดย คณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะ โดยมี คณะทำงานกำกับการประเมินผล การดำเนินงานตามแผนหลักของกองทุนฯ ทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการกลางในการสนับสนุน เชื่อมโยงและควบคุมมาตรฐานการประเมินของแต่ละแผนให้มีความสอดคล้องกัน และสามารถนำผลข้อมูลการประเมินมาใช้เป็นปัจจัยนำเข้า ประกอบกับข้อมูลการศึกษาสถานการณ์ที่สำคัญส่งผลกระทบต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพของประชาชนในอนาคต ซึ่งดำเนินการโดยทีมวิชาการที่ปรึกษาภายนอก และข้อมูลจากภาควิชาการของแผนต่างๆ มาใช้ประกอบการจัดทำแนวนโยบายสำหรับการจัดทำแผนหลักฉบับนี้

แผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) ฉบับนี้ ประกอบด้วยแนวทางการดำเนินงานของ 15 แผน ที่ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพหลายมิติ และแนวทางการพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง ตลอดจนแนวทางการจัดการกองทุนและสำนักงาน ในระยะ 5 ปี โดยให้ความสำคัญกับความสอดคล้องของนโยบายและยุทธศาสตร์ของประเทศ นโยบายปฏิรูปและการพัฒนาประเทศในด้านที่เกี่ยวข้อง และแนวนโยบายการจัดทำแผนฯ ของคณะกรรมการกองทุนฯ รวมทั้งคำนึงถึงประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะที่ดีของประชาชน เช่น ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีดิจิทัล การเข้าสู่สังคมสูงวัย เป็นต้น ทั้งนี้ ในการจัดทำแผนหลักและแผนการดำเนินงานประจำปี สำนักงานได้ให้ความสำคัญกับการดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาล เน้นความโปร่งใสตรวจสอบได้ การมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้เสีย พร้อมทั้งมีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่ชัดเจนเพื่อสร้างประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงาน พร้อมทั้งรายละเอียดของค่าเฉลี่ยประกอบงบประมาณประจำปีที่สอดคล้องกับการดำเนินงานตามข้อบังคับกองทุนฯ

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

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
สิงหาคม 2565

บทที่ 1 ทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)

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

ภาพที่ 1.1 ภาพรวมทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)



ส่วนที่ 1 เป้าหมายการมีสุขภาพดี 4 มิติ แสดงเป้าหมายสูงสุดของการสร้างเสริมสุขภาพที่ต้องการให้บุคคลมีสุขภาพดี สมบูรณ์พร้อมทั้ง 4 มิติ คือการมีสุขภาพกายดี สุขภาพจิตดี สุขภาวะทางปัญญาดี และมีสังคมที่ดี ตามวิสัยทัศน์ขององค์กรที่ต้องการให้ “ทุกคนบนแผ่นดินไทยมีวิถีชีวิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาวะที่ดี” และพันธกิจ “จุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลังบุคคล ชุมชน และองค์กรทุกภาคส่วนให้มีขีดความสามารถและสร้างสรรค์ระบบสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี”

ส่วนที่ 2 เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ คือ จุดเน้นการทำงานที่เป็นเป้าหมายหลัก 7 เป้าหมาย และ 1 เป้าหมายเพื่อใช้รองรับและสนับสนุนการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ โดยใช้เป็นเป้าหมายร่วมของ สสส. และภาคีเครือข่ายในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ (1) ลดอัตราการบริโภคยาสูบ (2) ลดอัตราการบริโภคสุราและสิ่งเสพติด (3) เพิ่มสัดส่วนการบริโภคอาหารอย่างสมดุล (4) เพิ่มสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ (5) ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน (6) เพิ่มสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตดี (7) ลดผลกระทบสุขภาพจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อม และ (8) เตรียมพร้อมรับมือปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น โดยการทำงานในทุกประเด็นจะต้องคำนึงถึง

บริบทที่แตกต่างกันของพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย และเป็นการดำเนินการเพื่อลดช่องว่างและต้องไม่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพที่มากขึ้น

ส่วนที่ 3 ยุทธศาสตร์การทำงาน แสดงวิธีการทำงานของกองทุนภายใต้กรอบการทำงานการสร้างเสริมสุขภาพ (รูปภาพที่ 1.2) เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพใน 5 ยุทธศาสตร์ คือ (1) การสนับสนุนงานวิชาการและสร้างสรรค์นวัตกรรม (2) พัฒนาศักยภาพบุคคล ชุมชน และองค์กร (3) สานเสริมพลังเครือข่าย (4) พัฒนากลไกทางนโยบาย สังคม และสถาบัน และ (5) สื่อสาร จุดประกาย ชี้นำ สังคม การขับเคลื่อนงานตามยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ด้าน จะอยู่บนฐานของการบูรณาการ สานพลัง 3 ด้าน เพื่อให้เกิดประโยชน์กับสังคมโดยรวมและมีความยั่งยืน คือ พลังนโยบาย พลังความรู้ และพลังสังคม (ไตรพลัง)

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

1.1 วิสัยทัศน์และพันธกิจ

1.1.1 วิสัยทัศน์

“ทุกคนบนแผ่นดินไทยมีวิถีชีวิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาวะที่ดี”

ทุกคนบนแผ่นดินไทย หมายถึง การไม่แบ่งแยกเชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา ความเชื่อและอุดมการณ์ทางการเมือง เพศ และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมอื่น

การมีวิถีชีวิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาวะที่ดี หมายถึง การที่บุคคลมีพฤติกรรมทางสุขภาพและวิถีชีวิตที่ส่งผลให้สุขภาวะที่ดี ภายใต้อิทธิพลของสังคมและสภาพแวดล้อม ทั้งทางกายภาพ ค่านิยม วัฒนธรรม จารีตประเพณี กฎระเบียบ และระบบสุขภาพโดยรวมของไทย ที่สนับสนุนให้ทุกคนบนแผ่นดินไทยมีสุขภาวะที่ดีถ้วนหน้า

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

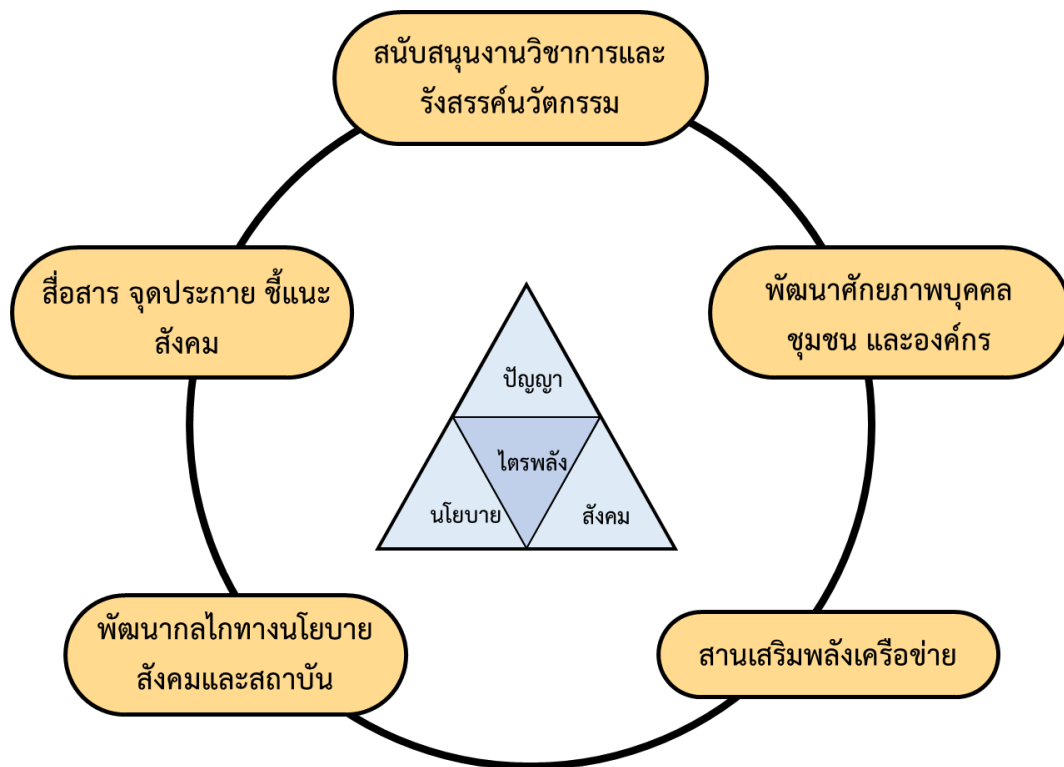
1.1.2 พันธกิจ

“จุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลังบุคคล ชุมชน และองค์กรทุกภาคส่วน ให้มีขีดความสามารถและสร้างสรรค์ระบบสังคมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาวะที่ดี”

การกำหนดพันธกิจของกองทุนพิจารณาโดยใช้กรอบวัตถุประสงค์ตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 มาตรา 5¹ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายของกองทุน และสอดคล้องกับวิสัยทัศน์

1.2 ยุทธศาสตร์การสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

การกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อการสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพให้ความสำคัญกับการบูรณาการงานในทุกด้าน โดยมียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ดังนี้



¹ พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 มาตรา 5 ได้กำหนดวัตถุประสงค์ไว้ดังนี้

1. ส่งเสริมสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในประชากรทุกวัยตามนโยบายสุขภาพแห่งชาติ
2. สร้างความตระหนักเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงจากการบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสารอื่นที่ทำลายสุขภาพและสร้างความเชื่อในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนทุกระดับ
3. สนับสนุนการรณรงค์ให้ลดบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสาร หรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ ตลอดจนให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
4. ศึกษาวิจัยหรือสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย ฝึกอบรมหรือดำเนินการให้มีการประชุมเกี่ยวกับการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
5. พัฒนาความสามารถของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชน หรือองค์กรเอกชน องค์กรสาธารณประโยชน์ ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ และ
6. สนับสนุนการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพผ่านกิจกรรมต่างๆ ในลักษณะที่เป็นสื่อเพื่อให้ประชาชนสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์และลดบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสาร หรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ

1.2.1 ยุทธศาสตร์หลัก

ยุทธศาสตร์ “ไตรพลัง” ประกอบด้วย พลังนโยบาย พลังความรู้ และพลังสังคม เป็นยุทธศาสตร์หลักสำหรับขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงและแก้ไขปัญหาสุขภาวะที่สำคัญในสังคมไทยอย่างสร้างสรรค์และเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ ยุทธศาสตร์สามพลังประกอบด้วย

(1) **พลังปัญญา** คือ การขยายพื้นที่ทางปัญญา (wisdom space) อย่างกว้างขวางในการสร้างเสริมสุขภาพให้บรรลุผลสำเร็จ โดยอาศัยองค์ความรู้จากทุกภาคส่วน ร่วมกับการพัฒนาองค์ความรู้ต่อเนื่องที่เท่าทันต่อสถานการณ์อย่างเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและบริบทขององค์ความรู้ ก่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่ตรงเป้าหมาย ขยายผลได้อย่างรวดเร็ว และเสริมพลังปัญญาในทิศทางเดียวกัน

(2) **พลังนโยบาย** คือ การขยายพื้นที่การมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะ (space of participatory policy process) อย่างกว้างขวาง โดยนโยบายจะก่อให้เกิดระบบและโครงสร้างที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ และส่งผลกระทบในวงกว้างต่อประชาชน

(3) **พลังทางสังคม** คือ การขยายพื้นที่ทางสังคม (social space) อย่างกว้างขวาง โดยการระดมพลังเครือข่ายทางสังคมที่มีบทบาทสำคัญในการทำงาน การรณรงค์ และการเฝ้าระวังในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้การขยายพื้นที่ทางสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพ

1.2.2 ยุทธศาสตร์เฉพาะ

(1) **สนับสนุนงานวิชาการและรังสรรค์นวัตกรรม** พัฒนางานวิชาการและรังสรรค์นวัตกรรม การสร้างเสริมสุขภาพให้มีความรู้ กลไกและวิธีการใหม่ๆ ให้เหมาะสมกับการทำงานเพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและไม่หยุดนิ่ง

(2) **พัฒนาศักยภาพบุคคล ชุมชน และองค์กร** พัฒนาศักยภาพบุคคลและองค์กร ให้เท่าทันพลวัตของปัจจัยต่างๆ ที่กระทบต่อสุขภาพ รวมทั้งให้มีขีดความสามารถในการทำงานทั้งที่เป็นงานเฉพาะด้าน และการบูรณาการในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับภูมิภาคและระดับโลก

(3) **สานเสริมพลังเครือข่าย** สานเสริมพลังเครือข่ายและชุมชนท้องถิ่น สนับสนุนกิจกรรมเพื่อการพัฒนาความเข้มแข็งเชิงระบบและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ชุมชนและท้องถิ่น อันรวมถึง ผู้นำกลุ่ม องค์กร ชุมชนทั้งในเชิงพื้นที่ และในลักษณะอื่นๆ

(4) **พัฒนาระบบกลไกทางนโยบาย สังคม และสถาบัน** พัฒนาระบบและกลไกทางสังคมที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาวะ ซึ่งรวมถึง ระบบและกลไกนโยบาย กฎหมาย และกลไกทางสังคมอื่น ๆ ที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

(5) **สื่อสาร จุดประกาย ชี้นำ สังคม** พัฒนาระบบการเรียนรู้และสื่อสารสาธารณะ โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพในด้านการจัดการความรู้ ข้อมูล การสื่อสาร และเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่เหมาะสมกับบริบทการสื่อสารใหม่ ทั้งในส่วนของ สสส. และภาคีเครือข่าย เพื่อกระตุ้น จุดประกาย และชี้นำสังคม ให้เกิดการปรับพฤติกรรม สังคมและสิ่งแวดล้อม ให้เหมาะสมกับการมีสุขภาวะ

1.3 เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์

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

โดยเป้าหมายที่เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพของประเทศเหล่านี้ มีองค์กรผู้รับผิดชอบด้านต่างๆที่ได้รับมอบหมายอำนาจหน้าที่จากรัฐให้ดำเนินการให้บรรลุผล สสส. จะดำเนินการในบทบาทของการสนับสนุนภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้สามารถร่วมดำเนินการไปสู่การบรรลุผลลัพธ์ดังกล่าว การวางเป้าหมายยุทธศาสตร์นี้เป็นไปเพื่อชี้ทิศทางเป้าหมายการสนับสนุนของ สสส. โดยมีได้หมายถึงว่า เป้าหมายเหล่านี้เป็นของ สสส. โดยตรงแต่อย่างใด

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

ภาพที่ 1.2 การวิเคราะห์ห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome: CoO)



การวิเคราะห์ห่วงโซ่ผลลัพธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพจะเริ่มวิเคราะห์จากการมีสุขภาพดีของคน ซึ่งตัวกำหนดสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของคน คือ พฤติกรรมส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคม โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมและมาตรการในการสร้างเสริมสุขภาพที่ส่งผลกระทบท่อ

ตัวกำหนดสุขภาพและการมีสุขภาพดีของบุคคลเกิดจากการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย

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

เป้าหมายที่ 1 ลดอัตราการบริโภคยาสูบ

การบริโภคยาสูบเป็นพฤติกรรมเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่ ครอบครัว ชุมชน และสาธารณะ โดยโทษของควันบุหรี่มี 3 รูปแบบ ได้แก่ (1) ควันบุหรี่มือหนึ่งก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจและทำให้เนื้อปอดเสื่อมสมรรถภาพ เมื่อมีการสะสมของควันบุหรี่ในปอดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคถุงลมปอดโป่งพอง เป็นต้น และเป็นโรคติดต่อง่ายขึ้น (2) ควันบุหรี่มือสองที่ผู้สูบบุหรี่พ่นออกมาและฟุ้งกระจายในอากาศทำให้คนรอบข้างสูดดมและรับสารพิษเข้าไป และ (3) ควันบุหรี่มือสามเป็นควันที่ตกค้างตามสถานที่และสิ่งของที่อยู่ในสภาพแวดล้อมของการสูบบุหรี่ เช่น เฟอร์นิเจอร์ เสื้อผ้า เป็นต้น ดังนั้น การควบคุมการสูบบุหรี่โดยการลดอัตราการสูบบุหรี่และยาสูบ ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อผู้สูบบุหรี่เองเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อตัวบุคคล เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลอีกด้วย

ขอบเขตการดำเนินงาน

เป้าหมายการลดอัตราการบริโภคยาสูบมีจุดประสงค์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากการบริโภคยาสูบที่เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของคนไทย โดยได้กำหนดขอบเขตการดำเนินงานที่สำคัญไว้ดังนี้

(1) ป้องกันผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่

การป้องกันผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่เป็นการลดผลกระทบทางสุขภาพจากปัจเจกบุคคลโดยตรง ซึ่งจะส่งต่อเป้าหมายหลักเพื่อลดอัตราการสูบบุหรี่และยาสูบอย่างยั่งยืน เนื่องจากการจัดการกับกลุ่มคนที่มีอายุน้อยและไม่สูบบุหรี่หรือยังไม่เริ่มสูบจะสามารถลดผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดขึ้นกับบุคคลรอบข้าง ครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อมได้ตั้งแต่ต้นทาง รวมทั้งลดผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศ

(2) ลดผลกระทบจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง

ความเจ็บป่วยจากควันบุหรี่มือสองเป็นปัจจัยสำคัญที่เกิดแก่บุคคลรอบข้างของผู้บริโภคยาสูบ ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียเช่นเดียวกันกับกลุ่มผู้บริโภคยาสูบ ดังนั้น การลดผลกระทบของบุคคลที่ไม่ได้มีพฤติกรรมเสี่ยงด้วยตนเองแต่ได้รับปัจจัยเสี่ยงจากบุคคลรอบข้าง จึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการบรรลุวัตถุประสงค์หลักในการลดการบริโภคยาสูบ โดยเน้นการลดในสถานที่เฉพาะ เช่น ตลาด สถานีขนส่งสาธารณะ ร้านอาหาร เป็นต้น

(3) ลดผู้บริโภคน้ำตาล

อัตราผู้เสียชีวิตเพราะเบาหวานยังมีสัดส่วนสูงเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรที่เสียชีวิตทั้งหมดต่อปี แม้ว่าการดำเนินงานในปัจจุบันจะไม่สามารถลดผู้บริโภคน้ำตาลได้เท่าในอดีต แต่ยังจำเป็นต้องมีขอบเขตงานที่ควบคุมและลดอัตราการบริโภคน้ำตาลโดยเน้นการดำเนินงานเชิงพื้นที่และในปัจจุบันกำหนดสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

(4) พัฒนาศักยภาพกลไกการควบคุมยาสูบ

การดำเนินงานเพื่อควบคุมยาสูบของประเทศไทยมีกลไกทั้งในเชิงกฎหมายและนโยบายที่เกิดขึ้นแล้ว แต่ยังขาดประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนและดำเนินงานเพื่อให้กลไกดังกล่าวประสบความสำเร็จในการควบคุมยาสูบ ปัจจุบันมีการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องหลายกลไก แต่การดำเนินงานในแต่ละส่วนยังขาดความเชื่อมโยงในการทำงานระหว่างส่วนกลางและระดับจังหวัดที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้กลไกการควบคุมยาสูบยังขาดความเข้มแข็ง

เป้าหมายที่ 2 ลดอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการตายก่อนวัยอันควร ทั้งจากอุบัติเหตุ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และยังสามารถก่อให้เกิดการบาดเจ็บ พิการ หรือปัญหาสุขภาพจิตตามมา ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพและการดำเนินชีวิต ซึ่งไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดเท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดผลกระทบกับครอบครัวในปัญหาความรุนแรง ผลกระทบต่อสาธารณะที่ทำให้ประเทศเกิดปัญหาการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ ประสิทธิภาพของแรงงาน และต้นทุนในการรักษาและบำบัดผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ซึ่งล้วนส่งผลต่อพัฒนาการเศรษฐกิจของประเทศทั้งสิ้น

ขอบเขตการดำเนินงาน

เป้าหมายการลดอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดมีจุดประสงค์เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติดที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของคนไทย โดยได้กำหนดขอบเขตการดำเนินงานที่สำคัญไว้ดังนี้

(1) ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่

ปัจจุบันสัดส่วนนักดื่มในกลุ่มเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ และวัยผู้ใหญ่ตอนต้นยังมีความชุกในการดื่มสูง แต่นักดื่มไทยมีความหลากหลายและมีแนวโน้มในการเปลี่ยนแปลงโดยเปียร์กลายเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมมากที่สุดในกลุ่มนักดื่มวัยหนุ่มสาวและผู้หญิง ส่งผลให้สัดส่วนของนักดื่มหญิงที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และแนวโน้มของนักดื่มหน้าใหม่เพิ่มขึ้น

(2) สร้างวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมปลอดเหล้า

ธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักสร้างภาพลักษณ์ให้สินค้าและธุรกิจของตนเพื่อให้ประชาชนมีทัศนคติเชิงบวกต่อเหล้าเปียร์ว่าเป็นสินค้าปกติ เป็นเครื่องดื่มที่ทุกคนสามารถเข้าถึงและดื่มได้ ใช้เฉลิมฉลองในโอกาสพิเศษ สร้างมิตรภาพ สร้างความสนุกสนาน โดยธุรกิจแอลกอฮอล์ได้เข้ามามีอิทธิพลและทำการตลาดโดยใช้ช่องทางการประเพณี วัฒนธรรม และเทศกาลสำคัญ โดยมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนการจัดงาน มีกิจกรรมโฆษณาและส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ใหม่ รวมถึงสนับสนุนการแสดงดนตรีเพื่อส่งเสริมให้มีการดื่มตลอดช่วงเวลาจัดงาน

(3) เสริมศักยภาพกลไกการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ภารกิจสำคัญของกลไกการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ การบังคับใช้กฎหมาย และสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นกลไกส่วนกลางในการดำเนินการ ในส่วนภูมิภาคและกรุงเทพมหานครมีคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด และคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กรุงเทพมหานครเป็นกลไกดำเนินการ

(4) ป้องกันและควบคุมสิ่งเสพติดอื่น

ปัจจุบันมีสิ่งเสพติดที่ทำลายสุขภาพหลายรูปแบบ ทั้งสารเสพติดที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ และแพร่หลายในหมู่วัยรุ่น และสิ่งเสพติดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมทางสุขภาพ เช่น ปัญหาเด็กติดเกม ปัญหาการพนันออนไลน์ เป็นต้น ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน เนื่องจากการใช้เวลาและรายได้หมดไปกับกิจกรรมที่ไม่ดีกับสุขภาพ

เป้าหมายที่ 3 เพิ่มสัดส่วนการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพอย่างสมดุล

การบริโภคอาหารที่ไม่ได้สัดส่วนก่อให้เกิดภาวะโภชนาการทั้งขาดและเกิน ซึ่งก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรโลกมากถึง 39.5 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 30 ของจำนวนประชากรที่เสียชีวิตทั้งหมด² เช่นเดียวกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่โรค NCDs เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยมีจำนวนประชากรไทยที่เสียชีวิตด้วยโรค NCDs เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66 เป็นร้อยละ 76 ในช่วงระยะเวลา 10 ปี (2547-2557) หรือมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 9,800 คนต่อปี สาเหตุหลักเกิดจากโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีปัจจัยเสี่ยงสำคัญจากภาวะความดันโลหิตสูง³ ที่มีสาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งจากการบริโภคอาหารที่ไม่ได้สัดส่วน บริโภคอาหารมากเกินไป และการบริโภคอาหารรสจัดและมีไขมันสูง

ขอบเขตการดำเนินงาน

เป้าหมายการเพิ่มสัดส่วนการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพมีจุดประสงค์เพื่อสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีให้แก่คนไทย โดยได้กำหนดขอบเขตการดำเนินงานที่สำคัญไว้ดังนี้

(1) การเพิ่มสัดส่วนประชากรที่มีภาวะสุขภาพและโภชนาการสมดุล

ปัจจุบันประชากรไทยยังมีภาวะขาดสารอาหารเป็นจำนวนมาก แต่อีกด้านหนึ่งกลับมีแนวโน้มภาวะโภชนาการเกินที่มากขึ้น รวมถึงการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นผลจากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้องเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพในปัจจุบันที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้นในอนาคต เช่น ภาวะอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง แมตาบอลิซึมซินโดรม เป็นต้น

(2) การเสริมสร้างคุณภาพและความปลอดภัยทางอาหาร

สาเหตุส่วนใหญ่ของการเจ็บป่วยจากการบริโภคอาหารเกิดจากอาหารที่ปนเปื้อน เชื้อจุลินทรีย์และสารเคมี ซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภคแล้วยังส่งผลกระทบต่อปริมาณและเศรษฐกิจของประเทศ พบการปนเปื้อนของอันตรายในผลิตภัณฑ์ทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ เช่น

² World Health Organization. (2018). “Noncommunicable diseases: Mortality”. เข้าถึงได้จาก <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

³ มูลนิธิเพื่อการพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ. (2560). “รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557”. (บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด)

การตกค้างของสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชและยา ในเนื้อสัตว์ การปนเปื้อนของสารพิษจากเชื้อรา รวมถึงพบอาหารที่มีคุณภาพไม่ตรงตามมาตรฐาน เป็นต้น

(3) การเสริมสร้างความมั่นคงทางอาหาร

องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) ได้นิยามความมั่นคงทางอาหารว่าเป็นสถานการณ์ที่ทุกคนในทุกเวลาสามารถเข้าถึงอาหารได้ทั้งด้านกายภาพ สังคม เศรษฐกิจ อย่างเพียงพอ ปลอดภัย มีคุณค่าทางโภชนาการและตรงกับความต้องการของตนเองเพื่อการมีสุขภาพที่ดี โดยความมั่นคงทางอาหารจะต้องมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ การมีอาหารเพียงพอ (food availability) การเข้าถึงอาหาร (food access) การใช้ประโยชน์จากอาหาร (food utilization) และการมีเสถียรภาพด้านอาหาร (food stability) ดังนั้น หากยังไม่มีมีการบริหารจัดการด้านการเกษตรและอาหารที่ดีและยั่งยืน จึงมีแนวโน้มว่าในอนาคตอาจเผชิญกับปัญหาความไม่มั่นคงทางอาหารโดยเฉพาะความเหลื่อมล้ำทางอาหารในกลุ่มประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทห่างไกลความเจริญและประชาชนที่มีฐานะยากจน

เป้าหมายที่ 4 เพิ่มกิจกรรมทางกาย

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

ขอบเขตการดำเนินงาน

เป้าหมายการเพิ่มกิจกรรมทางกายมีจุดประสงค์เพื่อสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีให้แก่คนไทย โดยได้กำหนดขอบเขตการดำเนินงานที่สำคัญไว้ดังนี้

(1) การสนับสนุนและกระตุ้นให้คนมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ (Active People)

การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอส่งผลต่อการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ จึงนับเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการยกระดับการมีสุขภาพของประชากรในสังคม โดยการมีกิจกรรมทางกายในระดับที่เพียงพอจะช่วยให้ระบบต่างๆ ของร่างกายทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลายชนิด ทั้งโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ ทั้งช่วยให้จิตใจผ่อนคลาย ทำให้สามารถลดภาวะเครียดจากการทำงาน

(2) การสร้างเสริมสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย (Active Environment)

สภาพแวดล้อมในการมีกิจกรรมทางกายก็เป็นสิ่งสำคัญต่อการมีกิจกรรมทางกายของคน หากคนมีความตั้งใจต่อการมีกิจกรรมทางกายแต่สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมย่อมส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายการเพิ่มกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ สถานการณ์ปัจจุบันที่ส่งผลต่อสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย เช่น มลพิษทางอากาศจากสถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM 2.5 ตั้งแต่ปี 2562 การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ส่งผลกระทบต่อการเดินทางชีวิตของประชากรตั้งแต่ช่วงต้นปี 2563 เป็นต้น นับเป็นอุปสรรคที่

สำคัญอย่างยิ่งต่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทยทั่วทั้งประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

(3) การพัฒนาระบบและนวัตกรรมเพื่อสนับสนุนให้คนมีกิจกรรมทางกาย (Active System)

การส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายที่บ้าน (fit from home) ด้วยวิธีการต่างๆ ด้วยการเผยแพร่และรณรงค์จนส่งผลให้เกิดการปรับตัวเพื่อมีกิจกรรมทางกายในภาวะที่สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญต่อการกระตุ้นให้คนมีกิจกรรมทางกาย หากในอนาคตมีการพัฒนาระบบเพื่อสนับสนุนและสามารถกระตุ้นให้คนออกกำลังกายได้อย่างเพียงพอโดยสามารถลดข้อจำกัดด้านสถานที่และสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมได้ ย่อมสนับสนุนให้คนสามารถมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอได้อีกทางหนึ่ง

เป้าหมายที่ 5 ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน

การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเป็นปัญหาสำคัญของทุกประเทศ ซึ่งปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งในการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรคือการเกิดอุบัติเหตุทางถนน เนื่องจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสัมพันธ์กับมิติหลายด้าน เช่น ด้านเศรษฐกิจผลผลิตมวลรวมของประเทศหากมีประชากรในวัยทำงานลดลง ด้านสังคมซึ่งหากผู้เสียชีวิตเป็นหัวหน้าครอบครัวจะส่งผลให้ครอบครัวขาดความอบอุ่นและประสบปัญหาสุขภาพอื่นตามมา เป็นต้น โดยมีรายงานการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่าอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยมักเกิดขึ้นกับประชากรในกลุ่มวัยที่มีผลผลิตทางเศรษฐกิจสูง คือ ช่วงอายุระหว่าง 15-49 ปี⁴ ดังนั้น ทุกประเทศจึงให้ความสำคัญในการจัดการและแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรให้สำเร็จ ซึ่งหากสามารถทำได้จะส่งผลกระทบสูงต่อการพัฒนาประเทศและจะช่วยเพิ่ม GDP ของประเทศ และลดความสูญเสียในหลากหลายมิติ เพื่อนำไปสู่การสร้างความปลอดภัยทางถนนในประเทศไทย

ขอบเขตการดำเนินงาน

เป้าหมายการลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนนมีจุดประสงค์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยได้กำหนดขอบเขตการดำเนินงานที่สำคัญไว้ดังนี้

(1) ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่ออุบัติเหตุทางถนน

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

(2) ลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์

ประเทศไทยมีกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์สูงและถือเป็นกลุ่มเปราะบางในการใช้รถใช้ถนน อุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ที่ไม่สวมหมวกนิรภัยซึ่งจะช่วยป้องกันการบาดเจ็บที่ศีรษะและป้องกันการเสียชีวิตเมื่อเกิดอุบัติเหตุ การแก้ปัญหานี้ถือเป็นโจทย์ที่มีความท้าทายสูงเนื่องจากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการมากกว่าเพียงแค่การบังคับใช้กฎหมาย

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

(3) การจัดการพื้นที่เสี่ยงเพื่อลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน

พฤติกรรมเสี่ยงที่มักพบบ่อยและส่งผลกระทบสูงเมื่อเกิดอุบัติเหตุทางถนน คือ ดื่มแล้วขับ และ ขับรถเร็ว ดังจะเห็นได้ตามข่าวในสื่อต่างๆ และเป็นพฤติกรรมเสี่ยงสูง 2 อันดับแรก ในปี 2561 พบว่า ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อแสนประชากรสูงสุด ได้แก่ ระยอง ชลบุรี จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสระแก้ว ตามลำดับ รองลงมาเป็นภาคกลาง ได้แก่ สระบุรี ประจวบคีรีขันธ์ พระนครศรีอยุธยา และนครนายก โดยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนยังคงเป็น กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ กลุ่มผู้ชาย และกลุ่มแรงงาน

เป้าหมายที่ 6 เพิ่มสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตสมบูรณ์

สุขภาพจิต (mental health) หมายถึง สภาพที่ดีของจิตใจที่สามารถควบคุมอารมณ์ไม่ให้เกิดความคับข้องใจหรือขัดแย้งภายในจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุขหรือสภาพชีวิตที่เป็นสุข⁵ โดยปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่พบได้บ่อย โดยสุขภาพจิตและสุขภาพร่างกายมีความเชื่อมโยงกัน หากพื้นฐานสุขภาพจิตไม่ดีจะเป็นปัจจัยเสี่ยงของสภาพร่างกายป่วยเรื้อรัง ในทำนองเดียวกันหากสุขภาพร่างกายไม่ดีก็ส่งผลต่อสุขภาพจิตเช่นเดียวกัน และมีแนวโน้มต่อผลลัพธ์ต่อสุขภาพที่ไม่ดี นอกจากนี้ สุขภาพจิตยังเชื่อมโยงกับการบริโภคยาสูบ สารเสพติด และสุรา ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพได้ทั้งในระดับตัวบุคคลที่อาจก่อให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง ในระดับครอบครัวที่อาจก่อให้เกิดการใช้ความรุนแรง ดังนั้น หลายประเทศจึงให้ความสำคัญกับการดำเนินนโยบายสุขภาพจิตควบคู่กับการสร้างเสริมสุขภาพในด้านอื่น ๆ

ขอบเขตการดำเนินงาน

เป้าหมายการเพิ่มสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตสมบูรณ์มีจุดประสงค์เพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตควบคู่ไปกับการสร้างเสริมสุขภาพทางกาย โดยได้กำหนดขอบเขตการดำเนินงานที่สำคัญไว้ดังนี้

(1) การเพิ่มสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตสมบูรณ์ในกลุ่มเสี่ยง

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

(2) การพัฒนาสุขภาพจิตในกลุ่มพื้นที่เสี่ยง

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

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

เป้าหมายที่ 7 ลดผลกระทบสุขภาพจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อม

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

จุดเน้นและขอบเขตการดำเนินงาน

เป้าหมายการลดมลพิษจากสิ่งแวดล้อมมีจุดประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงจากมลพิษที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพต่อคนไทย โดยได้กำหนดขอบเขตการดำเนินงานที่สำคัญไว้ ดังนี้

(1) การลดความเสี่ยงจากมลพิษจากสิ่งแวดล้อม

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

(2) การลดปัญหามลพิษจากสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง

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

(3) การสร้างพฤติกรรมเพื่อลดมลพิษจากสิ่งแวดล้อม

เนื่องจากปัจจุบันปัญหามลพิษทางอากาศเกิดจากสาเหตุหลัก 2 ประการ ได้แก่ มนุษย์และธรรมชาติ โดยมนุษย์เป็นส่วนสำคัญในการก่อให้เกิดปัญหามลพิษทางอากาศ ดังนั้น จึงให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนเชิงบูรณาการเพื่อสร้างความเข้มแข็งด้านวิชาการ สร้างจิตสำนึกการมีส่วนร่วมในการแก้ไขมลพิษ และเสริมขีดความสามารถภาครัฐในการพัฒนากฎหมายหรือนโยบายเพื่อลดการสร้างมลพิษกับสิ่งแวดล้อม และการแก้ไขปัญหามลพิษจากสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ

เป้าหมายที่ 8 ปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น

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

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

จุดเน้นและขอบเขตการดำเนินงาน

พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับปัจจัยกำหนดสุขภาพ (health determinant) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยหลากหลาย โดยในเป้าหมายปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่ สามารถกำหนดขอบเขตการดำเนินงานสำคัญที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีได้ดังนี้

(1) การติดตามและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม

โลกในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดำเนินชีวิต และพฤติกรรมทางสุขภาพของมนุษย์ โดยมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ดังนี้

- ด้านเศรษฐกิจ กรณีการเปลี่ยนแปลงอำนาจทางเศรษฐกิจอาจเกิดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในรูปแบบใหม่ อาทิ การนโยบายทางสาธารณสุขที่ดี สินค้าหรืออาหารที่ส่งออกจากประเทศมหาอำนาจทางการค้า หากมีการปนเปื้อนหรือไม่มาตรฐานที่ดีพออาจส่งผลให้ผู้บริโภคเกิดความเจ็บป่วย หรืออาจเกิดการระบาดของโรค

- ด้านสังคม การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของโครงสร้างประชากร ที่ส่งผลให้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างเต็มรูปแบบทำให้การสร้างเสริมสุขภาพอาจไม่ได้ผลลัพธ์เช่นในอดีต การขาดแคลนแรงงานในระบบซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบงบประมาณทางสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ หรือความหลากหลายทางสังคมที่ส่งผลให้การสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรแบบเดิมไม่ได้ผลอีกต่อไป

- ด้านทรัพยากร กรณีการขาดแคลนทรัพยากร เนื่องจากโลกมีทรัพยากรอยู่อย่างจำกัด แต่ความเจริญและความต้องการของคนที่ไม่มียี่สิบสี่ชั่วโมงอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพของมนุษย์

- ด้านสิ่งแวดล้อม กรณีความรุนแรงของภาวะโลกร้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อแหล่งอาหารทางธรรมชาติ เช่น สัตว์ทะเลลดจำนวนลง ไม่สามารถเลี้ยงสัตว์ในรูปแบบปศุสัตว์แบบเดิมได้ เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางอาหาร และอาจกระทบกับภาวะทุพโภชนาการหากต้นทุนการเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพสูงขึ้น

หรือภาวะโลกร้อนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการโรคระบาดและการเปลี่ยนแปลงระบบนิเวศ เช่น เชื้อโรคเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วเนื่องจากมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมแก่การฟักตัวของเชื้อโรค โรคในอดีตที่เคยควบคุมได้แล้ว อาจกลับมาระบาดใหม่อีกครั้ง เป็นต้น

■ ด้านเทคโนโลยี อาทิ เทคโนโลยี 5G ที่จะเข้ามามีบทบาททำให้อุตสาหกรรมสุขภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่รูปแบบอัจฉริยะ (smart healthcare) ที่จะสามารถให้บริการได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และเข้มข้นมากขึ้น จนกระทั่งคนอาจจะเลยการดูแลสุขภาพเพื่อลดจำนวนการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพแบบเดิม เทคโนโลยียานยนต์ไร้คนขับที่อาจส่งผลให้ปัจจัยเสี่ยงบางอย่างไม่มีผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น แม้ดื่มสุราจนมึนเมาก็ยังสามารถเดินทางกลับบ้านได้โดยสวัสดิภาพโดยไม่เกิดอุบัติเหตุและความสูญเสียเช่นเดิม เป็นต้น หรือปัญหาข่าวสารที่ไม่สมบูรณ์ (imperfect information) และข่าวปลอม (fake news) ที่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในการดูแลสุขภาพ

(2) การตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น

ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ซึ่งอาจส่งผลต่อการบรรลุผลลัพธ์ทางสุขภาพตามวัตถุประสงค์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างรวดเร็วและทันทั่วถึงจึงมีความสำคัญต่อการบรรลุผลลัพธ์ทางสุขภาพ ดังเช่นสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่ที่ไม่มีการเตรียมการเพื่อรับมือและตอบสนองต่อปัญหานี้มาก่อน

จากการถอดบทเรียนปัญหาของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 พบว่าผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั้งทางตรงต่อผู้ติดเชื้อเอง และทางอ้อมต่อกลุ่มคนทุกช่วงวัยโดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง เช่น ผลกระทบเกิดกับเด็กทุกกลุ่ม สถานะการเงินของครอบครัว โอกาสในการเรียน ความกังวลเรื่องการติดเชื้อ ผลกระทบต่อสุขภาพจากการผัดนัดหมายแพทย์ เป็นต้น จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าการเกิดปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพต่อประชาชนในวงกว้าง และอาจใช้ระยะเวลานานในการฟื้นฟูสุขภาพให้กลับคืนสู่สภาพเดิม การตอบสนองเพื่อให้เกิดการจัดการต่อปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่อย่างเป็นระบบจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ต่อการสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชน

บทที่ 2 ภาพรวมแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570)

เพื่อให้การจัดทำทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) สามารถกำหนดเป้าหมายและผลลัพธ์ได้เหมาะสมกับบทบาทและภารกิจของ สสส. จึงได้มีการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมที่เป็นองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินงาน โดยมีประเด็นการวิเคราะห์ที่สำคัญ ดังนี้

2.1 สรุปผลการประเมินการดำเนินงานของแผนหลัก 3 ปี (พ.ศ. 2561-2563)

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

โดยการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนหลักระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2561-2563) ครั้งนี้ คณะกรรมการประเมินผลได้แต่งตั้งคณะกรรมการกำกับประเมินผลการดำเนินงานตามแผนหลัก สสส. (พ.ศ. 2561-2563) และการประเมินผลดำเนินงานตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2555-2564) รวมทั้งได้มีการทำงานร่วมกันระหว่างคณะกรรมการประเมินผลและคณะกรรมการบริหารแผนเพื่อกำกับติดตามการประเมินผลลัพธ์ตามแผนหลักที่ได้วางวัตถุประสงค์ของการประเมินผลโดยเน้นหลักความรับผิดชอบต่อการใช้ทรัพยากรสาธารณะ เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงาน และทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น โดยมีข้อสังเกตที่สำคัญ ดังนี้

(1) ความสอดคล้องของการดำเนินงานตามแผนหลัก (พ.ศ. 2561-2563) ต่อความสำเร็จของทิศทางเป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2555-2564) ควรเพิ่มการทำงานในเชิงคุณภาพเพื่อผลลัพธ์ในการเปลี่ยนแปลงของประชากรกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากการทำงานส่วนใหญ่เป็นการทำงานในพื้นที่ต้นแบบโดยใช้กลไกนำร่อง รวมทั้งสร้างการบูรณาการระหว่างแผนเพิ่มขึ้นเพื่อขยายผลการทำงาน

(2) ความสอดคล้องของการดำเนินงานต่อคุณค่าหลักขององค์กร (core values) สสส. ควรสร้างคุณค่าหลักเป็นคุณลักษณะภายในและวัฒนธรรมการทำงานของบุคลากรให้ครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ Innovation Collective impact Sustainable change และ Proactive เพื่อให้เกิดการทำงานและส่งมอบผลลัพธ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพชัดเจน

(3) ความสอดคล้องของการดำเนินงานตามแผนหลัก (พ.ศ. 2561-2563) และแผนหลักฉบับที่ผ่านมา ควรสร้างความต่อเนื่องในการทำงานเพื่อให้เกิดการส่งมอบผลลัพธ์ตามที่วางไว้

ในส่วนข้อสังเกตที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานมีดังนี้

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

(2) กระบวนการทำงานของ สสส. ควรกำหนดกรอบแนวคิด (conceptual framework) ไว้อย่างชัดเจน เพื่อพัฒนาให้เกิดการวางแผนที่สามารถบรรลุเป้าหมายได้จริง โดยการจัดลำดับความสำคัญของงานและจุดเน้น รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย

(3) กระบวนการประเมินผล ควรสร้างวัฒนธรรมการประเมินผลที่มีกระบวนการพัฒนาการเรียนรู้ ความรับผิดชอบต่อการใช้ทรัพยากรสาธารณะ ควรจัดระบบและกลไกกำกับติดตามและประเมินผลเพื่อสร้างความชัดเจนต่อหน้าที่ ความรับผิดชอบ และเชื่อมโยงกลไกการทำงานในทุกระดับ โดยผลการประเมินต้องทันต่อการนำมาใช้งาน รวมทั้งควรพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งในเครือข่ายนักประเมินผล ตลอดจนควรประเมินผลในประเด็นการทำงานร่วม (cross-cutting issue) เพิ่มขึ้น

(4) การจัดการข้อมูลที่ได้จากการทำงาน ควรจัดการระบบข้อมูลให้สอดคล้องกับแผนและกลไกการลงข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงและติดตามผลลัพธ์ของการทำงานได้เป็นประจำ เพื่อแสดงให้เห็นภาพรวมการทำงาน และเพื่อบริหารจัดการ ติดตามสถานะ และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างทันทั่วถึง

2.2 วิเคราะห์สภาพแวดล้อมการดำเนินงาน

2.2.1 สรุปภาพรวมสถานการณ์ทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม รวมถึงการขับเคลื่อนนโยบายภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาวะของกองทุน

สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) ได้ดำเนินการศึกษา รวบรวม และทบทวนข้อมูลสถานการณ์ที่มีผลกระทบสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพในอนาคต โดยทบทวนข้อมูลจากการสังเคราะห์ข้อมูลของทีมนโยบายภายนอกในการจัดทำข้อมูลนำเข้าของการจัดทำทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี ของกองทุนฯ และพิจารณาเพิ่มเติมข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน และการมองทิศทางข้างหน้าในระยะ 1-5 ปี ทั้งประเด็นสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาวะในประเทศ และระหว่างประเทศ ประกอบการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญทางสุขภาพ โดยเฉพาะต่อสถานการณ์เร่งด่วนที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่แม้ยังมีการระบาดอย่างต่อเนื่องแต่มีแนวโน้มที่จะกลายเป็นโรคประจำถิ่น ความท้าทายและการเตรียมความพร้อมของประชาชนเพื่อเข้าสู่ภาวะปกติใหม่ ตลอดจนการพิจารณาถึงโอกาสและแนวโน้มการขับเคลื่อนนโยบายของภาครัฐที่มีผลกระทบต่อการดำเนินงานสุขภาวะของกองทุนฯ ซึ่งข้อมูลทั้งหมดสรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

ทบทวนข้อมูลแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะใน 10 ปี ข้างหน้า ที่ส่งผลกระทบต่อสถานะของประเทศไทยและผลจากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญต่อปัจจัยการกำหนดสุขภาพ ประกอบด้วย⁶

1) การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและโครงสร้างประชากร จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2564 พบว่า ประชากรไทยมีอัตราการเกิดที่ 544,570 คน น้อยกว่าอัตราการตายที่เกิดขึ้นจำนวน 563,650 ราย ในอนาคตโครงสร้างประชากรของโลกจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยก็เช่นกันซึ่งส่งผลให้ประชากรวัยแรงงานลดลง ขณะที่ผู้สูงอายุที่อายุเพิ่มมากขึ้น และมีผลกระทบต่อบริบททางสังคม อัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อวัยแรงงานและการพึ่งพาแรงงานข้ามชาติยิ่งเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่ออัตราการเคลื่อนย้ายแรงงานจากชนบทสู่เมืองและจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามาในประเทศ ซึ่งจะเร่งให้ประเทศไทยปรับเปลี่ยนไปสู่การเป็นสังคมพหุวัฒนธรรมอย่างรวดเร็วพฤติกรรมทางสุขภาพที่แตกต่างกันตามวัฒนธรรมและภาวะโรคที่จะเพิ่มมากขึ้นตามอัตราเพิ่มของกลุ่มสูงอายุ จะเป็นความท้าทายสำคัญต่อการจัดระบบสุขภาพที่เหมาะสม ดังนั้น การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับต่อปัจจัยกระทบต่อสุขภาพใหม่ เช่น การสร้างความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพควบคู่กับการเสริมสร้างวินัยทางการเงินและการออม การลดความวิตกกังวลจากการอยู่ใน

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

พื้นที่เดียวกับแรงงานข้ามชาติ เป็นต้น จึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพใน 10 ปีข้างหน้า

2) การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ ข้อมูลจากกระทรวงพาณิชย์ รายงานว่า ในปี 2565 เดือนกุมภาพันธ์ อัตราเงินเฟ้ออยู่ที่ร้อยละ 5.28 สูงสุดในรอบ 13 ปี ด้วยปัจจัยราคาน้ำมันที่สูงขึ้นส่งผลต่ออัตราเงินเฟ้อ ขณะที่ข้อมูลจากธนาคารแห่งประเทศไทย ระบุว่า การส่งออก และท่องเที่ยวค่อยๆ ปรับตัวขึ้น คาดการณ์ว่าอัตราการเติบโตของ GDP จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.9 ในปี 2565 และถึงร้อยละ 4.3 ในปี 2566 โดยได้แรงขับเคลื่อนจากการฟื้นตัวของกิจกรรมภาคบริการ อย่างไรก็ตามจากวิกฤติและผลกระทบจากการสู้รบรัสเซีย-ยูเครน อาจส่งผลต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจทั้งในและระหว่างประเทศ และจากการวิเคราะห์ของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) คาดการณ์ว่าอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจของไทยอาจจะมีอัตราลดลง หรือไม่เป็นไปตามคาดการณ์ เนื่องจากปัญหาสังคมสูงวัยที่ทำให้กำลังแรงงานลดลง แต่งบประมาณภาครัฐที่ใช้ในการดูแลสวัสดิการสังคมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จนกระทบกับงบประมาณในการนำมาสร้างฐานเศรษฐกิจใหม่ ประกอบกับประเทศไทยยังมีความเหลื่อมล้ำทางรายได้สูงมาก ปัญหาด้านทักษะแรงงาน การทำงานด้านศักยภาพ การขาดการพัฒนาเทคโนโลยีของตนเอง รายได้หลักของประเทศมาจากการส่งออก และการท่องเที่ยว ล้วนเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาเศรษฐกิจไทย สถานการณ์เช่นนี้ ทำให้คาดการณ์ได้ว่าอัตราส่วนคนยากจนจะเพิ่มมากขึ้น กลุ่มประชากรที่มีรายได้น้อยซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสัดส่วนขึ้นจะเป็นกลุ่มเปราะบางต่อการสูญเสียสุขภาพ

3) การเปลี่ยนแปลงของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ด้วยสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ดังเห็นได้จากภาวะแห้งแล้ง ภาวะร้อนจัดหรือหนาวจัด รวมถึงภัยธรรมชาติที่รุนแรง ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจในหลายด้าน และยังกระทบต่อสุขภาพโดยตรง การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศจึงเป็นประเด็นสำคัญในเวทีระดับโลก และความพยายามระดับโลกในการลดปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกให้ลดลงระดับศูนย์ ผ่านความร่วมมือตามอนุสัญญารอบการทำงานสหประชาชาติมติข้อตกลงปารีส ซึ่งประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศภาคี ที่จะต้องดำเนินการควบคุมปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกให้ลดลงตามเป้าหมายที่มีพันธสัญญาไว้ และหากสามารถดำเนินการลดการปล่อยคาร์บอนได้ตามเป้าหมาย จะมีส่วนช่วยลดผลกระทบต่อสุขภาพในหลายด้าน และมติดองค์การสหประชาชาติต่อการผลักดันข้อตกลงสนธิสัญญา ลดขยะพลาสติก ซึ่งวางเป้าหมายให้เกิดความร่วมมือระหว่างประเทศ โดยพยายามเจรจาผลักดันให้เกิดการลงนามข้อตกลงระหว่างประเทศ ภายใน 2 ปี ข้างหน้า สำหรับประเทศไทยปัญหาด้านมลพิษทางอากาศยังคงเป็นประเด็นสำคัญ จากรายงานการศึกษาเรื่อง “มลพิษทางอากาศ: การประเมินการสัมผัสและภาระโรค” ประจำปี 2559 ขององค์การอนามัยโลก พบว่าประชากรไทย จำนวน 22,375 คน เสียชีวิตจากมลพิษทางอากาศ โดยมลพิษทางอากาศมีสาเหตุส่วนใหญ่จาก PM 2.5 ที่เกิดจากควันพิษจากการจราจรและการคมนาคม ผุ่นจากการเผาในที่โล่ง ผุ่นละอองจากภาคอุตสาหกรรมและการก่อสร้าง และหมอกควันข้ามแดน นอกจากนี้ มลพิษทางอากาศส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับฤดูกาล โดยจะสูงสุดในช่วงฤดูแล้งตั้งแต่เดือนธันวาคมถึงเมษายน โดยประเทศไทยได้กำหนดการแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละอองเป็นวาระแห่งชาติ ได้จัดทำแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ “การแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละออง” เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินการแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละอองในภาพรวมของประเทศและในพื้นที่วิกฤต

4) การเปลี่ยนแปลงด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ปัจจุบันโลกอยู่ในยุคการเปลี่ยนผ่านทางเทคโนโลยี (disruptive technology) ซึ่งมีนวัตกรรมเทคโนโลยีใหม่ที่ส่งผลกระทบรุนแรงจนถึงขั้นล้มล้างผลิตภัณฑ์หรือบริการเดิม โดยเฉพาะเทคโนโลยีที่พัฒนาบนระบบของอุปกรณ์สื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ

การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีอย่างมากระหว่างนี้ส่งผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพของประชาชนอย่างรวดเร็ว ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบต่อการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น Metaverse เทคโนโลยี จากรายงานของ Gartner คาดว่าอีก 4 ปีข้างหน้า ร้อยละ 25 ของประชากรจะใช้เวลาอย่างน้อยประมาณ 1 ชั่วโมงในโลกของ Metaverse เพื่อการทำงาน การศึกษา เพื่อเข้าถึงคอมมอนไลน์ บันเทิง ฯลฯ ผลกระทบจากเทคโนโลยีใหม่นี้จะช่วยให้การสื่อสาร การเผยแพร่ การเข้าถึงข้อมูลเป็นไปได้โดยง่ายและกว้างขวางไม่จำกัดเพียงอุปกรณ์ประเภทเดียวหรือผู้ให้บริการรายเดียวเท่านั้น อย่างไรก็ตามความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงเทคโนโลยียังคงเป็นข้อท้าทาย รวมถึงภัยอันตรายจากโลกออนไลน์ และการศึกษาวิจัยด้านอวกาศ ในการแสวงหานวัตกรรมและแหล่งทรัพยากรใหม่ จะเป็นแนวโน้มสำคัญที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

5) การเปลี่ยนแปลงทางการเมือง สถานการณ์ภาพรวมการเมืองระหว่างประเทศมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่แต่ละประเทศให้ความสำคัญกับผลประโยชน์ของประเทศตนเองผ่านนโยบายชาตินิยมมากกว่า การให้ความสำคัญกับการเน้นการผ่อนคลายกฎระเบียบเพื่อให้เกิดความสะดวกในการค้าการลงทุนผ่านแนวคิดเสรีนิยม และสถานการณ์การสู้รบล่าสุดระหว่างรัสเซีย และยูเครน ในระยะสั้นจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจโลก และระยะยาวอาจจะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางอาหาร เนื่องจากเป็นประเทศที่มีการส่งออกวัตถุดิบแปรรูป และสินค้าเกษตร ตลอดจนหากการสู้รบยกระดับโดยการใช้อาวุธนิวเคลียร์ ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น สำหรับประเทศไทยในปี 2566 สถานการณ์การเมืองจะถึงวาระการเลือกตั้งระดับประเทศซึ่งเป็นโอกาสสำคัญสำหรับการนำเสนอและผลักดันนโยบายสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อประชาชน

6) การเปลี่ยนแปลงสู่การเป็นมหานครและการขยายตัวของพื้นที่เขตเมือง ก่อให้เกิดประโยชน์ทางเศรษฐกิจและสังคมในหลายมิติ โดยเฉพาะการเป็นแหล่งจ้างงานและสร้างรายได้สำคัญ และก่อให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงาน เพื่อเข้าถึงโอกาสทางเศรษฐกิจ สำหรับประเทศไทยสัดส่วนความเป็นเมืองและจำนวนประชากรในเขตเมืองของประเทศไทยยังอยู่ในระดับไม่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับภาพรวมในระดับโลก (ในปี 2561 ประชากรในกรุงเทพมหานครและในเขตเทศบาลมีจำนวน 22.87 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 34.44) แต่การพัฒนาเชิงพื้นที่ของประเทศไทยกลับมีการกระจุกตัวสูงซึ่งส่งผลให้หลายพื้นที่ในเมืองหลักของไทยเผชิญความท้าทายด้านการจัดการขยะ น้ำเสีย ความแออัดและเสื่อมโทรมของที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรในพื้นที่

7) ผลกระทบและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสำคัญจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ยังไม่สิ้นสุด แม้การเข้าถึงวัคซีนของประชาชนจะมากขึ้นอัตราการเสียชีวิตลดลง และมีการคาดการณ์ว่าจะกลายเป็นโรคประจำถิ่นในระยะใกล้นี้ ขณะที่สถานการณ์หลังการแพร่ระบาด และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเปราะบาง เช่น ภาวะอาการที่หลงเหลือจากการติดเชื้อโควิด (long COVID) ที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ที่เคยติดเชื้อ ผลกระทบต่อพัฒนาการสมวัยของเด็กจากการเรียนออนไลน์โดยเฉพาะเด็กประถมวัย รวมถึงเด็กที่ผู้ปกครองเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19 รวมถึงการปรับการใช้ชีวิตของประชาชนในความปกติใหม่ ซึ่งผลกระทบเหล่านี้ไม่ได้จำกัดอยู่ทางด้านสาธารณสุขเท่านั้น แต่ได้ส่งผลกระทบต่อมิติด้านเศรษฐกิจ สังคม และวิถีชีวิตของประชากร นอกจากนี้กรมควบคุมโรคได้มีการพยากรณ์โรคและภัยคุกคามสุขภาพปี 2565 ระบุว่าโรคต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ ไข้หวัดใหญ่ ไข้เลือดออก (รอบการระบาด) รวมถึงสถานการณ์ อุบัติเหตุทางถนน และเด็กจมน้ำ ที่หากไม่มีการเฝ้าระวังและป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพ อัตราการเสียชีวิตจะกลับมาสูงขึ้นเทียบเท่าช่วงก่อนสถานการณ์การแพร่ระบาด

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

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

- **ความเสี่ยงในระยะสั้น** - การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมจากโรคระบาดนี้ ยังเป็นภัยคุกคามสำคัญระดับโลก โดยพบว่าการแตกต่างระหว่างการเข้าถึงวัคซีนของประเทศร่ำรวยและยากจน สะท้อนถึงการฟื้นตัวทางเศรษฐกิจที่ไม่เท่าเทียมกัน และได้สร้างความแบ่งแยกทางสังคมและความตึงเครียดทางภูมิรัฐศาสตร์ระหว่างกลุ่มประเทศเหล่านี้ จากรายงาน คาดว่า การระบาดใหญ่ของโรคโควิด-19 จะทำให้เศรษฐกิจโลกในปี 2567 เติบโตน้อยกว่าระดับที่ควรจะเป็นหากไม่มีโรคระบาดถึงร้อยละ 2.3 และช่องว่างของการขยายตัวทางเศรษฐกิจจะเห็นได้ชัดขึ้นในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ที่เศรษฐกิจจะเติบโตน้อยกว่าที่ควรจะเป็นถึงร้อยละ 5.5

- **ความเสี่ยงในระยะสั้น -กลาง** - ภัยบนโลกไซเบอร์ เช่น การโจมตีทางไซเบอร์ เป็นต้น อาชญากรทางไซเบอร์จะสามารถเข้าถึงเป้าหมายกลุ่มเปราะบางได้มากขึ้น เพื่อล้วงข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมาย ประกอบกับการเติบโตของสกุลเงินดิจิทัล ส่งผลให้อาชญากรไซเบอร์หลบซ่อนจากการติดตามได้ง่ายขึ้น และในมุมมองของผู้เชี่ยวชาญในรายงานความเสี่ยงโลก มองว่า ภัยคุกคามความมั่นคงไซเบอร์ เป็นความเสี่ยงระยะสั้นและระยะกลางเท่านั้น และว่ายังคงเป็น ‘จุดบอด’ ขององค์กรและภาครัฐอยู่ในขณะนี้

- **ความเสี่ยงในระยะยาว** - ประเด็นภาวะโลกร้อน ปัญหาสภาพอากาศแปรปรวน และการสูญเสียความหลากหลายทางระบบนิเวศวิทยา เป็น 3 ความเสี่ยงสำคัญของโลกในระยะยาว รวมถึงประเด็นการแข่งขันด้านอวกาศ เทคโนโลยีอวกาศมีเพิ่มสูงขึ้นในระยะยาว จากต้นทุนที่ลดลงกว่าในอดีต มีการผลักดันโครงการด้านอวกาศของแต่ละประเทศที่มีความพร้อมมากขึ้น เพื่อหาประโยชน์ทางเทคโนโลยีอวกาศสำหรับการทหาร วิทยาศาสตร์ และการพาณิชย์ และอาจนำไปสู่ปัญหาความแออัด การใช้ทรัพยากรมากเกินไป และปัญหาขยะอวกาศที่ตามมามากมาย ซึ่งผู้เชี่ยวชาญในการสำรวจนี้ มองว่าทั่วโลกยังขาดความร่วมมือในการแก้ปัญหาดังกล่าว และประเด็นการอพยพย้ายถิ่นรวมถึงผู้ลี้ภัยเนื่องจากผลการทบของการสู้รบ ภาวะสงคราม จะทำให้เกิดผู้ลี้ภัยเพิ่มขึ้น

นอกจากรายงานความเสี่ยงของโลกแล้ว ผลจากการประชุมด้านเศรษฐกิจระดับโลก (2022 Davos World Economic Forum) ที่จัดขึ้นระหว่างวันที่ 17-21 มกราคม 2565 เมืองดาวอส สวิตเซอร์แลนด์ ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะสำคัญ ที่สอดคล้องกับการรายงานความเสี่ยงของโลก 2022 ข้อเสนอแนะจากผู้นำจากประเทศต่าง ๆ ที่เข้าร่วมประชุมครั้งนี้เป็นแนวทางความร่วมมือที่มุ่งหวังให้เกิดขึ้น ได้แก่ การเน้นความร่วมมือพหุภาคี ลดการเผชิญหน้า และการคุกคาม ลดช่องว่างการเข้าถึงวัคซีน เพื่อแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำ ลดการ

⁷ World Economic Forum. (2022). “Global Risks Report 2022”. (Geneva: World Economic Forum)

ปล่อยก๊าซคาร์บอน เน้นการลงทุนด้านมนุษย์ และความสามารถด้านไซเบอร์ และการสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจและส่งเสริมตลาดกลุ่มประเทศที่เปราะบางทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

รายงานดัชนีความก้าวหน้าของคน ประจำปี 2563 (Human Achievement Index: HAI) เป็นการสำรวจล่าสุด จัดทำโดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ การจัดทำดัชนีความก้าวหน้าของคน เป็นเครื่องมือประเมินความก้าวหน้าของคนในระดับจังหวัด เพื่อให้จังหวัดต่าง ๆ ได้ทราบถึงลำดับตำแหน่งความก้าวหน้าของคนในจังหวัด ภูมิภาค และภาพรวมประเทศ รวมทั้งสนับสนุนและส่งเสริมให้จังหวัดต่าง ๆ ได้ทราบถึงระดับการพัฒนาของคนภายในจังหวัดทั้งในระดับภาพรวมการพัฒนาคน และการพัฒนาคนในแต่ละมิติ รวมทั้งให้สาธารณชนสามารถนำข้อมูลต่าง ๆ ไปสู่การต่อยอด ขยายองค์ความรู้ทางด้านการพัฒนาคนให้กว้างยิ่งขึ้น และสร้างประโยชน์ได้อย่างสูงสุด โดยใช้กรอบในการกำหนดองค์ประกอบ 8 ดัชนีย่อย คือ 1) ด้านสุขภาพ 2) ด้านการศึกษา 3) ด้านชีวิตการทำงาน 4) ด้านรายได้ 5) ด้านที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อม 6) ด้านชีวิตครอบครัวและชุมชน 7) ด้านการคมนาคมและการสื่อสาร 8) ด้านการมีส่วนร่วม การสำรวจล่าสุดดัชนีย่อยในแต่ละด้านมี 4 ตัวชี้วัด รวมทั้งหมด 32 ตัวชี้วัด และเพิ่มกรอบวิเคราะห์ประเมินผลกระทบของการเกิดวิกฤติการแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโควิด-19 จากรายงานการสำรวจสรุปได้ดังนี้⁸ ผลการจัดทำดัชนีความก้าวหน้าของคนปี 2563 พบว่าภาพรวมการพัฒนาคนของประเทศไทย มีความก้าวหน้าที่ดีขึ้นโดยค่าดัชนีความก้าวหน้าของคน ในปี 2563 เท่ากับ 0.6501 ปรับตัวดีขึ้นจากปี 2562 ที่มีค่าเท่ากับ 0.6457

ด้านสุขภาพ ความก้าวหน้ามีค่าคะแนนเท่าเดิมกับปี 62 แต่มีแนวโน้มลดลงต่อเนื่อง พิจารณาจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง พิกัด และการฆ่าตัวตายสำเร็จ พบปัญหาความแตกต่างระหว่างพื้นที่ค่อนข้างสูง รวมถึงเรื่องความเท่าเทียมความครอบคลุมการพัฒนาด้านสุขภาพ สังคมสูงอายุ การติดเชื้อ และผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-19

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

ด้านชีวิตการทำงาน มีความก้าวหน้าลดลง โดยมีค่าดัชนีย่อยด้านชีวิตการทำงานลดลง จาก ในปี 2562 ตามอัตราการว่างงานที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.98 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 1.69 ในปี 2563 อัตราการว่างงานเพิ่มขึ้นเนื่องจากเศรษฐกิจที่หดตัวในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การจ้างงานลดลง และพบความแตกต่างระหว่างจังหวัด พื้นที่การพัฒนาระงับตัวอยู่ในเมืองใหญ่

ด้านรายได้ การพัฒนาคนด้านรายได้ปรับตัวลงเล็กน้อย ผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การขยายตัวทางเศรษฐกิจลดลง โดยเฉพาะสาขาเกษตรกรรม แนวโน้มหนี้ครัวเรือนเพื่อการอุปโภคบริโภคสูงขึ้น และพบความไม่เสมอภาคของรายได้ มีการกระจุกตัวและความแตกต่างระหว่างพื้นที่

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

ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ปรับตัวเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยพิจารณาจากมีการเพิ่มขึ้นครัวเรือนที่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง และสัดส่วนกำลังผลิตไฟฟ้าจากพลังงานทดแทน

ด้านชีวิตครอบครัวและชุมชน ปรับตัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พิจารณาจากการลดลงของการแจ้งความดำเนินคดี ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว การกระทำผิดของเยาวชน ครัวเรือนที่มีหัวหน้าครอบครัวเดี่ยว ความก้าวหน้าด้านนี้มีมิติที่มีการกระจายตัวระดับการพัฒนาคนในทิศทางที่ดีที่สุดเทียบกับด้านอื่น ๆ แต่ละจังหวัดมีค่าใกล้เคียงกันทั่วประเทศ

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

ด้านการมีส่วนร่วม ปรับตัวดีขึ้นต่อเนื่อง พิจารณาจากการใช้สิทธิเลือกตั้ง ครัวเรือนที่มีส่วนร่วมในองค์กรท้องถิ่น และการทำกิจกรรมสาธารณะประโยชน์

การวิเคราะห์และการประเมินสถานการณ์การพัฒนาคนของประเทศไทยโดยอาศัยดัชนีความก้าวหน้าของคน ได้สะท้อนให้เห็นสถานการณ์การพัฒนาและยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในประเด็นต่างๆ อย่างชัดเจน รวมถึงมิติทางด้านความเหลื่อมล้ำเชิงพื้นที่หรือแตกต่างระหว่างจังหวัดที่ควรให้ความสำคัญและเร่งดำเนินการ โดยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

- การสร้างเสริมสุขภาวะ และคุณภาพชีวิตที่ดีทางด้านสุขภาพของคนทั้งในมิติด้านร่างกายและ จิตใจ
- การยกระดับคุณภาพการศึกษาและลดช่องว่างการพัฒนาระหว่างพื้นที่
- การยกระดับรายได้ให้สอดคล้องการดำรงชีวิตของคนในแต่ละพื้นที่อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม เน้นการลดความเหลื่อมล้ำด้านรายได้
- การขยายประกันสังคมให้ครอบคลุมโดยเฉพาะแรงงานนอกระบบ รวมทั้งส่งเสริมการออมเพื่อการเกษียณอายุ เพื่อให้มีความมั่นคงและมีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต
- การสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะครอบครัวที่มีความเปราะบาง การสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชนโดยเฉพาะในกลุ่มครอบครัวที่มีความเปราะบางสูง และพื้นที่ในเขตเมือง
- การส่งเสริมรูปแบบการพัฒนาคนในด้านต่างๆ บนพื้นฐานการส่งเสริมความเท่าเทียม และการลดช่องว่างระหว่างพื้นที่
- การวางแผนทางการพัฒนาคนอย่างสมดุลโดยให้ความสำคัญกับมิติต่างๆ อย่างรอบด้าน

รายงานสถานการณ์ด้านสุขภาพคนไทย (ThaiHealth Watch 2022) เป็นการรายงานสถานการณ์ข้อมูล สุขภาพประจำปีจัดทำขึ้นโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมมือกับ สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ และ บริษัท ไวซ์ไซท์ ประเทศไทย จำกัด ตลอดจนภาคีเครือข่ายภาควิชาการต่าง ๆ เพื่อนำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์สำหรับคนไทยสู่สาธารณะ

ทิศทางแนวโน้มสถานการณ์ด้านสุขภาพจากรายงานมีสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสร้างเสริมสุขภาพของคนไทย ใน 10 ประเด็นที่สำคัญ ดังนี้⁹

ประเด็นที่เกี่ยวข้องทางกายและจิต ได้แก่ 1. **เฝ้าระวังโควิดกลายพันธุ์ การดูแลสุขภาพเมื่อต้องอยู่กับโควิด-19** การกระตุ้นเตือนให้ทุกคนดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง พร้อมเรียนรู้ ตลอดจนปรับตัวให้อยู่รอดต่อไปได้ดีในทุกมิติ 2. **การดูแลสุขภาพใกล้-ไกล ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร** เนื่องจากปัญหาสุขภาพในปัจจุบันมีหลากหลายมิติ ตั้งแต่ปัญหาโรคระบาดไปจนถึงปัญหาสุขภาพต่างๆ ที่ต้องควรดูแลใส่ใจในทุกกลุ่มประชากรอย่างเท่าเทียม ตลอดจนประชากรกลุ่มเปราะบางอื่นๆ ที่อาจตกหล่นจากการดูแลด้วย 3. **การสร้างความมั่นคงทางอาหาร การบริโภคอย่างสมดุล** วิกฤติโควิดส่งผลให้ผลผลิตเพื่อการบริโภคลดลงและมีปัญหาในหลาย ๆ ด้าน ทำให้กลุ่มคนด้อยโอกาส คนไร้บ้านหลายคนประสบปัญหาในด้านอาหารการกิน แต่ในขณะเดียวกันกลุ่มเด็กที่เรียนออนไลน์ คนที่ต้องกักตัวอยู่กับบ้านรับประทานอาหารเดลิเวอรี่ก็ทำให้เกิดการบริโภคเกินความจำเป็น ตลอดจนการไม่มีกิจกรรมทางกายส่งผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพ 4. **เลี้ยงลูกให้เติบโตในยุคโควิด** การส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยจิตวิทยาเชิงบวก กับการใส่ใจ มุมมองของผู้ปกครองที่ต้องคอยดูแลช่วยเหลือเด็กๆ ตลอดจนแนะนำครอบครัว เป็นวิธีในการรับมือกับสถานการณ์นี้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น 5. **ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว** เป็นประเด็นปัญหาค้นไถ่น้ำที่กำลังรุนแรงขึ้นในช่วงนี้ที่เกิดขึ้นจากภาวะความเครียด ตลอดจนผลกระทบต่างๆ เนื่องมาจากสถานการณ์โควิด โดยผู้ที่น่าเป็นห่วงที่สุดจะอยู่ที่เด็กและเยาวชนที่ต้องเผชิญปัญหานี้อย่างเลี่ยงไม่ได้ ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสังคม ได้แก่ 6. **การรู้เท่าทันสื่อ** ข่าวลวง (fake news) ยังคงเป็นปัญหาสังคม โดยเฉพาะข่าวลวงในด้านโรคระบาดและสุขภาพช่วงนี้ยิ่งส่งผลเสียกับสังคมอย่างมาก การตรวจสอบตลอดจนการเสพข่าวอย่าง ‘รู้เท่าทันสื่อ’ มีสติ รวมถึงการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง 7. **ปัญหาการพนันออนไลน์** โควิดมีส่วนทำให้วัยรุ่นใช้เวลาอยู่กับโลกออนไลน์มากขึ้น และเริ่มมีการติดพนันออนไลน์อันนำมาซึ่งความเสียหายอีกหลายมิติ 8. **โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น** การรณรงค์ให้วัยรุ่นรู้จักป้องกันตนเองเมื่อยามมีเพศสัมพันธ์นั้นประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี แต่กลับพบว่าแนวโน้มของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ซึ่งต้องเร่งรณรงค์ในเรื่องค่านิยมตลอดจนความรู้ในเรื่องนี้ในสังคมไทยให้ดียิ่งขึ้น 9. **ปัญหาขยะติดเชื้อ และขยะพลาสติก** ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่กำลังอยู่ในภาวะวิกฤติ แต่ปัญหาขยะที่รุนแรงขึ้นมาจนกลายเป็นวิกฤติใหม่ในยุคนี้ก็คือขยะติดเชื้อโดยเฉพาะขยะหน้ากากอนามัยที่กำลังเพิ่มขึ้นและเป็นปัญหาส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างร้ายแรง และ 10. **อากาศสะอาด** ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน เรื่องอากาศกลายมาเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญของคนไทยทั่วทั้งประเทศ และเป็นประเด็นที่ต้องเร่งกันจัดการปัญหามลภาวะทางอากาศนี้

โดยแนวโน้มสุขภาพทั้ง 10 ประเด็นที่ สสส.นำเสนอเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ขึ้นจากหลักการ 3S ที่ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1. ข้อมูลสถานการณ์สุขภาพคนไทยระหว่างปี พ.ศ.2563-2564 (Situation) 2. กระแสสังคมบนโลกออนไลน์ (Social trend) และ 3. การรวบรวมข้อเสนอแนะต่าง ๆ ทั้งจากระดับปัจเจกบุคคลไปจนถึงเชิงนโยบายสังคม (Solution) ซึ่งจากรายงานนี้ สสส. ได้เสนอแนวคิด **adaptive living: ปรับการใช้ชีวิต พร้อมก้าวไปในยุคโควิด-19** เพื่อกระตุ้นให้คนไทยเกิดความตระหนัก และสามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงกับสถานการณ์ในอนาคต โดยทาง สสส. ร่วมมือกับเครือข่ายภาคี มุ่งพัฒนาองค์ความรู้เพื่อเป็นแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง รวมถึงพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อรองรับการแก้ปัญหาต่างๆ ไปพร้อมกันด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบูรณาการข้อมูล

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

เชิง big data แล้วนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ร่วมกับการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI) ที่มีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบและรวดเร็ว ซึ่งในอนาคตจะต้องเน้นการพัฒนาการนำเทคโนโลยีมาจัดการข้อมูลทางสุขภาพใช้ให้เกิดประโยชน์กับประชาชนให้มากที่สุด

สรุปประเด็นท้าทายต่อการสร้างเสริมสุขภาพในอนาคต จากกระแสโลกาภิวัตน์ ที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและความเป็นอยู่ของคนในสังคม รวมทั้งความก้าวหน้าของเทคโนโลยีและดิจิทัลที่อำนวยความสะดวกให้กับประชาชนในการดำรงชีวิต ทำให้วิถีการดำรงชีวิตของประชาชนเปลี่ยนไป ส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพที่ส่งผลให้ป่วยเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ สามารถสรุปประเด็นท้าทายที่สำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ได้ดังนี้¹⁰

1. การบริโภคยาสูบ ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของประชากรไทยปี พ.ศ. 2560 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง ทั้งนี้จำนวนผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวกลับมีแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ นอกจากนี้ จากผลการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของเยาวชนในประเทศไทย พ.ศ. 2562 โดยหน่วยงานปฏิบัติการวิจัยและวิชาการด้านการควบคุมยาสูบภาคเหนือ มหาวิทยาลัยนเรศวร สรุปได้ว่า เด็กและเยาวชนเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญที่ต้องเฝ้าระวังอย่างเข้มข้นรวมถึงความนิยมของบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ แม้ว่าสถานการณ์แนวโน้มการสูบบุหรี่ของคนไทยจะลดลงอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามประเทศไทยยังคงเผชิญกับความท้าทายทั้งจากผลกระทบจากควันบุหรี่มือสองและสาม การนำเข้าบุหรี่ผิดกฎหมาย ถึงแม้จะเสี่ยงต่อการเสียค่าปรับซึ่งในแต่ละปีมีมูลค่าหลายล้านบาท มาตรการการชะลอการขึ้นภาษียาสูบ และการแพร่กระจายผลิตภัณฑ์ยาสูบอิเล็กทรอนิกส์ในช่องทางการสื่อสารออนไลน์ที่ผิดกฎหมาย

2. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สิ่งเสพติด ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยปี พ.ศ. 2560 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป ภาพรวมอัตราการดื่มมีแนวโน้มลดลง แต่ขณะที่ในกลุ่มวัยรุ่นไทยอายุ 15-19 ปี กลับพบว่าแนวโน้มความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์แทบจะไม่เปลี่ยนแปลง สะท้อนถึงมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านมาไม่สามารถลดจำนวนนักดื่มหน้าใหม่ได้เท่าที่ควร หรืออาจเป็นผลจากการรुकคืบของอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครื่องดื่มประเภทเบียร์ที่เน้นการเชิญชวนกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเยาวชนมากขึ้น ดังนั้นการป้องกันการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุต่ำกว่า 20 ปี จึงมีความสำคัญมากเนื่องจากพบว่าผู้ที่เริ่มดื่มสุราตั้งแต่อายุน้อยมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบทางสุขภาพและความผิดปกติทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรม การดื่มแบบเสี่ยงเพิ่มโอกาสในการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ส่งผลต่อความสามารถในประสาทการรู้คิด และส่งผลต่อปัญหาสังคมและพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ตามมา รวมถึงพฤติกรรมของนักดื่มที่ดื่มแล้วขับซี้ก็เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน

ในส่วน of สถานการณ์สิ่งเสพติด จากรายงานของศูนย์การป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ใน พ.ศ. 2562 มีผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดเป็นกลุ่มช่วงอายุวัยรุ่นมากที่สุด และยาเสพติดยังคงเป็นสาเหตุการกระทำผิดของเด็กและเยาวชนไทยในอัตราที่สูง นอกจากนี้สถานการณ์เรื่องการพนันออนไลน์ การติดเกม อินเทอร์เน็ต สัมพันธการเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ใช้ยาเสพติดเป็นครั้งคราวด้วย

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

3. กิจกรรมทางกาย สถานการณ์ภาพรวมด้านการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทยเป็นไปในเชิงลบ และพบว่าแนวโน้มการมีกิจกรรมทางกายจะลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้น ขณะที่ในกลุ่มวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนกิจกรรมทางกายเพียงพอสูงสุด ซึ่งแนวโน้มการมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นตามกระแสการรณรงค์ส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่เป็นมหรธรมระดับประเทศ การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งโดย องค์การอนามัยโลกแนะนำว่า ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางอย่างน้อย 150-300 นาทีต่อสัปดาห์ หรือระดับหนัก 75 นาทีต่อสัปดาห์ ขณะที่ประชากรวัยเด็ก (อายุ 5-17 ปี) ควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางขึ้นไปอย่างน้อย 60 นาทีทุกวัน การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (physical inactivity) เป็นหนึ่งใน 5 ปัจจัยเสี่ยงหลักด้านสุขภาพที่นำไปสู่การเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ของทั่วโลก ร่วมกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ และอาหารที่ไม่เหมาะสมตามหลักโภชนาการ และการสัมผัสกับมลพิษทางอากาศ อันจะนำไปสู่การเกิด 5 โรค ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และภาวะทางสุขภาพจิต

4. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ปัญหาทางโภชนาการในประเทศพบได้ในทุกกลุ่มวัย มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการบริโภค ความสะดวกในการเลือกซื้ออาหาร เทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทในการเชื่อมต่อระหว่างร้านอาหารและผู้บริโภค แอปพลิเคชันสั่งซื้ออาหาร ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการกินของวัยรุ่นและเยาวชนไทยต่อไปในอนาคต รวมทั้งความชอบส่วนบุคคล ที่มักกับประทานอาหารที่มีรสจัด เปรี้ยว เค็ม มัน หรือแม้กระทั่งขนมหวานของเด็กอย่างลูกอม ขนมกรุบกรอบที่ไม่ค่อยสารอาหารและมีโซเดียมสูง หากรับประทานเกินขนาดส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง มะเร็ง โรคหัวใจ และหลอดเลือด

5. สุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่พบบ่อย มีการคาดการณ์ว่าประชากรทั่วโลกถึง 1 ใน 4 หรือจำนวน 450 ล้านคน มีปัญหาจิตเวชในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต ปัญหาสุขภาพจิตนั้นเกิดผลกระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิต การอยู่ร่วมในสังคมและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในส่วนของประเทศไทยกลุ่มอายุช่วงวัยรุ่น วัยทำงาน และผู้สูงอายุมีโอกาสเผชิญปัญหาทางสุขภาพจิตค่อนข้างสูง เช่น โรคซึมเศร้าซึ่งนำไปสู่สาเหตุของการฆ่าตัวตาย ขณะที่การเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิต เช่น การพบนักจิตวิทยา หรือจิตแพทย์เพื่อปรึกษาปัญหาเข้าถึงได้เพียงเล็กน้อย

6. ความปลอดภัยทางถนน ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยและเป็นอันดับหนึ่งในสามอันดับแรกของปัญหาสาธารณสุขมาโดยตลอด จำนวนผู้บาดเจ็บ ผู้เสียชีวิต และผู้พิการมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี รวมทั้งเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของประชากรชายไทยที่มีการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัย จากข้อมูลของ Global Status Report on Road Safety 2018 ขององค์การอนามัยโลก จัดให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เป็นอันดับที่ 9 ของโลก และเป็นอันดับที่ 1 ในเอเชีย อาเซียน และ SEARO แต่สัดส่วนการเสียชีวิตจากเหตุที่เกิดกับรถจักรยานยนต์ของประเทศไทยนั้นยังสูงเป็นอันดับ 3 ของโลก คิดเป็นร้อยละ 74.4 ซึ่งประเทศไทยมียอดผู้เสียชีวิตสูงถึง 22,491 ราย เฉลี่ย 60 คนต่อวัน โดยในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นจะมีอัตราการสวมหมวกนิรภัยที่ต่ำมาก อีกทั้งจากการคาดการณ์ในปี 2573 ภาพรวมสถานการณ์การบาดเจ็บเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน พบว่าส่งผลต่อการเสียชีวิตของผู้ใช้ถนนสูงเป็นอันดับ 5 และเป็นสาเหตุให้พิการหรือทุพพลภาพเป็นอันดับที่ 17 ของโลก ทั้งนี้มีความเป็นไปได้ที่สถานการณ์การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุดังกล่าวมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก แอฟริกา และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

7. มลพิษทางอากาศ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี 2559 พบว่ามลพิษทางอากาศเป็นสาเหตุทำให้คนที่อาศัยในเขตเมืองและชนบทเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงถึง 4.2 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งนับว่าเป็นมลพิษที่สร้างความเสียหายสูงสุดเมื่อเทียบกับมลพิษประเภทอื่นๆ โดยร้อยละ 92 ของผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั้งหมดนี้อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง และภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รวมถึงแปซิฟิกตะวันตกมีจำนวนผู้เสียชีวิตมากที่สุด ทั้งนี้ในปี 2562 ประเทศไทยมีค่าเฉลี่ย PM 2.5 ในอันดับที่ 28 จาก 98 ประเทศ โดยมีค่า PM 2.5 ที่ 24.3 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ลดลง 5 อันดับ จากอันดับที่ 23 จาก 73 ประเทศ ในปี 2561 (26.4 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) หากเปรียบเทียบเป็นรายจังหวัด/เมือง ประเทศไทยอยู่อันดับที่ 33 โดยจังหวัดที่มีค่า PM 2.5 โดยเฉลี่ยสูงที่สุดคือ กรุงเทพฯ (22.8 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) ลดลงจากอันดับที่ 24 ในปี 2561 (25.2 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) และ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย PM 2.5 ในกลุ่มประเทศอาเซียน พบว่า ค่าเฉลี่ย PM 2.5 ของประเทศไทย อยู่ในลำดับที่ 4 รองจากอินโดนีเซีย เวียดนาม และเมียนมาร์ อย่างไรก็ตาม แม้ค่าเฉลี่ย PM 2.5 ต่อปีของเมืองจะดีขึ้นในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา แต่กรุงเทพมหานคร ยังคงมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกถึงสี่เท่า ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนในกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคผิวหนัง ระบบตา และมะเร็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สตรีมีครรภ์ เด็ก ผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งจากรายงานการศึกษาเรื่อง “มลพิษทางอากาศ: การประเมินการสัมผัสและภาระโรค” ประจำปี 2559 ขององค์การอนามัยโลก พบว่าประชากรไทย จำนวน 22,375 คน เสียชีวิตจากมลพิษทางอากาศ โดยมลพิษทางอากาศมีสาเหตุส่วนใหญ่จาก PM 2.5 ที่เกิดจากควันพิษจากการจราจรและการคมนาคม ฝุ่นจากการเผาในที่โล่ง ฝุ่นละอองจากภาคอุตสาหกรรมและการก่อสร้าง และหมอกควันข้ามแดน นอกจากนี้ มลพิษทางอากาศส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับฤดูกาล โดยจะสูงสุดในช่วงฤดูแล้งตั้งแต่เดือนธันวาคมถึงเมษายน โดยประเทศไทยได้กำหนดการแก้ไขปัญหาหมอกควันข้ามแดนเป็นวาระแห่งชาติ ได้จัดทำแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ “การแก้ไขปัญหาหมอกควันข้ามแดน” เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินการแก้ไขปัญหาหมอกควันในภาพรวมของประเทศและในพื้นที่วิกฤต

8. โรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ การเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่และภาวะการระบาดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการระบาดมีความซับซ้อน และส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจอย่างรุนแรง พบว่าในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา มีโรคติดต่อเกิดขึ้นใหม่จำนวนมาก ปัจจุบันสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งจากการแพร่ระบาดของทำให้หลายประเทศต้องประกาศปิดพื้นที่เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรคส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และสังคม ต่อเนื่องถึงผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ วิถีชีวิต ที่มีความท้าทายต่อการสร้างเสริมสุขภาพในทศวรรษหน้า

2.2.2 ความสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ของรัฐ

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

ทั้งนี้ ในการจัดทำทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ได้มีการวิเคราะห์ความสอดคล้องเชื่อมโยงในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ไว้ โดยแนวนโยบายสำคัญที่ทุกแผน

จะต้องวางแนวทางการดำเนินงานให้สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี จึงกล่าวได้ว่าการจัดทำแผนการดำเนินงานของ สสส. คำนึงถึงความสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติ โดยยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของ สสส. มีดังนี้

(1) **ยุทธศาสตร์ชาติและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ** ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติทั้ง 6 ยุทธศาสตร์ล้วนสอดคล้องกับการดำเนินงานของ สสส. ทั้งทางตรงและทางอ้อม หากวิเคราะห์รายละเอียดให้มีความจำเพาะมากขึ้น จำเป็นต้องวิเคราะห์ความสอดคล้องเชื่อมโยงจากแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ โดยประเด็นที่มีความเกี่ยวข้องกันกับ สสส. คือ ประเด็นที่ 13 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี เป็นแผนแม่บทให้ความสำคัญกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสุขภาวะ จึงมุ่งเน้นเสริมสร้างการจัดการสุขภาวะในทุกรูปแบบ ที่นำไปสู่การมีศักยภาพในการจัดการสุขภาวะที่ดีได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี และมีทักษะด้านสุขภาวะที่เหมาะสม การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัย สนับสนุนการสร้างสุขภาวะที่ดี การกระจายบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ รวมถึงการพัฒนาและสร้างระบบรับมือปรับตัวต่อโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ

นอกจากนี้ ยังมีประเด็นอื่นๆ ในแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่สอดคล้องทางอ้อมกับภารกิจของ สสส. อีกด้วย เช่น ประเด็นการเกษตรในแผนย่อยเกษตรปลอดภัย ประเด็นอุตสาหกรรมและบริการแห่งอนาคตในแผนย่อยอุตสาหกรรมและบริการทางการแพทย์ครบวงจร ประเด็นพื้นที่และเมืองน่าอยู่ อัจฉริยะ ประเด็นการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิตในทุกแผนย่อย ประเด็นพลังทางสังคมที่มีเป้าหมายให้ประเทศไทยมีความเท่าเทียมและความเสมอภาคในสังคม เป็นต้น

(2) **แผนการปฏิรูปประเทศ** เป็นแผนที่มีการกำหนดประเด็นการปฏิรูปประเทศ ใน 13 ด้าน¹¹ โดยมี 2 ด้านที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับภารกิจและการดำเนินงานของ สสส. ได้แก่

(2.1) แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข มีเป้าประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้เสี่ยงโรคและผู้สูงอายุได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และทันสมัย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น สามารถป้องกันและลดโรคที่สามารถป้องกันได้ พร้อมทั้งผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองและได้รับการบริบาลและรักษาพยาบาลที่มี คุณภาพที่บ้านและในชุมชน โดยกำหนดกิจกรรมปฏิรูปประเทศที่เกี่ยวข้องกับ สสส. ไว้ เช่น กิจกรรมการปฏิรูปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชนและผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่บ้าน/ชุมชน และการดูแลสุขภาพตนเองในระบบสุขภาพปฐมภูมิเชิงนวัตกรรม เป็นต้น

(2.2) แผนการปฏิรูปประเทศด้านสังคม มีเป้าประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาความยากจนและความเหลื่อมล้ำในสังคม การคุ้มครองกลุ่มเปราะบางในสังคม ตลอดจนการสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงทรัพยากรและแหล่งทุนของประชาชน โดยมีกิจกรรมปฏิรูปประเทศที่เกี่ยวข้องกับ สสส. เช่น การมีระบบการออมเพื่อสร้างหลักประกันรายได้หลังวัยเกษียณที่เพียงพอและครอบคลุมในกลุ่มแรงงานทั้งในและนอกระบบ ผลักดันให้มีฐานข้อมูลทางสังคมและคลังความรู้ในระดับพื้นที่ การปฏิรูปการขึ้นทะเบียนคนพิการ การสร้างกลไกที่เอื้อให้เกิดชุมชนเมืองจัดการตนเอง เป็นต้น

(3) **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13** เป็นแผนเพื่อส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยแผนดังกล่าวให้ความสำคัญกับการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคมและด้านการสร้างการเติบโตคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ภายใต้แผนแม่บทการสร้างเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับบริบทการ

¹¹ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2564). “แผนการปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง)”.
26

ดำเนินงานตามแผนของ สสส. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570)¹² ประกอบด้วย 13 หมายเหตุ โดยมีหมายเหตุที่เกี่ยวข้องกับภารกิจและการดำเนินงานของ สสส. ดังนี้

หมายเหตุตามร่างแผนฯ	แผนการดำเนินงานของ สสส.
หมายเหตุที่ 1 ไทยเป็นประเทศชั้นนำด้านสินค้าเกษตรและเกษตรแปรรูปมูลค่าสูง ส่งเสริมการทำเกษตรยั่งยืนที่ตระหนักถึงผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม และส่งเสริมให้ชุมชนสามารถเข้าถึงความมั่นคงอาหาร หมายเหตุที่ 4 ไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาศักยภาพและกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ พัฒนาระบบเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนบริการทางการแพทย์ ปฏิรูประบบเฝ้าระวังและบริหารจัดการโรคระบาด และรักษาคุณภาพสุขภาพ	แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ แผนสุขภาพชุมชน แผนอาหารเพื่อสุขภาพ แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ
หมายเหตุที่ 8 ไทยมีพื้นที่และเมืองอัจฉริยะที่น่าอยู่ ปลอดภัย เติบโตได้อย่างยั่งยืน การแก้ปัญหาของกลุ่มเปราะบางในเมือง ทั้งในภาวะปกติและเมื่อเกิดภัยพิบัติ และเสริมสร้างสมรรถนะการบริหารจัดการพื้นที่ของท้องถิ่นทุกระดับ	แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ แผนสุขภาพชุมชน แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย แผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาพ
หมายเหตุที่ 9 ไทยมีความยากจนข้ามรุ่นลดลง การสนับสนุนครัวเรือนยากจนข้ามรุ่นให้สามารถเลี้ยงดูเด็กได้อย่างมีคุณภาพ และส่งเสริมการจัดตั้งศูนย์เลี้ยงเด็กที่มีคุณภาพใน Setting ต่างๆ รวมถึงการยกระดับความคุ้มครองทางสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ แผนสุขภาพชุมชน แผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว แผนอาหารเพื่อสุขภาพ
หมายเหตุที่ 11 ไทยสามารถลดความเสี่ยงและผลกระทบจากภัยธรรมชาติ และการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ เพิ่มศักยภาพในการรับมือภัยธรรมชาติ และการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ รวมถึงการเพิ่มบทบาทภาคประชาชน ชุมชน และภาคเอกชน ในการอนุรักษ์ฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติ	แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ แผนสุขภาพชุมชน
หมายเหตุที่ 12 ไทยมีกำลังคนสมรรถนะสูง มุ่งเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ตอบโจทย์การพัฒนาแห่งอนาคต การพัฒนาเด็กช่วงตั้งครรภ์ถึงปฐมวัยให้มีพัฒนาการรอบด้าน ให้มีอุปนิสัยที่ดี การพัฒนาผู้สูงอายุให้เป็นพลเมืองมีคุณค่าของสังคม และการพัฒนาระบบนิเวศเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต และสร้างสื่อการเรียนรู้ที่ไม่ทิ้งใครไว้เบื้องหลัง	ภาพรวมสอดคล้องกับทุกแผนการดำเนินงานของ สสส.

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

หมวดหมู่ตามร่างแผนฯ	แผนการดำเนินงานของ สสส.
หมวดหมู่ที่ 13 ไทยมีภาครัฐที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพ และตอบ โจทย์ประชาชน และการปรับเปลี่ยนการให้บริการ และข้อมูลให้ เป็นดิจิทัล	แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ แผนงานฝ่ายสนับสนุน สสส.

2.2.3 ความสอดคล้องกับแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพ

(1) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals: SDGs) การพัฒนาความร่วมมือของนานาชาติเพื่อบูรณาการเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนนับว่ามีความสำคัญต่อระบบสุขภาพและการสร้างสุขภาพที่ดีให้แก่ประชากรโลก โดยมีองค์กรของแต่ละประเทศเป็นกลไกในการขับเคลื่อนเป้าหมาย ทั้งในด้านสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ จนกระทั่งกลายเป็นเครือข่ายความร่วมมือในระดับโลก ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ ตลอดจนชุมชนต่างๆ

การกำหนดยุทธศาสตร์และแผนของประเทศไทยได้นำแนวคิดการพัฒนาที่ยั่งยืนมาใช้ในการกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาประเทศเช่นกัน สสส. ซึ่งเป็นองค์กรที่ดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ จึงได้นำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนมาใช้เป็นแนวคิดสำคัญในการจัดทำทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี แผนหลัก และแผนการดำเนินงานประจำปี เพื่อให้มีความสอดคล้องกับแนวทางสากล และเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานไปพร้อมกับภาคีเครือข่ายในระดับโลก ดังนั้น ในการจัดทำแผนการทำงานของ สสส. จึงได้มีการนำเป้าหมายในภาพรวมและตัวชี้วัดเฉพาะในแต่ละด้านมาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดจุดเน้นและเป้าหมายในการทำงาน เช่น ขจัดความยากจน สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับคนทุกช่วงอายุ ความเท่าเทียมระหว่างเพศ สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี เป็นต้น

(2) แนวคิดในการพัฒนาเศรษฐกิจแบบองค์รวม (BCG Model) ในการจัดทำแผนของกองทุนคำนึงถึงแนวคิดในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมไปควบคู่กัน เนื่องจากเป็นสภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ทั้งเศรษฐกิจชีวภาพ (bio-economy) ที่มุ่งเน้นการใช้ทรัพยากรชีวภาพเพื่อสร้างมูลค่าเพิ่ม เศรษฐกิจหมุนเวียน (circular economy) ที่คำนึงถึงการนำวัสดุหมุนเวียนและกลับมาใช้ประโยชน์ให้ได้มากที่สุด โดยต้องอยู่ภายใต้เศรษฐกิจสีเขียว (green economy) ที่เน้นการพัฒนาเศรษฐกิจควบคู่ไปกับการคำนึงถึงสังคมและรักษาสภาพแวดล้อมอย่างสมดุล เพื่อให้เกิดความยั่งยืนทั้งในทางเศรษฐกิจและสังคมควบคู่กัน ดังนั้น แนวคิดดังกล่าวจึงเป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับการจัดทำแผนและการดำเนินงานของ สสส. ที่มีวัตถุประสงค์สำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตของคนพร้อมกับการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ทั้งในด้านร่างกาย และทางด้านจิตใจรวมทั้งการสร้างความคิดให้คนตระหนักถึงการบริโภคที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความยั่งยืนต่อไปในอนาคต

(3) แนวคิดเพื่อการพัฒนาองค์กรอย่างยั่งยืน (Environment, Social and Governance: ESG) เป็นแนวคิดที่คำนึงถึงความรับผิดชอบต่อองค์กร 3 เรื่อง ได้แก่ สิ่งแวดล้อม สังคม และธรรมาภิบาลที่ต้องมีการกำกับดูแลอย่างเหมาะสม ในฐานะที่ สสส. เป็นองค์กรที่เน้นการทำงานแบบสานและเสริมพลังเครือข่ายให้ร่วมขับเคลื่อนงานไปด้วยกัน การทำงานจึงเน้นการสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วมกับภาคีและองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม ซึ่งแนวคิดในการพัฒนาองค์กรอย่างยั่งยืน ทั้งในส่วนของ สสส. เอง และองค์กรที่เป็นภาคีเครือข่ายจึงเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งในการทำงานของ สสส. ที่ต้องการจะยกระดับองค์กรและภาคีเครือข่ายให้มีศักยภาพในการขับเคลื่อนงานอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น แนวคิดการพัฒนาองค์กรอย่างยั่งยืนจึงเป็นแนวคิดสำคัญที่จะช่วยให้การทำงาน

ของภาคีเครือข่ายแต่ละองค์กรออกแบบการทำงานโดยคำนึงถึงความรับผิดชอบต่อสิ่งแวดล้อม สังคม และธรรมาภิบาล เพื่อสร้างประโยชน์ต่อสังคมโดยรวมและคนในทุกภาคส่วน

2.3 บริบทและแนวนโยบายการจัดทำแผน

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

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

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

แผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) และแผนการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. 2566 ต้องสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปีฯ ทั้งเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์และห่วงโซ่ผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพ (Chain of Outcome for Health Promotion) การกำกับ ติดตาม และประเมินผลที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกัน เพื่อแผนการดำเนินงาน มาตรการ เป้าหมาย และตัวชี้วัด ได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพ

2. สร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดด ด้วยการขยายผลต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพ เร่งความสำเร็จของแผนเชิงพื้นที่ องค์กร และกลุ่มประชากร สามารถนำต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพมาขยายผลการดำเนินงาน ผ่านการผลักดันนโยบาย กระบวนการเรียนรู้ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยให้คำนึงถึงพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร

การดำเนินงานที่ผ่านมาก่อให้เกิดนวัตกรรม ความรู้ และต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้านต่าง ๆ จำนวนมากข้อท้าทายที่สำคัญหนึ่งของการดำเนินงานช่วงต่อไป คือ การยกระดับและขยายผลงานที่มีอยู่ ให้เกิดผลกระทบเชิงสุขภาพกับทุกกลุ่มเป้าหมายตามวิสัยทัศน์ขององค์กรให้เพิ่มทวีมากยิ่งขึ้น ดังนั้น แต่ละแผนจะต้องทำงานร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขยายผลงาน ผ่านกลไกทวิคูณที่สำคัญต่าง ๆ ได้แก่ การผลักดันเข้าสู่นโยบาย เกิดการกำหนดสั่งการตามนโยบายสู่การปฏิบัติ การสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับ

¹³ ตามข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินฯ บทเฉพาะกาลกำหนดให้ใช้ทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ 10 ปี ถึงปีงบประมาณ 2575

สังคมและเครือข่าย เช่น การสร้างศูนย์เรียนรู้จากต้นแบบต่อบุคคลและองค์กรอื่น ๆ และการสื่อสารเพื่อกระตุ้น ชี้นำ สังคมให้เกิดความสนใจ เรียนรู้ และนำไปปฏิบัติตาม หรือด้วยวิธีอื่นใดที่ทำให้เกิดการขยายผลงานนั้นๆ สู่วงกว้าง ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน ได้มากและทั่วถึงยั่งยืนยิ่งขึ้น

ทั้งนี้ จากบทเรียนและการทำงานที่ผ่านมาของ สสส. สามารถให้นิยามการสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดดได้ 3 รูปแบบ ดังนี้

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

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

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

โดยทั้ง 3 รูปแบบต้องอยู่บนพื้นฐานของประสิทธิภาพและความยั่งยืน โดยเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่แม้ สสส. จะไม่ได้ร่วมดำเนินงานหรือให้ทุนแล้ว แต่ประชาชนหรือผู้รับประโยชน์ตามกลุ่มเป้าหมายก็ยังมีพฤติกรรมเช่นนั้นอยู่เพราะเห็นประโยชน์ที่เกิดขึ้นต่อตนเอง ชุมชน และสังคม

3. สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยคำนึงถึงการใช้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำในกลุ่มประชากร เพื่อสร้างและรองรับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านการเรียนรู้ การสื่อสาร การจัดการ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อสร้างเสริมสุขภาพในยุคดิจิทัล

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

4. ให้ความสำคัญกับผลกระทบต่อนื่องจากการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา-2019 และปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอุบัติใหม่ ที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม วิถีชีวิตและสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบาง ให้มีความพร้อมสามารถรับมือกับวิกฤติการณ์ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม

จากการพิจารณาฉันทันของผลกระทบของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่คาดว่าจะผลกระทบต่อสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประชาชนจะค่อยๆ ฟื้นตัว และนำไปสู่ภาวะปกติใหม่ในระยะ 1-5 ปี ข้างหน้า อย่างไรก็ตาม ยังคงต้องมีการเตรียมความพร้อมของประชาชนให้สามารถรับมือสถานการณ์

ที่อาจจะส่งผลกับพฤติกรรม สังคมและสิ่งแวดล้อมในการสร้างเสริมสุขภาพ หรือนำไปสู่ปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่ในอนาคต ดังนั้นในการจัดทำแผนการดำเนินงาน การกำหนดจุดเน้นของแผนและแนวทางการดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมาย ให้แผนวิเคราะห์ข้อมูลถึงผลกระทบของสถานการณ์หลังการแพร่ระบาดฯ ที่จะส่งผลต่อโอกาสและข้อจำกัดในการดำเนินงาน และแนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีและกลุ่มเป้าหมายในการรับมือสถานการณ์หลังวิกฤติการณ์นี้ด้วย โดยเฉพาะในประชากรกลุ่มเปราะบางที่มีแนวโน้มจะได้รับผลกระทบหนักและถาวร และมีศักยภาพในการฟื้นฟูตนเองที่ต่ำกว่าประชาชนทั่วไป

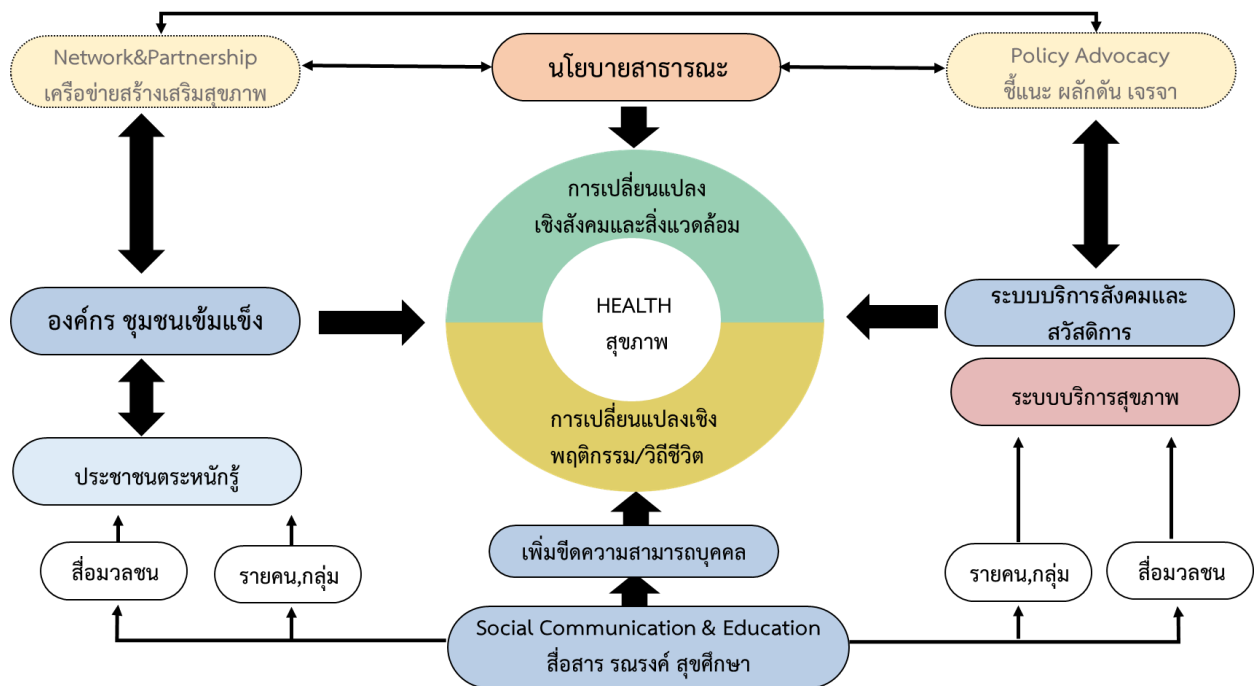
5. ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพ และการเชื่อมโยงเครือข่ายการทำงาน เพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ ระดับชาติและสากล ทั้งในเชิงผลักดันนโยบาย การประสานทรัพยากร และงานวิชาการ ส่งเสริมบทบาทนำ ภาพลักษณ์ และความรับผิดชอบงานด้านสร้างเสริมสุขภาพของไทยในประชาคมโลก เพื่อสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพโลกของประเทศไทย (พ.ศ. 2564-2570)

การดำเนินงานของกองทุนฯ ที่สองทศวรรษที่ผ่านมา นอกจากการทำงานขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพภายในประเทศแล้ว กระบวนการทำงานและผลงานของ สสส. ยังเป็นที่ยอมรับและเป็นบทเรียนการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในระดับนานาชาติ ทั้งยังมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับสากลในหลายเรื่องรวมทั้งการช่วยขยายกลไกการเงินเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในหลายประเทศ การยอมรับในระดับนานาชาติแสดงออกมาทั้งการเสนอแนะโดยคณะทำงานของสหประชาชาติด้านโรคไม่ติดต่อให้เป็นต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลางของโลก และการได้รับการคัดเลือกจากที่ประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก ให้รับรางวัล Nelson Mandela Award for Health Promotion ปี 2564 ที่มอบเป็นครั้งที่ 2 ของโลก ในการเริ่มเข้าสู่ทศวรรษที่สามของกองทุนฯ อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมโลกที่กำหนดสุขภาพประชาชนไทยเพิ่มสูงขึ้น ทั้งจากการเชื่อมโยงของโลกเข้าหากันในทุกมิติ โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจการค้า ความมั่นคงและการพัฒนา ดังนั้น นอกจาก สสส. ควรจะยังคงบทบาทนำในการขับเคลื่อนผลักดันนโยบาย และงานวิชาการและพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไปแล้ว ยังต้องพิจารณาถึงบทบาทของการเป็นผู้ประสานภาคีเครือข่ายและแหล่งทุนทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่ เพื่อนำมาสนับสนุนต่อยอดการทำงานสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างกว้างขวางเพิ่มขึ้นทั้งในประเทศและในสากล โดยพิจารณาให้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพโลกของประเทศไทย (พ.ศ. 2564-2570) ที่ สสส. และภาคีด้านสุขภาพโลกได้ร่วมกันพัฒนาขึ้น

2.4 รูปแบบการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

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

ภาพที่ 2.1 กรอบทำงานการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Working Model)



สุขภาพที่ดีของบุคคลแต่ละคนต้องเกิดจากการปรับพฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิตของตนเองโดยมีสังคมและสภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยร่วมที่ก่อให้เกิดการมีพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องยั่งยืน หลักการสำคัญข้างต้นนำมาซึ่งรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพตามรูปภาพที่ 2.1 โดยที่มีสุขภาพของบุคคลเป็นแกนกลางเป็นเป้าหมายหลักของการทำงานที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิถีชีวิตของบุคคลประกอบกับการได้อยู่ในสังคมหรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพะ

พฤติกรรม สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยหลักในการกำหนดว่าบุคคลคนนั้นจะมีสุขภาพที่ดีหรือไม่ดี การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สังคม และสิ่งแวดล้อมต้องทำงานเชื่อมประสานกับกลไกการทำงานของหลายภาคส่วน คือ (1) การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ เพื่อให้เกิดนโยบายกฎหมายหรือแนวปฏิบัติที่ทำให้เกิดสังคมและสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการมีสุขภาพะ (2) การสานพลังองค์กร ชุมชนให้เข้มแข็งมีศักยภาพในการพัฒนารูปแบบของการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กร หรือชุมชนของตนเองได้ (3) การปรับระบบบริการด้านสังคมและสุขภาพให้เกิงานเชิงรุกด้านการสร้างเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับปรัชญาการทำงาน “สร้าง นำ ช่อม” (4) การพัฒนาขีดความสามารถของบุคคลให้เกิดทัศนคติ และมีทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืนผ่านการสื่อสารรณรงค์ที่ใช้องค์ความรู้ด้านการตลาดเพื่อสังคมช่วยชี้นำ เพื่อสร้างความตระหนักรู้ ความเข้าใจ และสร้างแรงสนับสนุนต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้เกิดการยอมรับในการพัฒนานโยบายหรือกฎหมายที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะส่งผลต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนในท้ายที่สุด

2.5 งบประมาณ

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

กรอบนโยบายทางการเงิน

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

1. รักษาปริมาณเงินทุนให้มีสภาพคล่องและเพียงพอต่อภาระผูกพัน
2. รักษาเงินทุนสำรองเพื่อรองรับความผันผวนที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต (1,000-1,500 ล้านบาท)¹⁴
3. รักษายอดเงินรวมผูกพันโครงการต่างๆ มิให้มีเงินคงเหลือสุทธิของกองทุนมากเกินไปโดยไร้เหตุผลอันสมควร
4. การบริหารจัดการเงินที่ยังไม่ถึงกำหนดเบิกจ่ายให้เกิดผลตอบแทนที่เหมาะสม

กระบวนการในการจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณ

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

1. สำนักงานกองทุน ได้แต่งตั้งคณะทำงานพิจารณาทบทวนกรอบวงเงินงบประมาณของกองทุน โดยมีองค์ประกอบ คือ ตัวแทนคณะกรรมการนโยบายการเงิน 2 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านเศรษฐศาสตร์ (บุคคลภายนอก) 1 ท่าน และบุคลากรสำนักงานกองทุน 3 ท่าน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินจากการพยากรณ์รายได้ภาษี จัดทำหรือทบทวนประมาณการรายได้และรายจ่ายของกองทุน และเสนอต่อผู้จัดการกองทุน คณะกรรมการนโยบายการเงิน และคณะกรรมการกองทุน ตามลำดับ
2. การจัดทำพยากรณ์รายได้และรายจ่ายของกองทุนครั้งนี้ได้ทำการพยากรณ์ภายใต้สมมติฐานในหลายรูปแบบ เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ทางเศรษฐกิจและพฤติกรรมผู้บริโภค บุหรี่ สุรา และเบียร์ ในปัจจุบันของประเทศไทย ร่วมกับการใช้ข้อมูลจากกรมสรรพสามิตและข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และได้คำนึงถึงปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อประมาณการรายได้กองทุน ดังนี้

¹⁴ สำนักงานกองทุนได้ทำการทบทวนระดับวงเงินทุนสำรองที่เหมาะสม เพื่อรองรับความผันผวนที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต พบว่าระดับวงเงิน 1,000-1,500 ล้านบาท ยังคงมีความเหมาะสม และในการประชุมคณะกรรมการกองทุนครั้งที่ 8/2564 วันที่ 19 สิงหาคม 2564 ได้เห็นชอบให้คงระดับเงินทุนสำรองไว้ที่ 1,000-1,500 ล้านบาท และให้ทบทวนระดับเงินทุนสำรองเพื่อรองรับความผันผวนที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคตในเวลาใดเวลาหนึ่งที่เห็นว่าเหมาะสม ในทุก ๆ ช่วงเวลา 3 ปี

- สถานการณ์ต่างๆ ที่น่าจะส่งผลต่อการบริโภคบุหรี่ย สุรา และเบียร์ ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ท่องเที่ยวและเศรษฐกิจ เช่น สถานการณ์โควิด-19 และสภาวะความตึงเครียดระหว่างรัสเซียและยูเครน
 - ข้อมูลรายเดือน รายไตรมาส และรายปีของมูลค่าภาษีที่จัดเก็บได้ รวมถึงปริมาณและอัตราภาษีของบุหรี่ย สุรา และเบียร์
 - ข้อมูลราคาน้ำมันดิบ, การบริโภคของภาคเอกชนและประชาชน (consumption), การลงทุนของภาคเอกชน (investment), การใช้จ่ายของรัฐบาลหรือการลงทุนภาครัฐตามนโยบายต่างๆ (government spending), การส่งออก (export) และการนำเข้า (import)
 - การบังคับใช้มาตรการต่างๆ ตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน และมาตรการกระตุ้นทางเศรษฐกิจของภาครัฐ
 - การพึ่งพานักท่องเที่ยวจากต่างประเทศ และนโยบายการเปิดประเทศ
3. หลักการในการจัดทำกรอบเงินงบประมาณของกองทุน ดังนี้
- 3.1 เงินที่กองทุนจะสามารถเบิกจ่ายได้ในแต่ละปีจะพิจารณาจากประมาณการรายได้ภาษีตาม “ผลการพยากรณ์ประมาณการรายได้” รวมกับประมาณการรายได้อื่น
 - 3.2 รักษาระดับเงินทุนสำรองคงเหลือแต่ละปีภายในวงเงินที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด คือ 1,000–1,500 ล้านบาท
 - 3.3 ประมาณการรายจ่าย มาจาก 2 ส่วนคือ งบเบิกจ่ายสำนักงาน และงบเบิกจ่ายอุดหนุนโครงการ โดยแบ่งเป็นกรอบเบิกจ่ายโครงการใหม่ และโครงการต่อเนื่อง
 - 3.4 จัดทำกรอบเงินอนุมัติโครงการใหม่ โดยคำนึงถึงยอดเบิกจ่ายโครงการใหม่ในปีงบประมาณและภาระผูกพันที่จะเกิดขึ้นในปีงบประมาณถัดไป
 - 3.5 งบประมาณรายจ่ายเพื่อบริหารจัดการสำนักงานจะต้องไม่เกินร้อยละ 15 ของงบประมาณรายจ่ายประจำปีของกองทุน
4. หากมีสถานการณ์อันอาจส่งผลกระทบต่อรายได้และค่าใช้จ่ายอย่างมีนัยสำคัญ ให้สำนักงานกองทุน เสนอคณะกรรมการกองทุนเพื่อพิจารณาทบทวนกรอบเงินงบประมาณให้สอดคล้องกับสถานการณ์ต่อไป

สาระสำคัญของงบประมาณและความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับงบประมาณรายจ่าย สำหรับการจัดทำแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570)

คำอธิบายเกี่ยวกับประมาณการรายได้

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

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

วิธีการในการพยากรณ์รายได้ของกองทุน มีกระบวนการดังนี้

1. พยากรณ์ปริมาณบุหรี่ สุรา และเบียร์ ด้วยวิธี recursive forecasting
2. ในกระบวนการพยากรณ์ทั้งหมดได้พิจารณาความถี่ของข้อมูลต่างๆ เพื่อเช็ค consistency ของผลการพยากรณ์ โดยทำการประเมินความถี่ตั้งแต่ รายเดือน รายไตรมาส และรายครึ่งปี
3. รวมมูลค่าของสินค้าทุกชนิด เพื่อประมาณการภาษีของรัฐทั้งหมด
4. ทำการประเมินรายได้ของกองทุน โดยคิดเป็นร้อยละ 2 ของรายได้จากภาษีบุหรี่ สุรา และเบียร์ ที่คาดว่าจะรัฐบาลจะเก็บได้
5. เนื่องจากมีสถานการณ์อาจจะส่งผลต่อการบริโภคบุหรี่ สุรา และเบียร์ ไม่ว่าจะเป็น สถานการณ์ท่องเที่ยว สภาพเศรษฐกิจ นโยบายมาตรการช่วยเหลือเยียวยาภาครัฐ ราคา น้ำมัน และโควิด-19 ดังนั้นในการพยากรณ์จึงได้คำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้เข้ามาร่วมวิเคราะห์ในแบบจำลองด้วย
6. การพยากรณ์รายได้ภาษีของกองทุน ได้ทำการพยากรณ์ตามฉากทัศน์ต่างๆ ที่ได้ประเมินผล การพยากรณ์ที่น่าจะเป็นไปได้จากฉากทัศน์ผ่านมุมมองทั้งหมด 3 สถานการณ์ คือ
 - 7.1 สถานการณ์ดีที่สุด (best case) คือ สถานการณ์โควิด-19 จะคลี่คลายและกลับสู่ สถานการณ์ปกติทันที (ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2565 เป็นต้นไป) และสถานการณ์ราคาน้ำมันโลกโดยรวมอยู่ในสภาวะปกติ โดยเศรษฐกิจอยู่ในเกณฑ์ดีเหมือนก่อนหน้าปี 2562
 - 7.2 สถานการณ์ปกติ (normal case) คือ สถานการณ์โควิด-19 มีโอกาสคลี่คลายในครึ่งปี หลังของปี 2565 (ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2565 เป็นต้นไป) โดยเศรษฐกิจมีแนวโน้มฟื้นตัวอย่างจำกัด จากการเปิดประเทศยังไม่เต็มที่ และจำนวนนักท่องเที่ยวยังไม่กลับมาเหมือนก่อนเกิดโควิด-19 จากการพึ่งพานักท่องเที่ยวจีนและญี่ปุ่นที่มีนโยบายการเปิดประเทศอย่างจำกัด รวมถึงสถานการณ์ราคาน้ำมันโลกโดยภาพรวมอยู่ในสภาวะปกติ

7.3 สถานการณ์แย่ที่สุด (worst case) คือ สถานการณ์โควิด-19 หรือสถานการณ์วิกฤตอื่นส่งผลกระทบต่อรายได้ภาษีของกองทุนอย่างต่อเนื่อง และมีผลกระทบจากราคาน้ำมันเฉลี่ยในระดับ 100 เหรียญดอลลาร์สหรัฐ เฉพาะในปีงบประมาณ 2565 โดยสถานการณ์ราคาน้ำมันจะคลี่คลายในปี 2566 เป็นต้นไป

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

หน่วย: ล้านบาท

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

หลังจากนั้นได้นำผลการพยากรณ์รายได้ภาษีของกองทุน ทั้ง 3 สถานการณ์มาวิเคราะห์กรอบวงเงินงบประมาณสำหรับการจัดทำแผนหลัก 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) มีรายละเอียดดังนี้

	สถานการณ์ดีที่สุด (Best Case)					สถานการณ์ปกติ (Normal Case)					สถานการณ์แย่ที่สุด (Worst Case)				
	2566	2567	2568	2569	2570	2566	2567	2568	2569	2570	2566	2567	2568	2569	2570
วงเงินอนุมัติโครงการใหม่	4,350.17	4,486.05	4,651.05	4,272.56	4,249.35	4,051.90	4,157.02	4,211.81	4,114.26	4,140.45	3,933.66	4,017.54	4,092.54	4,017.02	3,980.10

รายได้เงินบำรุงกองทุน	4,370.99	4,414.77	4,587.76	4,243.92	4,267.80	4,067.53	4,076.25	4,130.72	4,077.31	4,151.85	3,947.23	3,932.75	4,006.62	3,974.97	3,981.13
รายได้อื่น	208.81	201.18	213.68	207.89	207.58	208.81	201.18	213.68	207.89	207.58	208.81	201.18	213.68	207.89	207.58
รายได้จากการดำเนินงาน 2 BU	28.00	34.00	41.00	45.00	49.00	28.00	34.00	41.00	45.00	49.00	28.00	34.00	41.00	45.00	49.00
รายได้รวม	4,607.80	4,649.95	4,842.44	4,496.81	4,524.38	4,304.34	4,311.43	4,385.40	4,330.20	4,408.43	4,184.04	4,167.93	4,261.30	4,227.86	4,237.71
ค่าใช้จ่ายอุดหนุนโครงการ	4,130.96	4,163.55	4,343.58	3,982.46	3,992.32	3,827.50	3,825.03	3,886.54	3,815.85	3,876.37	3,707.20	3,681.53	3,762.44	3,713.51	3,705.65
เบิกจ่ายโครงการใหม่	1,805.32	1,861.71	1,930.19	1,773.11	1,763.48	1,681.53	1,725.16	1,747.90	1,707.42	1,718.28	1,632.46	1,667.28	1,698.41	1,667.06	1,651.74
เบิกจ่ายโครงการต่อเนื่อง	2,325.64	2,301.84	2,413.39	2,209.35	2,228.84	2,145.97	2,099.87	2,138.64	2,108.43	2,158.09	2,074.74	2,014.25	2,064.03	2,046.45	2,053.91
งบบุคลากร	201.20	215.20	229.50	249.50	261.50	201.20	215.20	229.50	249.50	261.50	201.20	215.20	229.50	249.50	261.50
งบบุคลากร 2 BU	20.70	23.50	25.90	28.30	30.50	20.70	23.50	25.90	28.30	30.50	20.70	23.50	25.90	28.30	30.50
งบดำเนินงาน	194.57	187.44	187.28	187.83	193.70	194.57	187.44	187.28	187.83	193.70	194.57	187.44	187.28	187.83	193.70
งบลงทุน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ค่าเสื่อมราคา	60.37	60.26	56.18	48.72	46.36	60.37	60.26	56.18	48.72	46.36	60.37	60.26	56.18	48.72	46.36
ค่าใช้จ่ายรวม	4,607.80	4,649.95	4,842.44	4,496.81	4,524.38	4,304.34	4,311.43	4,385.40	4,330.20	4,408.43	4,184.04	4,167.93	4,261.30	4,227.86	4,237.71
รายรับสูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

เงินทุนสำรองเพื่อลงทุนปลายงวด	1,386.02	1,413.18	1,440.88	1,469.12	1,497.92	1,386.02	1,413.18	1,440.88	1,469.12	1,497.92	1,386.02	1,413.18	1,440.88	1,469.12	1,497.92
เงินทุนที่ยังไม่ถึงกำหนดเบิกจ่าย	470.01	530.27	586.45	635.17	681.53	257.88	318.14	374.32	423.04	469.40	66.65	126.91	183.09	231.81	278.17
เงินทุนหมุนเวียนปลายงวด	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00
สถานะเงินปลายงวด ณ สิ้นปี	2,056.03	2,143.45	2,227.33	2,304.29	2,379.45	1,843.90	1,931.32	2,015.20	2,092.16	2,167.32	1,652.67	1,740.09	1,823.97	1,900.93	1,976.09
ค่าใช้จ่ายบริหารสำนักงาน ข้อ 14 (2.1)	410.47	420.29	436.18	459.07	478.49	410.47	420.29	436.18	459.07	478.49	410.47	420.29	436.18	459.07	478.49
ค่าใช้จ่ายบริหารสำนักงานต่องบประมาณทั้งหมด (ร้อยละ)	8.91%	9.04%	9.01%	10.21%	10.58%	9.54%	9.75%	9.95%	10.60%	10.85%	9.81%	10.08%	10.24%	10.86%	11.29%

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

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

1. กรอบวงเงินงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
 - (1) วงเงินอนุมัติโครงการใหม่ จำนวน 4,051.90 ล้านบาท
 - (2) วงเงินเบิกจ่ายอุดหนุนโครงการ จำนวน 3,827.50 ล้านบาท
 - (3) วงเงินค่าใช้จ่ายบุคลากรและบริหารจัดการสำนักงาน จำนวน 416.47 ล้านบาท
2. กรอบวงเงินงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567
 - (1) วงเงินอนุมัติโครงการใหม่ จำนวน 4,157.02 ล้านบาท
 - (2) วงเงินเบิกจ่ายอุดหนุนโครงการ จำนวน 3,825.03 ล้านบาท
 - (3) วงเงินค่าใช้จ่ายบุคลากรและบริหารจัดการสำนักงาน จำนวน 426.14 ล้านบาท
3. กรอบวงเงินงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
 - (1) วงเงินอนุมัติโครงการใหม่ จำนวน 4,211.81 ล้านบาท
 - (2) วงเงินเบิกจ่ายอุดหนุนโครงการ จำนวน 3,886.54 ล้านบาท
 - (3) วงเงินค่าใช้จ่ายบุคลากรและบริหารจัดการสำนักงาน จำนวน 442.68 ล้านบาท
4. กรอบวงเงินงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569
 - (1) วงเงินอนุมัติโครงการใหม่ จำนวน 4,114.26 ล้านบาท
 - (2) วงเงินเบิกจ่ายอุดหนุนโครงการ จำนวน 3,815.85 ล้านบาท
 - (3) วงเงินค่าใช้จ่ายบุคลากรและบริหารจัดการสำนักงาน จำนวน 465.63 ล้านบาท
5. กรอบวงเงินงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2570
 - (1) วงเงินอนุมัติโครงการใหม่ จำนวน 4,140.45 ล้านบาท
 - (2) วงเงินเบิกจ่ายอุดหนุนโครงการ จำนวน 3,876.37 ล้านบาท
 - (3) วงเงินค่าใช้จ่ายบุคลากรและบริหารจัดการสำนักงาน จำนวน 485.70 ล้านบาท

ซึ่งจากกรอบวงเงินงบประมาณดังกล่าวจะทำให้กองทุนสามารถรักษาวินัยทางการเงินไว้ได้ในอนาคต รวมถึงได้คำนึงถึงข้อสังเกตของหน่วยตรวจสอบและการรองรับความเสี่ยงด้านรายได้ไว้ด้วยแล้ว

**กรอบวงเงินงบประมาณประจำปี พ.ศ.2566-2570 ของกองทุน โดยจัดทำเป็นระยะเวลา 5 ปี ที่
คณะกรรมการกองทุนพิจารณาเห็นชอบ มีรายละเอียดดังนี้**

	2564(A)	2565(P)	2566	2567	2568	2569	2570
วงเงินอนุมัติโครงการใหม่	2,938.24	3,844.70	4,051.90	4,157.02	4,211.81	4,114.26	4,140.45
รายได้เงินบำรุงกองทุน	4,096.06	4,038.26	4,067.53	4,076.25	4,130.72	4,077.31	4,151.85
รายได้อื่น	163.68	231.05	208.81	201.18	213.68	207.89	207.58
รายได้จากการดำเนินงาน 2 BU	3.08	13.45	28.00	34.00	41.00	45.00	49.00
รายได้รวม	4,262.82	4,282.76	4,304.34	4,311.43	4,385.40	4,330.20	4,408.43
ค่าใช้จ่ายอุดหนุนโครงการ	3,432.06	4,088.35	3,827.50	3,825.03	3,886.54	3,815.85	3,876.37
เบิกจ่ายโครงการใหม่	1,022.22	1,596.23	1,681.53	1,725.16	1,747.90	1,707.42	1,718.28
เบิกจ่ายโครงการต่อเนื่อง	2,409.84	2,492.12	2,145.97	2,099.87	2,138.64	2,108.43	2,158.09
งบบุคลากร	171.54	193.85	201.20	215.20	229.50	249.50	261.50
งบบุคลากร 2 BU	1.82	-	20.70	23.50	25.90	28.30	30.50
งบดำเนินงาน	115.12	186.09	194.57	187.44	187.28	187.83	193.70
งบลงทุน	7.00	34.00	-	-	-	-	-
ค่าเสื่อมราคา	60.96	52.08	60.37	60.26	56.18	48.72	46.36
ค่าใช้จ่ายรวม	3,788.50	4,554.37	4,304.34	4,311.43	4,385.40	4,330.20	4,408.43
รายรับสูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ	474.32	-271.61	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

เงินทุนสำรองเพื่อลงทุนปลายงวด	1,333.24	1,359.37	1,386.02	1,413.18	1,440.88	1,469.12	1,497.92
เงินทุนที่ยังไม่ถึงกำหนดเบิกจ่าย	535.28	115.75	257.88	318.14	374.32	423.04	469.40
เงินทุนหมุนเวียนปลายงวด	-	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00
สถานะเงินปลายงวด ณ สิ้นปี	1,868.52	1,652.67	1,843.90	1,931.32	2,015.20	2,092.16	2,167.32
ค่าใช้จ่ายบริหารสำนักงาน ข้อ 14 (2.1)	288.48	379.94	410.47	420.29	436.18	459.07	478.49
ค่าใช้จ่ายบริหารสำนักงานต่อ งบประมาณทั้งหมด (ร้อยละ)	7.61%	8.34%	9.54%	9.75%	9.95%	10.60%	10.85%

**แนวทางการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2570 จำแนกราย
แผน**

การจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในการดำเนินงานตามแผนหลัก 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) ได้คำนึงถึง
ความสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายกองทุน ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) กรอบนโยบายการจัดทำแผน
หลัก 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) ทั้ง 5 ข้อจากคณะกรรมการกองทุน สอดคล้องกับห่วงโซ่ผลลัพธ์การสร้างเสริม
สุขภาพ (CoO 1-7) รวมถึงการตอบสนองยุทธศาสตร์ชาติ นโยบายรัฐบาล และความจำเป็นเร่งด่วนของ
ประเด็นปัญหาสุขภาพตามลำดับของภาระโรค ตลอดจนประสิทธิภาพการอนุมัติและการเบิกจ่ายรายแผน และ
ปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย

การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2570

จำแนกรายแผน รวม 15 แผน 1 งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง และ 1 งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน

หน่วย : ล้านบาท

		2566	2567	2568	2569	2570
1	แผนควบคุมยาสูบ	310.00	320.00	330.00	320.00	320.00
2	แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	320.00	330.00	350.00	330.00	330.00
3	แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม	270.00	250.00	240.00	250.00	240.00
4	แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	220.00	230.00	240.00	240.00	240.00
5	แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ	310.00	320.00	340.00	300.00	310.00
6	แผนสุขภาพชุมชน	340.00	350.00	320.00	330.00	320.00
7	แผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว	225.00	220.00	225.00	220.00	220.00
8	แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร	130.00	140.00	140.00	150.00	160.00
9	แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	220.00	230.00	250.00	250.00	250.00
10	แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาพทางปัญญา	200.00	205.00	210.00	210.00	210.00
11	แผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาพ	340.00	350.00	350.00	340.00	340.00
12	แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	180.00	185.00	185.00	190.00	180.00
13	แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	165.00	145.00	140.00	155.00	120.00
14	แผนอาหารเพื่อสุขภาพ	150.00	150.00	150.00	150.00	160.00
15	แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพ	470.00	480.00	480.00	480.00	480.00
	รวม 15 แผน	3,850.00	3,905.00	3,950.00	3,915.00	3,880.00
16	งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง	201.90	252.02	261.81	199.26	260.45
	รวมงบประมาณสนับสนุนโครงการ	4,051.90	4,157.02	4,211.81	4,114.26	4,140.45
17	งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน	416.47	426.14	442.68	465.63	485.70
	รวมงบประมาณทั้งหมด	4,468.37	4,583.16	4,654.49	4,579.89	4,626.15

2.6 การบริหารจัดการและการกำกับติดตามและประเมินผล

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

2.6.1 ด้านนโยบายและการกำกับดูแลกองทุน

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

ด้านการกำกับติดตาม สสส. มีแนวทางในการกำกับดูแลแผนงาน/โครงการต่างๆ ซึ่งแบ่งตามขนาดของวงเงินงบประมาณ โดยเฉพาะกรณีแผนงาน/โครงการที่มีวงเงินงบประมาณสูงหรือมีความสำคัญ คณะกรรมการบริหารแผนจะแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศ เพื่อกำกับดูแล ชี้แนะ กำกับทิศทาง และกำหนดกรอบในการประเมินผลแผนงาน/โครงการ นอกจากนั้น สสส. ยังมีการพัฒนาระบบและกลไกเพื่อช่วยสนับสนุนการกำกับติดตามแผนงาน/โครงการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การกำหนดเงื่อนไขการเบิกจ่ายเงินงวด การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อติดตามผลการดำเนินงาน การมีกระบวนการติดตามงานระดับแผนและแผนงานโดยคณะกรรมการบริหารแผน การตรวจเยี่ยมแผนงาน/โครงการ และการตรวจสอบและพัฒนา

2.6.2 ด้านการบริหารจัดการกองทุน และการนำนโยบายไปปฏิบัติ

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

- 1) สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก
- 2) สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ
- 3) สำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชน
- 4) สำนักสนับสนุนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว
- 5) สำนักสร้างเสริมวิถีสุขภาพ
- 6) สำนักสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาพ
- 7) สำนักสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ
- 8) สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร
- 9) สำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ
- 10) สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสังคม
- 11) สำนักสร้างเสริมระบบสื่อและสุขภาวะทางปัญญา
- 12) สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์

- 13) สำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์
- 14) สำนักสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม
- 15) สำนักวิชาการและนวัตกรรม
- 16) ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ
- 17) ฝ่ายอำนวยการ
- 18) ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ
- 19) ฝ่ายสื่อสารองค์กร
- 20) ฝ่ายบริหารงานบุคคล
- 21) ฝ่ายบัญชีและการเงิน
- 22) ฝ่ายติดตามและประเมินผล

โดยแต่ละสำนัก/ฝ่ายดำเนินการศึกษา วิเคราะห์สถานการณ์ วิเคราะห์ช่องว่างจากผลการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาระบบและวิธีการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ สนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะ ชีตความสามารถของบุคลากรและภาคีเครือข่าย ส่งเสริมให้มีการจัดการความรู้ รวบรวม จัดเก็บบทเรียน ผลงานทางวิชาการ เผยแพร่ ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากความรู้ดังกล่าวทั้งภายในองค์กร สสส. และแก่สาธารณชน ทั้งนี้การบริหารจัดการแผนงาน/โครงการ นั้น สสส. เปรียบเสมือนเป็นเพียงน้ำมันหล่อลื่นที่สำคัญ โดยมีภาคีเครือข่ายซึ่งไม่ได้อยู่ในโครงการสร้างของสำนักงาน เป็นผู้ขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้งในส่วนของโครงการและกิจกรรมต่างๆ เป็นกัลยาณมิตรที่มีบทบาทในการร่วมคิด ร่วมเรียนรู้ ร่วมพัฒนา ตลอดจนร่วมลงทุนด้วยในบางกรณี เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายอันมีประชาชนเป็นผู้รับประโยชน์สูงสุด

กลไกและแนวทางการนำแผนหลักไปสู่การปฏิบัติ กำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผน หรือ คณะอนุกรรมการด้านต่างๆ การปฏิบัติตามแผนหลักจะดำเนินงานโดยอาศัยความร่วมมือจากภาคีหลักและภาคียุทธศาสตร์ ผ่านกระบวนการพัฒนาชุดโครงการหรือโครงการร่วมกันกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนของ สสส. ซึ่งเป็นการจุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลัง ให้แก่ภาคีหลักและภาคียุทธศาสตร์ในการดำเนินงานตามแนวปฏิบัตินั้นจะมีกระบวนการพิจารณาทบทวนความเหมาะสม และความสอดคล้องของข้อเสนอชุดโครงการ หรือโครงการกับวัตถุประสงค์ตามมาตรา 5 แห่ง พ.ร.บ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 รวมทั้งความสอดคล้องกับ ทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปี แผนหลักระยะ 5 ปี และแผนการดำเนินงานประจำปี ต่อจากนั้นสำนักงานจึงจะทำการเสนอเพื่อพิจารณาขอรับการอนุมัติสนับสนุนชุดโครงการหรือโครงการในแต่ละระดับต่อไป ขั้นตอนการดำเนินงานเหล่านี้เป็นไปตามระเบียบ ข้อบังคับของกองทุน สสส. ซึ่งกำหนดให้เป็นความรับผิดชอบร่วม (shared accountability) ระหว่างสำนักงาน คณะกรรมการบริหารแผน ผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งภาคีหลักกับภาคียุทธศาสตร์ ที่จะกลั่นกรองโครงการให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์กองทุนและแผนหลัก รวมทั้งยังสามารถปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดประสิทธิผลต่อไป

2.6.3 ด้านการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นองค์การของรัฐที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติเฉพาะ และกำหนดให้กองทุนมีอำนาจในการจัดเก็บเงินบำรุงกองทุนในอัตราร้อยละ 2 โดยตรงจากผู้เสียภาษีสุราและยาสูบ โดยไม่ต้องผ่านกลไกการจัดทำงบประมาณแผ่นดิน ส่งผลให้กองทุนต้องมีกลไกการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลมากกว่าส่วนราชการหรือหน่วยงานของรัฐอื่น ๆ ได้แก่ การตรวจสอบจากสำนักงาน

การตรวจเงินแผ่นดิน และต้องมีการรายงานผลการดำเนินงานประจำปีต่อคณะรัฐมนตรี สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภา รวมทั้งมีการกำกับดูแลโดยคณะกรรมการพัฒนาและส่งเสริมองค์การมหาชน (กพม.) ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) และการกำกับดูแลโดยคณะกรรมการนโยบายการบริหารทุนหมุนเวียน กระทรวงการคลัง นอกจากนี้ พระราชบัญญัติกองทุนได้กำหนดให้มีคณะกรรมการประเมินผล ที่เป็นอิสระจากคณะกรรมการกองทุน โดยได้รับการแต่งตั้งจากคณะรัฐมนตรี ทำหน้าที่กำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนในภาพรวม ตามอำนาจหน้าที่ที่ระบุไว้ใน พ.ร.บ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 มาตรา 38 ด้วย

การกำกับติดตามและประเมินผลกองทุน ในส่วนภายในของกองทุน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

- (1) ระดับองค์การ โดยคณะกรรมการประเมินผล และคณะกรรมการกองทุน
- (2) ระดับแผนหลัก โดยคณะกรรมการกองทุน และคณะกรรมการบริหารแผน และ
- (3) ระดับแผนงาน ชุดโครงการ และโครงการ โดยสำนักงาน

โดยมีกลไกการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานที่สำคัญ 2 กลไก คือ (1) การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ และตามขนาดของวงเงินงบประมาณโดยคณะกรรมการกองทุนผ่านระบบและกลไกของคณะกรรมการบริหารแผน หรือสำนักงาน และ (2) การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน โดยคณะกรรมการประเมินผล ทั้งนี้ กลไกและระบบติดตามและประเมินผลเป็นเครื่องมือสำคัญต่อการสนับสนุนให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนาองค์การอย่างต่อเนื่อง อีกทั้ง เป็นเครื่องมือที่ช่วยสื่อสาร สร้างการรับรู้บทบาทการทำงานของ สสส. ต่อสาธารณะชน ดังนั้น สสส. จึงให้ความสำคัญและสนับสนุนงานติดตามและประเมินผลเพื่อให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีมาตรฐาน และน่าเชื่อถือ เพื่อสะท้อนให้สังคมเห็นถึงคุณค่าและการดำรงอยู่ของ สสส.

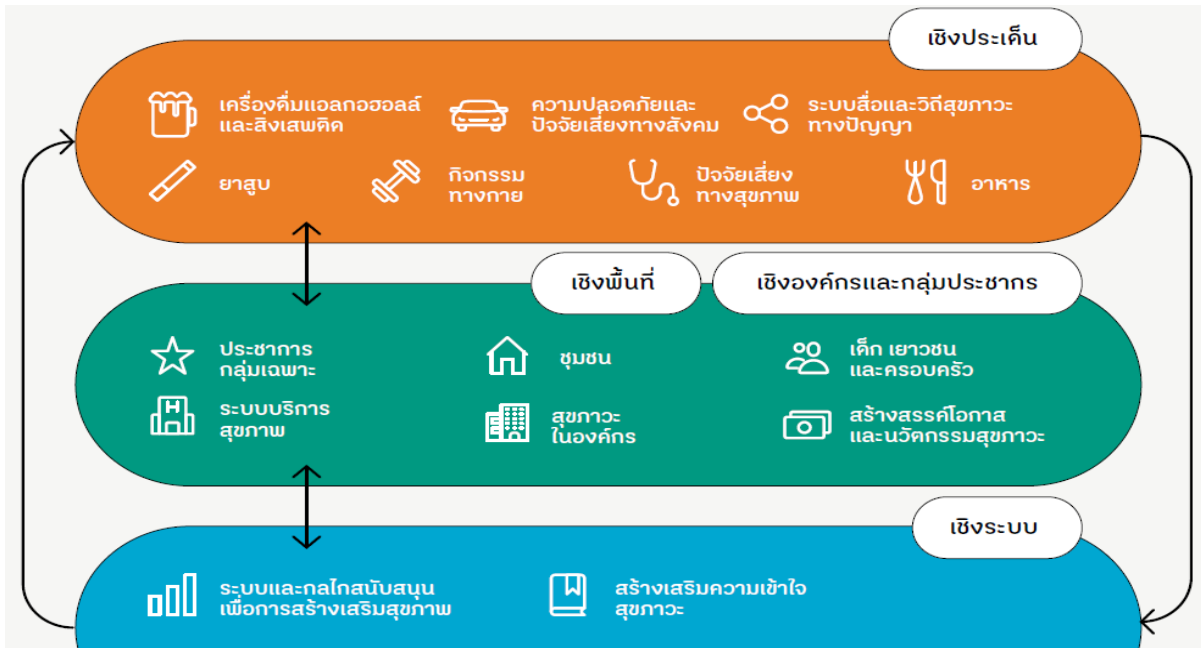
2.6.4 ด้านการบริหารความเสี่ยง

สสส. ดำเนินการบริหารความเสี่ยงระดับองค์กรในเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อจัดการความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานของ สสส. ให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ทั้งนี้ สสส. ได้วิเคราะห์ความเสี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อ สสส. รวมถึงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 โดยดำเนินการทั่วทั้งองค์กร ทั้งแบบภาพรวมองค์กร (top-down) และระดับแผน (bottom-up) ในการจัดการความเสี่ยง สสส. ดำเนินการในรูปแบบแผนบริหารความเสี่ยงระดับองค์กร แผนควบคุมภายใน และแผนบริหารความต่อเนื่องทางธุรกิจ (Business Continuity Plan: BCP) ตามความเหมาะสมกับความเสี่ยงแต่ละประเภท เพื่อให้บริหารจัดการความเสี่ยงดังกล่าวอย่างทันทั่วถึง มีประสิทธิภาพ และประสิทธิภาพ โดยกระบวนการบริหารความเสี่ยงของ สสส. เป็นไปตามมาตรฐานการบริหารความเสี่ยงระดับสากล ได้แก่ COSO ERM และ ISO31000 ทั้งนี้ สสส. จะดำเนินการติดตามและรายงานสถานการณ์ความเสี่ยงต่อผู้บริหารระดับสูงอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อการตอบสนองต่อเหตุการณ์ความเสี่ยงอย่างทันทั่วถึง โดยดำเนินการภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงที่มีองค์ประกอบของผู้แทนคณะกรรมการกองทุนและผู้บริหารระดับสูง และรายงานต่อคณะกรรมการกองทุนทุกไตรมาส

2.7 แนวทางการบูรณาการการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ จำเป็นต้องมีวิธีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ การจัดโครงสร้างแผนเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการและเน้นให้เกิดการทำงานแนวราบที่เป็นวิธีการทำงานที่สำคัญของ สสส. ที่สามารถจำแนกวิธีการทำงานออกเป็น 4 กลุ่ม เพื่อให้เหมาะสมต่อบริบทของงานและเสริมการบูรณาการระหว่างแผน ดังนี้

ภาพที่ 2.2 การจัดโครงสร้างแผนและวิธีการทำงาน



- 1) แผนเชิงประเด็นเน้นการทำงานยุทธศาสตร์เชิงลึก พัฒนางานวิชาการและนวัตกรรมให้ทันกับปัจจัยเสี่ยงที่มีพลวัต มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมปัจจัยเสี่ยงอันจะส่งผลกระทบต่อประชากรในวงกว้าง
- 2) แผนเชิงกลุ่มประชากรและองค์กร เน้นการพัฒนาศักยภาพพัฒนาเครือข่าย สร้างความเข้มแข็งให้กับประชากรกลุ่มเป้าหมายและเครือข่ายองค์กรสุขภาพ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย
- 3) แผนเชิงพื้นที่ เน้นการสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายชุมชน พื้นที่เข้มแข็ง มีขีดความสามารถในการแก้ปัญหาสุขภาพ เพื่อให้เกิดกลไกการสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงที่ชุมชนเป็นเจ้าของ เป็นผู้นำในการให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และชุมชน
- 4) แผนเชิงระบบและกลไก เป็นกลุ่มแผนที่ทำหน้าที่สนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนากระบวนการทางสังคมและสุขภาพร่วมกับเจ้าภาพหลัก เพื่อให้เกิดการทำงานเชิงระบบอันจะทำให้มีการทำงานที่ต่อเนื่อง

จากการจัดโครงสร้างแผนและวิธีการทำงานข้างต้นเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนแนวทางการทำงานเพื่อสร้างผลลัพธ์และขยายผลการดำเนินงานได้อย่างก้าวกระโดดของทั้ง 4 กลุ่ม ทั้งนี้ เนื่องจากแผนหลักฉบับนี้เป็นการตั้งต้นการทำงานในทศวรรษใหม่ของ สสส. ตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ที่ได้มีการกำหนดกรอบแนวคิดในการทำงานอย่าง

ชัดเจนเพื่อกำหนดผลลัพธ์จากการทำงานให้เป็นไปตามเป้าหมายหลักที่สำคัญ คือ การทำให้คนไทยทุกคนมีสุขภาพดี

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

ดังนั้น เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะ 5 ปี แผนหลักฉบับนี้จึงได้กำหนดทิศทางการทำงานร่วมกันไว้ใน 2 ประเด็น ดังนี้

1. สร้างกระบวนการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาพะทั้ง 4 มิติ ที่ครอบคลุมการจัดการความรู้ การบริหารภาคีเครือข่าย เพื่อสนับสนุนกลไกการทำงานเชิงพื้นที่ องค์กร กลุ่มประชากร และระบบบริการสุขภาพให้เป็นฐานการขยายผลและขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการที่ตอบสนองต่อเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของ สสส. ที่ได้กำหนดไว้ในทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)

2. สร้างกลไกกลางในการทำงานและบริหารจัดการภาคีเครือข่าย ทั้งเชิงพื้นที่ องค์กร กลุ่มประชากร และระบบบริการสุขภาพร่วมกัน เพื่อใช้เป็นฐานในการขยายผลและขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการในพื้นที่ชุมชนเมือง โดยมีผลลัพธ์สำคัญเป็นฐานข้อมูลเพื่อแสดงศักยภาพและความพร้อมของเครือข่าย รวมทั้งกลไกในการสื่อสาร การบริหารจัดการ และการพัฒนาเครือข่าย

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

ภาพที่ 2.3 กรอบการดำเนินงานขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะและคุณภาพชีวิตในพื้นที่กรุงเทพมหานคร



1. เป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพของการทำงานในพื้นที่กรุงเทพมหานคร คือ ต้องการให้ประชาชนในกรุงเทพมหานคร มีวิถีชีวิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาวะที่ดี

2. เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ที่ได้กำหนดจุดเน้นการทำงานสอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ทั้ง 7 เป้าหมาย และอีก 1 เป้าหมายเพื่อเตรียมความพร้อมต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเป้าหมายดังกล่าวเป็นเป้าหมายร่วมในการทำงานระหว่าง สสส. และภาคีเครือข่าย เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลกับสุขภาวะของคนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ได้แก่ (1) ลดอัตราการบริโภคยาสูบ (2) ลดอัตราการบริโภคสุราและสารเสพติด (3) เพิ่มสัดส่วนการบริโภคอาหารอย่างสมดุล (4) เพิ่มสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกาย (5) ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน (6) เพิ่มสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตดี (7) ลดผลกระทบสุขภาพจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อม และ (8) เตรียมพร้อมรับมือปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น โดยการดำเนินงานในทุกประเด็นจะต้องคำนึงถึงปัญหาเฉพาะที่แตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนคำนึงถึงการลดช่องว่างทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และในการดำเนินงานต้องไม่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพเพิ่มขึ้น

3. จุดเน้นของแผนระยะ 5 ปี

3.1 การพัฒนาระบบ/ฐานข้อมูลที่จะใช้ประโยชน์ในการทำงานร่วมกันในรูปแบบต่างๆ เช่น ฐานข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมาย (ระดับเขต) รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและทุนทางสังคมในพื้นที่ ฐานข้อมูล/แผนที่ศักยภาพของภาคีเครือข่าย เป็นต้น

3.2 การสร้างกลไกความร่วมมือทั้งในระดับเขตและระดับกทม. ที่ครอบคลุมทั้งเรื่องข้อมูล ภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชนและชุมชน ชุมความรู้/สื่อการเรียนรู้ และเครื่องมือ/คู่มือประกอบการปฏิบัติงานต่างๆ

3.3 การสร้างพื้นที่ต้นแบบในการทำงานร่วมกัน (sandbox) ด้วยการบูรณาการประเด็นงานสำคัญเข้าด้วยกันและทดลองนำร่องในบางพื้นที่ เพื่อสรุปถอดบทเรียนและพัฒนาเป็นต้นแบบสำหรับขยายผลในประเด็นงานอื่นๆ และพื้นที่เขตอื่นๆ ต่อไป

4. ผลลัพธ์หลัก (key results) ของการขับเคลื่อนงานในระยะ 5 ปี ได้แก่

4.1 เกิดกลไกการทำงานภายในคลัสเตอร์ที่มีบทบาทสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในกรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นกลไกในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน มีการทำงานบูรณาการที่ลดความซ้ำซ้อน (ทั้งเรื่องประเด็นงาน กลุ่มเป้าหมาย งบประมาณ) และเสริมพลังการดำเนินงาน

4.2 เกิดกลไกหรือรูปแบบความร่วมมือกับกรุงเทพมหานครหรือเขตต่างๆ ที่มีบทบาทสนับสนุนการจัดการงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ มีการสร้างความเข้าใจเป้าหมายการทำงานร่วมกัน และสร้างความร่วมมือเพื่อร่วมกันขับเคลื่อนงาน

4.3 เกิดกลไกการจัดการงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ที่มีประสิทธิภาพ (ระดับเขต ระดับพื้นที่) มีการกำหนดประเด็นปัญหาสุขภาพและกลุ่มเป้าหมายที่บนพื้นฐานข้อมูลและสถานการณ์ปัญหา รวมถึงเป็นกลไกที่มีขีดความสามารถในการสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และสามารถหนุนเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพในพื้นที่

4.4 เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในกรุงเทพมหานครดีขึ้น โดยเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพตามประเด็นสุขภาวะในแต่ละบริบทของพื้นที่

5. ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์ที่ 1: การพัฒนาระบบข้อมูล ทั้งระดับเขตและภาพรวมของ กทม. ที่ทำให้เห็นสถานการณ์ปัญหาและกลุ่มเป้าหมายสำคัญในการดำเนินงาน รวมถึงเพื่อใช้ในการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่

ยุทธศาสตร์ที่ 2: การพัฒนาสมรรถนะและขีดความสามารถของผู้ที่เกี่ยวข้อง (active citizen) โดยมุ่งพัฒนาทักษะที่จำเป็นสำหรับการดำเนินงานเพื่อให้สามารถทำหน้าที่ในการเป็นผู้สนับสนุน ผู้ริเริ่มและผู้ร่วมขับเคลื่อนงานเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่

ยุทธศาสตร์ที่ 3: การพัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาวะในพื้นที่ชุมชนเมือง โดยการริเริ่มนำร่องปฏิบัติการให้เห็นรูปธรรมการดำเนินงานในการดำเนินงานจัดการปัญหาสุขภาวะในพื้นที่ที่มีความหลากหลายและความซับซ้อนของปัญหาและกลุ่มเป้าหมายเพื่อเป็นบทเรียนสำหรับการขยายผลดำเนินงานในพื้นที่อื่นให้กว้างขึ้น

ยุทธศาสตร์ที่ 4: การสื่อสาร พัฒนาและเชื่อมประสานเครือข่าย โดยการเชื่อมประสานและพัฒนาเครือข่ายภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยกันเสริมหนุนและร่วมกันขับเคลื่อนให้บรรลุตามเป้าหมาย โดยมีการสื่อสารเป็นส่วนสนับสนุนเพื่อสร้างการรับรู้และช่วยสนับสนุนการดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์ที่ 5: การประเมินผล มุ่งเน้นการติดตามประเมินผลเชิงพัฒนา (development evaluation) ที่มีการนำผลประเมินมาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงการดำเนินงานระหว่างทาง เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

บทที่ 3 รายละเอียดแผนหลัก

1. แผนควบคุมยาสูบ

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

1. ที่มาและความสำคัญ ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ แผนเฉพาะในแต่ละด้าน และทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี

แผนควบคุมยาสูบ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) มุ่งตอบสนองเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (the Sustainable Development Goals: SDGs) ไม่น้อยกว่า 3 เป้าประสงค์ ได้แก่ 1) ขจัดความยากจน 3) สร้างหลักประกันการมีสุขภาพะที่ดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงอายุ และ 5) ความเท่าเทียมระหว่างเพศและส่งเสริมความเข้มแข็งให้แก่สตรีและเด็กผู้หญิง ตลอดจนสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ที่มุ่งสร้างสมดุลระหว่างการพัฒนาความมั่นคง เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวม 5 ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านความมั่นคง ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ในประเด็นปรับเปลี่ยนค่านิยมและวัฒนธรรม และประเด็นเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพะที่ดี ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคมในประเด็นการเสริมสร้างพลังทางสังคม ยุทธศาสตร์ที่ 5 ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และยุทธศาสตร์ที่ 6 ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐในประเด็นกฎหมายมีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทต่าง ๆ และมีเท่าที่จำเป็น รวมถึงแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2565-2570) และสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) สสส. ที่กำหนดขอบเขตและจุดเน้นการดำเนินงานไว้ 4 ด้าน ดังนี้ (1) ปกป้องผู้บริโภคยาสูบรายใหม่ (2) ลด ละ เลิกการบริโภคยาสูบของผู้สูบเดิม (3) สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ และ (4) พัฒนาศักยภาพกลไกการควบคุมยาสูบ

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

ดังสถานการณ์การบริโภคยาสูบโดยสังเขปในแผนภาพที่ 1



การดำเนินงานของแผนควบคุมยาสูบใช้ยุทธศาสตร์หลัก “สามพลัง” เป็นกลไกในการขับเคลื่อน ซึ่งประกอบด้วยพลังนโยบาย พลังปัญญาและพลังสังคม เพื่อบรรลุเป้าหมายทั้งของแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565-2570 และยุทธศาสตร์ สสส. ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) แผนการดำเนินงานระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) ได้กำหนดกรอบการดำเนินงานให้ครอบคลุมใน 6 ประเด็น ได้แก่ (1) การป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคยาสูบรายใหม่ และเฝ้าระวัง รู้เท่าทันธุรกิจยาสูบทั้งทางตรงและทางอ้อม (2) ความรอบรู้ทางสุขภาพที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย (3) การสร้างพื้นที่ปลอดควันบุหรี่หรือพื้นที่ที่เอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ ทั้งในส่วนที่กฎหมายกำหนดและตามบริบทของชุมชน องค์กร และครอบครัว (4) การพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายทั้งในระดับส่วนกลาง ภูมิภาค ท้องถิ่น และชุมชนในการดำเนินงานควบคุมยาสูบ โดยเฉพาะด้านการเฝ้าระวังให้มีการปฏิบัติตามกฎหมาย (5) การพัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และระบบบริการสุขภาพเพื่อสนับสนุนการลด ละ เลิกยาสูบ และ (6) การปรับโครงสร้างด้านภาษีและราคายาสูบ

2. การดำเนินงานที่ผ่านมา

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



ยุทธศาสตร์ “ไตรพลัง” เพื่อการควบคุมยาสูบ

พลังสังคม ประกอบด้วย ภาคีหลักคือภาคีรณรงค์สร้างความตระหนัก และการสร้างค่านิยมไม่สูบบุหรี่ รวมทั้งการรู้เท่าทันและตอบโต้กลอุบายอุตสาหกรรมยาสูบ ภาคีสำคัญ ได้แก่ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ที่ทำหน้าที่หลักในการรณรงค์สร้างค่านิยมสังคมไทยปลอดบุหรี่ ผลักดันนโยบายและกฎหมายควบคุมยาสูบตลอดสามทศวรรษที่ผ่านมา และเครือข่ายสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ทำหน้าที่หลักในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพโดยเน้นงานบริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ และต่อมามีการขยายงานเป็นสมาพันธ์เครือข่ายแห่งชาติเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ที่ทำหน้าที่เป็นพันธมิตรเครือข่าย ร่วมสร้างความเข้มแข็งในการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยเน้นบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนรวมทั้งประชาชนคนไทย

นอกจากนั้น ยังมีศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (Quitline 1600) เพื่อให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ โดยประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก ประหยัด และต่อเนื่อง

ในส่วนของโรงเรียน ก็มีเครือข่ายครูเพื่อโรงเรียนปลอดบุหรี่ ทำหน้าที่รับผิดชอบการสร้างนโยบาย และสิ่งแวดล้อม ตลอดจนหลักสูตรและพัฒนาเครือข่ายครูเพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่ในโรงเรียน

ในส่วนของสถานประกอบการ มีสมาคมพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อม (ส.พ.ส.) ดำเนินแผนงานพัฒนาสถานประกอบการปลอดบุหรี่เพื่อพัฒนาและส่งเสริมการควบคุมการสูบบุหรี่ในสถานประกอบการอย่างเป็นรูปธรรม และยั่งยืน

พลังปัญญา ทำหน้าที่สร้างความรู้ จัดการความรู้ และพัฒนาข้อมูลเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมยาสูบ และผลักดันนโยบาย ให้กับภาคีภาคสังคม และภาคีขับเคลื่อนนโยบาย ได้แก่ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ รวมทั้งอาจารย์/นักวิชาการจากสถาบันการศึกษาต่างๆ

พลังนโยบาย ในระดับประเทศมีคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ (คผยช.) เป็นกลไกนโยบายที่สำคัญระดับประเทศในการกำหนดนโยบายควบคุมยาสูบที่ต้องการการบูรณาการจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งกระทรวงการคลัง กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงคมนาคม กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ทั้งนี้ มี กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ (กคส.) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานหลักในการผลักดันนโยบายการควบคุมยาสูบผ่านคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ (คผยช.) ดำเนินการควบคุมยาสูบให้ครอบคลุมทั้งประเทศ ผ่านแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ และมีกลไกสำคัญในส่วนภูมิภาค คือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด รับผิดชอบการดำเนินโครงการจังหวัดปลอดบุหรี่ และมีสำนักป้องกันควบคุมโรคทั้ง 12 เขต และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สปคม.) เป็นกลไกการหนุนเสริมด้านวิชาการและกำกับติดตามงานในแต่ละเขต ทั้งนี้ สสส. ได้ให้การสนับสนุนโครงการดังกล่าวมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554

สำหรับผลลัพธ์จากการดำเนินงานควบคุมยาสูบที่เป็นรูปธรรมที่สามารถจำแนกได้ตามยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559-2564 ที่เพิ่งสิ้นสุดลง ได้แก่ **ยุทธศาสตร์ที่ 1** สร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมยาสูบของประเทศ เช่น การออกประกาศ/กฎ/ระเบียบ/อนุบัญญัติต่างๆ ตาม พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 และกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก เป็นต้น **ยุทธศาสตร์ที่ 2** ป้องกันมิให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบที่มุ่งเป้าไปยังเด็ก เยาวชน และนักสูบหน้าใหม่ เช่น การมีนโยบายในการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่ในสถานศึกษาทุกระดับ การมีคู่มือการดำเนินงานโรงเรียนปลอดบุหรี่ การมีเครือข่ายโรงเรียนปลอดบุหรี่ เป็นต้น **ยุทธศาสตร์ที่ 3** ช่วยผู้เสพให้เลิกใช้ยาสูบ ได้แก่ การมีสายเลิกบุหรี่ Quitline 1600 คลินิกฟ้าใสเพื่อบำบัดรักษาการติดยาเสพติด การมียาบำบัดรักษาการติดยาเสพติดในบัญชียาหลักแห่งชาติ 1 ชนิด (Nortriptyline) คู่มือ/แนวทางการให้บริการระบบบำบัดโรคเสพติดยาสูบ การมีระบบการส่งต่อผู้เลิกบุหรี่ในชุมชน โดย อสม. ผ่านแอปพลิเคชัน SMART อสม. เป็นต้น **ยุทธศาสตร์ที่ 4** ควบคุมและเปิดเผยส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ เช่น การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสารอันตรายในผลิตภัณฑ์ยาสูบผ่านทางฉลากข้อความเกี่ยวกับพิษภัยและอันตรายจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ เป็นต้น **ยุทธศาสตร์ที่ 5** ทำสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ เช่น การมีอนุบัญญัติ หรือคำสั่งออกตาม พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 หมวด 5 การคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ได้แก่ การจัดทำคู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติงานตาม พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 การจัดอบรมพนักงานเจ้าหน้าที่ และการสนับสนุนให้เกิดสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ในสถานที่ต่างๆ ทั้งสถานประกอบการ ศาสนสถาน แหล่งท่องเที่ยว สถานีขนส่ง และตลาดสด การพัฒนาแอปพลิเคชันบนมือถือคือ “TCEP”

(Tobacco Control Enforcement Program) เพื่อสนับสนุนการลงพื้นที่บังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบ ตลอดจนการรณรงค์ให้บ้านปลอดบุหรี่ เป็นต้น และยุทธศาสตร์ที่ 6 ใช้มาตรการทางภาษีและการปราบปรามเพื่อควบคุมยาสูบ เช่น การปรับปรุงโครงสร้างภาษีและการจัดเก็บใน พ.ร.บ. ภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 โดยกำหนดให้บุหรี่ยี่ห้อจัดเก็บภาษีตามมูลค่าร้อยละ 25 ของราคาขายปลีกแนะนำของละไม่เกิน 72 บาท และร้อยละ 42 ของราคาขายปลีกแนะนำที่เกินของละ 72 บาท และจัดเก็บภาษีตามปริมาณ 1.25 บาทต่อมวน ส่วนยาเส้นที่มีปริมาณการผลิตไม่เกิน 12,000 กิโลกรัมต่อปี จัดเก็บอัตราภาษีตามปริมาณที่ 0.025 บาทต่อกรัม และยาเส้นที่มีปริมาณการผลิตเกิน 12,000 กิโลกรัม จัดเก็บภาษีตามปริมาณที่ 0.10 บาทต่อกรัม โดย มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 เป็นต้น

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ และปัจจัยที่จะส่งผล/ชะลอการบรรลุเป้าหมายของแผนควบคุมยาสูบ ในระยะ 5 ปีข้างหน้า มีรายละเอียด ดังนี้

ปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายของการดำเนินงานควบคุมยาสูบ ประกอบด้วย 1) มีกลไกเชิงโครงสร้างของการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับชาติ (คผยช.) และระดับจังหวัด (คผยจ.) 2) มีกลุ่มเป้าหมายการทำงานที่ชัดเจนและครอบคลุมประชากรในทุกกลุ่มวัย 3) มีเครื่องมือสนับสนุนและเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมยาสูบ เช่น มีหลักสูตรพัฒนาสมรรถนะการควบคุมยาสูบของกลุ่มเป้าหมาย และมีต้นแบบการเชื่อมโยงฐานข้อมูลการให้บริการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ระหว่างเครือข่ายให้บริการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ เป็นต้น 4) มีการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ฉบับที่ 5 กำหนดให้ผู้สูบบุหรี่ทุกคนต้องได้รับการรักษา แต่ทั้งนี้ ก่อนมีประเด็นรับรองนี้ มิใช่ทุกโรงพยาบาลในประเทศไทย เสนอตัวเข้ารับการรับรองและผ่านการรับรอง ดังนั้น หากมุ่งให้ประเด็นนี้ เป็นปัจจัยเอื้อต่อความสำเร็จของการควบคุมยาสูบ โดยเฉพาะการช่วยให้เลิกสูบสำเร็จ จำเป็นขับเคลื่อนเชิงนโยบายเพื่อให้ทุกโรงพยาบาลตั้งเป้าหมายเข้าสู่การรับรองมาตรฐานนี้ 5) มีอนุบัญญัติที่ออกตาม พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 อย่างต่อเนื่อง และอนุวัติอย่างสอดคล้องกับกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) 6) มีงานวิจัยจากหลักฐานเชิงประจักษ์ คู่มือวิชาการ และแนวปฏิบัติเพื่อการควบคุมยาสูบเชิงประเด็นและสถานที่ต่าง ๆ เผยแพร่อย่างต่อเนื่อง และ 7) โรคระบาดโควิด-19 ทั้งในช่วงการระบาดและในระยะเปลี่ยนผ่านสู่โรคประจำถิ่น ช่วยให้เกิดการสื่อสารข้อมูลโทษพิษภัยยาสูบ และการช่วยให้เลิกสูบ ผ่านช่องทางต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง

สำหรับปัจจัยที่มีส่วนในการชะลอการบรรลุเป้าหมายการดำเนินงานควบคุมยาสูบ ประกอบด้วย 1) การแทรกแซงนโยบายของอุตสาหกรรมยาสูบ ที่มีเป้าหมายทั้งการสร้างวาทะกรรมเพื่อบิดเบือนหรือสร้างให้เกิดความเข้าใจผิดต่อตัวผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ (บุหรี่ไฟฟ้า) ต่อสังคมโดยรวมและทุกกลุ่มวัย รวมถึงแทรกแซงเพื่อให้นโยบาย/มาตรการ/กฎหมายที่มีผลบังคับใช้ มีเนื้อหาที่คลาดเคลื่อนไปจากหลักการและเจตนารมณ์ของการควบคุมยาสูบ เช่นกรณีระบบโครงสร้างภาษียาสูบที่ไม่เอื้อต่อการปรับพฤติกรรมการบริโภคยาสูบ ยาสูบ หรือความพยายามยกเลิกการห้ามนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้า เป็นต้น 2) การแพร่ระบาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ (บุหรี่ไฟฟ้า) ที่มีรูปลักษณะที่สอดคล้องหรือตรงกับความต้องการของคนรุ่นใหม่ (Gen Z) 3) สถานการณ์วิกฤตเศรษฐกิจหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีโอกาสส่งต่อความเครียดและการพึ่งพิงนิโคตินเพื่อบรรเทาความเครียด 4) ระบบและกลไกการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ทั้งเชิงรับและเชิงรุกที่ยังไม่เข้มแข็ง ทั้งเชิงรับในสถานพยาบาล และเชิงรุกในชุมชนหรือองค์กร 5) ความไม่ชัดเจนของการขยายต้นแบบการควบคุมยาสูบในรูปแบบต่าง ๆ ที่ค้นพบจากบุคคลหรือพื้นที่ต้นแบบให้เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด 6) ความไม่เข้มงวดของการบังคับใช้กฎหมาย โดยเฉพาะในสถานที่สาธารณะตามที่กฎหมายกำหนด 7) การเปลี่ยนผ่านอย่างรวดเร็วของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารออนไลน์ ที่ส่งผลให้ง่ายต่อการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ใช้ช่องทาง

ออนไลน์ในการสื่อสารการตลาดไปยังกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชน 8) ร้านค้าปลีกที่จำหน่ายยาสูบมีจำนวนมาก ด้วยเหตุที่ใบอนุญาตขายยาสูบราคาถูก 9) มาตรการช่วยเหลือชาวไร่ยาสูบอาจยังไม่เพียงพอ 10) ยังขาดทรัพยากรด้านกำลังคนและต้องหนุนเสริมให้กลไกภาครัฐมีความเข้มแข็งด้านการควบคุมยาสูบในระดับจังหวัด และ 11) นโยบายกัญชาเสรี ที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงสารเสพติดอื่น¹⁵ ตลอดจนการมีผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ ที่ยังไม่มีความหมายควบคุมที่ชัดเจนเช่นบุหรี่ไฟฟ้าผสมน้ำมันกัญชา เป็นต้น

จากการพัฒนาเครื่องมือการพยากรณ์อัตราการสูบบุหรี่ โดยอนุกรมเวลาด้วยแบบจำลอง ARIMA¹⁶ แสดงให้เห็นว่าในปี 2570 อัตราการสูบบุหรี่มีค่าเท่ากับร้อยละ 15.93 ของจำนวนประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป คิดเป็นจำนวนผู้สูบบุหรี่ 9.05 ล้านคน ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์ปัจจุบัน กล่าวได้ว่าแผนงานควบคุมยาสูบ โดยเฉพาะในระยะ 5 ปีนี้ (พ.ศ. 2566–2570) ยังจำเป็นต้องเร่งกระบวนการทำงานควบคุมยาสูบ โดยหนุนเสริมให้เกิดการขับเคลื่อนและการมีส่วนร่วมของหน่วยงานและภาคีทั้งภาคปัญญา สังคม และนโยบาย เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งและยั่งยืนของประเด็นที่เอื้อต่อความสำเร็จของการบรรลุเป้าหมายของการดำเนินงานควบคุมยาสูบ พร้อมกับการจัดหรือบรรเทาประเด็นที่เป็นอุปสรรคในการชะลอการบรรลุเป้าหมายการดำเนินงานควบคุมยาสูบ

3. กรอบแนวคิดการดำเนินงานของแผนควบคุมยาสูบ

3.1 โครงสร้างและกลไกการทำงานของแผน

แผนควบคุมยาสูบใช้กระบวนการทำงานแบบเชื่อมประสานภาคีเพื่อร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และทิศทางการดำเนินงานเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยแผนควบคุมยาสูรมีบทบาทในการจัดประกาย กระตุ้น สาน เสริมพลัง และสนับสนุนกิจกรรมเพื่อให้เกิดการพัฒนานวัตกรรม พื้นที่ต้นแบบ รวมถึงการแสวงหาช่องทางในการเชื่อมประสานกับหน่วยงานระดับนโยบายต่าง ๆ เพื่อขยายผลการดำเนินงานสู่สังคมในวงกว้าง ทั้งนี้ แผนควบคุมยาสูบ ใช้ยุทธศาสตร์การทำงานแบบไตรพลัง ซึ่งประกอบด้วยพลังปัญญา พลังสังคม และพลังนโยบายผ่านกระบวนการสำคัญดังนี้ (1) การเชื่อมโยงภาคีหลักที่เกี่ยวข้องกับประเด็นยาสูบเพื่อสร้างเป้าหมายในการดำเนินงานร่วมกัน (2) การพัฒนาและผลักดันนโยบายสาธารณะและสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายโดยสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน สังคม ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (3) การพัฒนาฐานข้อมูลทางวิชาการและการจัดการความรู้เพื่อใช้ประโยชน์ในการสนับสนุนและผลักดันเชิงนโยบายสาธารณะ รวมถึงการติดตามประเมินผล (4) การณรงค์สร้างกระแสสังคมเพื่อสร้างความตระหนักต่อปัญหาและสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการร่วมกันป้องกันและแก้ไขปัญหายาสูบ และ (5) สนับสนุนให้เกิดบริการเลิกบุหรี่

¹⁵ Tullis, L. M., Dupont, R., Frost-Pineda, K., & Gold, M. S. (2003). "Marijuana and tobacco: a major connection?". *Journal of Addictive Diseases*, 22(3), หน้า 51–62. เข้าถึงได้จาก https://doi.org/10.1300/J069v22n03_05
¹⁶ ศรีณญา เบญจกุล. (2564). "แนวโน้มการสูบบุหรี่ของประเทศไทย". (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และศูนย์พัฒนาศักยภาพกำลังคนด้านการควบคุมยาสูบ (พศย.)).



3.2 กรอบการดำเนินงานของแผนควบคุมยาเสพติด 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570)

การดำเนินงานควบคุมยาสูบของ แผนควบคุมยาสูบระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) ได้กำหนดทิศทางและเป้าหมายตาม แผนภาพที่ 2 ทิศทางและเป้าหมายแผนควบคุมยาสูบ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) โดยกำหนดเป้าหมายคือการลดอัตราการบริโภคยาสูบ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ 3 ประการคือการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ ลดละเลิกผู้สูบบุหรี่ และจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการสูบบุหรี่ โดยกำหนดยุทธศาสตร์ 6 ประเด็น คือ (1) เสริมความเข้มแข็งของกลไกและพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่าย (2) สร้างพื้นที่ปลอดควันบุหรี่หรือพื้นที่เอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ (3) พัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาการติดนิโคตินสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (4) ป้องกันมิให้เกิดนักสูบหน้าใหม่และเฝ้าระวัง/รู้เท่าทันธุรกิจยาสูบทั้งทางตรงและทางอ้อม (5) สร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมยาสูบ และ (6) สนับสนุนการพัฒนา/ปรับปรุงกลไกด้านภาษีและราคายาสูบ ทั้งนี้โดยใช้มาตรการ MPOWER คือ M: Monitoring tobacco consumption and effective of preventive measures (ติดตาม กำกับการบริโภคยาสูบและนโยบายควบคุมยาสูบ) P: Protect people from tobacco smoke (ปกป้องประชาชนจากควันบุหรี่) O: Offer help to quit tobacco use (ให้ความช่วยเหลือในการเลิกใช้ยาสูบ) W: Warn about the dangers of tobacco (เตือนให้ตระหนักถึงพิษภัยของยาสูบ) E: Enforce bans on TAPS (บังคับใช้กฎหมายห้ามโฆษณา ส่งเสริมการขายฯ และอุปถัมภ์โดยอุตสาหกรรมยาสูบ R: Raise taxes on tobacco (ขึ้นภาษียาสูบ)

แผนภาพที่ 2 ทิศทางและเป้าหมายแผนควบคุมยาสูบ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - พ.ศ. 2570)



จุดเน้นของแผน

แผนควบคุมยาสูบระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) มีจุดเน้นการดำเนินงานที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของแผน ตามมาตรการของ MPOWER โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้านได้แก่ ด้านการพัฒนานโยบายและการบังคับใช้กฎหมาย ด้านวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร ด้านเครือข่ายการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ และการขยายสถานที่ปลอดบุหรี่ และด้านบริการบำบัดรักษาการติดยาสูบ ซึ่งครอบคลุมมาตรการ/กิจกรรมตามห่วงโซ่ผลลัพธ์ของการลดอัตราการบริโภคยาสูบ

จุดเน้นของแผนระยะ 5 ปีแต่ละด้านมีรายละเอียดดังนี้

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

1) สนับสนุนกลไกและหน่วยงานต่างๆ ให้ดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565-2570 โดยเฉพาะสนับสนุนและผลักดันให้กลไกการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัดมีความเข้มแข็ง

2) สนับสนุนการผลักดันนโยบายที่เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานควบคุมยาสูบ ได้แก่ การทบทวนมาตรการด้านภาษียาสูบโดยเฉพาะการปรับภาษียาเส้น มาตรการการลดผลกระทบต่อชาวไร่ยาสูบ และการส่งเสริมการปลูกพืชทดแทนใบยาสูบ มาตรการป้องกันการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบต่อนโยบายการควบคุมยาสูบของรัฐ การขึ้นราคาใบอนุญาตร้านค้าปลีกยาสูบ การกำหนดส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ยาสูบ การคงอยู่ของกฎหมายห้ามนำเข้า ผลิต และจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า เป็นต้น

3) เพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคอย่างจริงจัง เข้มแข็ง และต่อเนื่อง โดยเฉพาะประเด็นการห้ามขายบุหรี่ให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี ห้ามแบ่งซองขายมวนบุหรี่ ห้ามแสดงบุหรี่ ณ จุดขาย การห้ามนำเข้าและห้ามขายบุหรี่ไฟฟ้า รวมทั้งการห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่ที่กฎหมายกำหนด โดยเฉพาะสถานที่ที่พบเห็นการได้รับควันบุหรี่มือสองสูง ได้แก่ ตลาดสด/นัด สถานที่บริการอาหาร/เครื่องดื่ม บริการขนส่งสาธารณะ และศาสนสถาน รวมถึงการปราบปรามบุหรี่ผิดกฎหมาย โดยประสานและ

สนับสนุนการดำเนินงานผ่านภาคียุทธศาสตร์ ได้แก่ กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม รวมถึง กรมสรรพสามิตและกรมศุลกากร กระทรวงการคลัง

2. ด้านวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร ประกอบด้วยกิจกรรมตามมาตรการ MPOWER ในประเด็น M W และ R ดังนี้

- 1) พัฒนางานวิจัย/วิชาการ และการจัดการความรู้ที่มีผลต่อการขับเคลื่อนเชิงนโยบายตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 และกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก
- 2) จัดทำข้อมูลความรู้เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านการควบคุมยาสูบ (tobacco control literacy) โดยเฉพาะในประเด็นที่อยู่ในความสนใจ เช่น ประเด็นบุหรี่ไฟฟ้า บุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้ากับโรคโควิด-19 และโรคประจำถิ่น การขึ้นภาษียาสูบ และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากมาตรการภาษียาสูบ (รวมภาษียาเส้น) การปลูกพืชทดแทนใบยาสูบ การรู้เท่าทันกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ เป็นต้น
- 3) ศึกษาเจาะลึกสาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคยาสูบในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย (segment) (เช่น กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้ใช้แรงงาน กลุ่มด้อยโอกาส) แต่ละบริบท (เช่น เขตเมือง ชนบท ภูมิภาค) ตลอดจนประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของมาตรการ/แนวทางป้องกันในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย
- 4) ประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ
- 5) พัฒนาศักยภาพและขยายเครือข่ายนักวิชาการควบคุมยาสูบในมิติต่าง ๆ เช่น เศรษฐศาสตร์เพื่อควบคุมยาสูบ กฎหมาย สื่อสารสาธารณะ เป็นต้น

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

- 1) ปกป้องการได้รับควันบุหรี่มือสองและมือสาม โดยเน้นการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนและเจ้าของสถานที่ต่างๆ รับทราบและปฏิบัติตามกฎหมาย โดยเฉพาะสถานที่ที่พบเห็นการได้รับควันบุหรี่มือสองสูง ได้แก่ ตลาดสด/นัด สถานที่บริการอาหาร/เครื่องดื่ม บริการขนส่งสาธารณะ และศาสนสถาน รวมถึงการรณรงค์บ้านและครอบครัวปลอดบุหรี่
- 2) พัฒนาและขยายเครือข่ายนักรณรงค์หน้าใหม่ในระดับพื้นที่ ผ่านสถาบันการศึกษา ท้องถิ่น (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ท้องที่ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) ชุมชน สื่อมวลชนท้องถิ่น รวมถึงสนับสนุนให้เกิด influencer และ change agent ในพื้นที่ และพัฒนาให้เกิดพื้นที่สร้างสรรค์ปลอดปัจจัยเสี่ยง
- 3) สร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมยาสูบ (tobacco control literacy) เพื่อให้ประชาชนตระหนักและเกิดการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยที่ไม่สูบบุหรี่ เช่น ข้อมูลอันตรายของผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกรูปแบบ การสูบบุหรี่กับโรคโควิด-19 บุหรี่กับภาษียาสูบ วิธีการเลิกบุหรี่ ตลอดจนการมีบทบาทในการควบคุมยาสูบตามบริบทของแต่ละบุคคล/กลุ่ม เป็นต้น รวมถึงสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาแบบกิจกรรมการรณรงค์และมาตรการใหม่ ๆ ในการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ในกลุ่มเด็กและเยาวชน โดยเฉพาะกลุ่มอาชีวศึกษา เยาวชนนอกระบบการศึกษา รวมถึงกลุ่มผู้ใช้แรงงานทั้งในและนอกระบบ กลุ่มเปราะบาง ผู้ที่อยู่ในพื้นที่ภาคใต้ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูง และประชาชนทั่วไป
- 4) สนับสนุนให้เกิดมาตรการชุมชนเพื่อควบคุมยาสูบในพื้นที่

5) สนับสนุนการสื่อสารเชิงบวกเพื่อสร้างค่านิยมด้านการไม่สูบบุหรี่ รวมถึงการพัฒนาทักษะในการอดกลั้นต่อสิ่งยั่วยุและทักษะการปฏิเสธ

6) เฝ้าระวังและเปิดโปงกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ โดยเฉพาะกลยุทธ์ที่มีผลต่อนโยบายควบคุมยาสูบของประเทศและการขยายรูปแบบผลิตภัณฑ์ยาสูบใหม่อื่น ๆ เช่น บุหรี่กัญชา เป็นต้น

4. ด้านบริการบำบัดรักษาการติดยาโคโคติน ประกอบด้วยกิจกรรมตามมาตรการ MPOWER ในประเด็น O ดังนี้คือ

1) พัฒนา ปรับปรุง และสนับสนุนระบบการให้บริการบำบัดรักษาการติดยาโคโคตินในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มเปราะบาง รวมถึงกลุ่มด้อยโอกาสทางสังคม

2) ผลักดันให้มีบริการการติดยาโคโคตินเข้าสู่บัญชียาหลักและยาสามัญประจำบ้าน

3) สนับสนุนให้เกิดระบบบริหารจัดการระบบการบำบัดรักษาการติดยาโคโคตินที่มีประสิทธิภาพทั้งระบบในสถานบริการสาธารณสุขและ Quitline 1600 โดยเชื่อมโยงฐานข้อมูลการเลิกบุหรี่ในทุกช่องทางเข้าด้วยกัน

4) ผลักดันให้บูรณาการการให้บริการบำบัดรักษาการติดยาโคโคตินระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ แบบไร้รอยต่อ เพื่อให้เกิดระบบการรับ-ส่งต่อผู้เข้ารับการรักษา และการติดตามผลลัพธ์การช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ

5) พัฒนา และสนับสนุนให้เกิดระบบและกลไกการบำบัดรักษาการติดยาโคโคตินแบบเชิงรุกที่ผู้เสพติดบุหรี่ทุกกลุ่มวัยเข้าถึงได้

6) สนับสนุน และผลักดันให้สถานพยาบาล ขอรับการประเมินมาตรฐาน HA ที่เกี่ยวข้องกับการบริการเลิกบุหรี่

เป้าหมายการดำเนินงาน

1. เป้าหมาย: ลดอัตราการบริโภคยาสูบ

2. ตัวชี้วัด

- 1) อัตราการบริโภคยาสูบของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปลดลง
- 2) อัตราการบริโภคยาสูบของเยาวชน อายุ 15-19 ปีลดลง
- 3) อัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชนลดลง
- 4) ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมยาสูบ (tobacco control literacy) ของเยาวชนเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาและหนุนเสริมกลไกควบคุมยาสูบระดับชาติและระดับจังหวัดให้มีความเข้มแข็ง รวมถึงพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายที่มีอยู่เดิมและภาคีใหม่ทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ท้องที่และท้องถิ่น และชุมชนในการดำเนินงานควบคุมยาสูบ

2. เพื่อพัฒนาและสนับสนุนให้เกิดการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ และลดการได้รับควันบุหรี่มือสอง

3. เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมยาสูบ (tobacco control literacy) ที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

4. เพื่อพัฒนางานวิชาการเพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่และลดนักสูบหน้าเดิม รวมถึงเฝ้าระวังอุตสาหกรรมยาสูบ

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์ที่ใช้ในการดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบใช้ยุทธศาสตร์หลักสามสามพลัง โดยประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การขับเคลื่อนสังคม และการพัฒนานโยบายให้เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปีของ สสส. และยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย (1) การส่งเสริมวิชาการและนวัตกรรม (2) การสานพลังภาคีและเครือข่าย (3) การพัฒนาศักยภาพบุคคล ชุมชน องค์กร (4) การพัฒนากลไกทางนโยบาย สังคม และสถาบัน และ (5) การสื่อสารสังคม

กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

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

งบประมาณ

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

2. แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

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

1. ทิมาและความสำคัญ ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ แผนเฉพาะในแต่ละด้าน และทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี

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

- สถานการณ์ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย โดยที่เคลื่อนไหวอยู่ในช่วงร้อยละ 30 ในปี 2550 โดยเพิ่มขึ้นร้อยละ 34 ในปี 2558 และลดลงเหลือเพียงร้อยละ 28 ในปี 2564 โดยเพศชายมีอัตราการดื่มลดลง ขณะที่เพศหญิงมีอัตราการดื่มเพิ่มขึ้น และกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-19 ปี) มีอัตราการดื่มลดลงเหลือ ร้อยละ 9 อย่างไรก็ตาม พบว่ากลุ่มเยาวชนมีแนวโน้มที่จะดื่มประจำเพิ่มขึ้น

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

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

เมื่อพิจารณาข้อมูลจากการสำรวจสุขภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย พบว่า สัดส่วนของผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตรายมีแนวโน้มลดลงมาโดยตลอด จากร้อยละ 9.10 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 7.30 ในปี 2552 ลดลงเหลือ ร้อยละ 3.40 ใน พ.ศ. 2557 และลดลงอย่างต่อเนื่องเหลือ ร้อยละ 0.5

ในปี 2563 โดยลดลงทั้งในเพศชายและเพศหญิง ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่า พฤติกรรมการดื่มอย่างหนักของประชากรไทยมีแนวโน้มที่ดีขึ้น คือ “มีการลดลง” นั้นเอง¹⁷

ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี มีปริมาณสูงกว่า 8 ลิตรต่อคนต่อปี ในช่วงปี 2549 และลดลงอย่างชัดเจนมาอยู่ที่ 6.08 ลิตรต่อคนต่อปี ในปี 2551 ซึ่งเป็นปีที่ประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 หลังจากนั้นค่อนข้างคงที่อยู่ระหว่าง 6.67-7.29 ลิตรต่อคนต่อปี นอกจากนี้ มีการลดลง ในปี 2561 มาอยู่ที่ 5.95 ลิตรต่อคนต่อปี เป็นผลมาจากการประกาศใช้ พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 (เปลี่ยนฐานภาษีเป็นราคาขายปลีกแนะนำ) และเริ่มกลับมาสูงขึ้นเมื่อผู้ผลิตและผู้บริโภคเริ่มปรับตัวได้ และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องอยู่ที่ 7.67 ลิตรต่อคนต่อปี ในปี 2563 และลดลงเหลือ 7.1 ลิตรต่อคนต่อปี ในปี 2564¹⁸

- สถานการณ์ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

ประชากรไทยอายุ 12-65 ปี มีแนวโน้มการใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจครัวเรือนระดับชาติเพื่อประมาณการจำนวนผู้ใช้สารเสพติดทั่วประเทศ พบว่าในปี 2562 มีประชากรไทยอายุระหว่าง 12-65 ปี ประมาณร้อยละ 1.33 ได้ใช้กัญชาใน 12 เดือนที่ผ่านมา และมีร้อยละ 1.30 ได้ใช้ยาบ้า ซึ่งเป็นตัวเลขประมาณการที่สูงกว่าค่าประมาณการในการสำรวจก่อนหน้าในปี 2559 โดยสูงกว่าถึงราวสามเท่าสำหรับกัญชา และเกือบสองเท่าสำหรับยาบ้า โดยเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด¹⁹ พบว่า ความชุกของการเคยใช้สารเสพติดผิดกฎหมายในช่วงชีวิตในเยาวชนอายุ 12-19 ปี ในปี 2559 พบได้สูงอยู่แล้วถึงราวร้อยละ 6.6 และในเยาวชนอายุ 20-24 ปี สูงถึงร้อยละ 9.7 โดยยังคงมีการใช้สารในปัจจุบัน (ใช้อย่างน้อย 1 ครั้งในปีที่ผ่านมาของการสำรวจปี 2559) ประมาณร้อยละ 2 และมีการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายใน 30 วันที่ผ่านมาของเด็กและเยาวชนราวร้อยละ 1 โดยกลุ่มอายุที่ยังคงมีการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายเป็นประจำ (ใช้อย่างน้อย 20 วัน ในหนึ่งเดือน) สูงที่สุดคือกลุ่มเยาวชนอายุ 20-24 ปี ซึ่งมีการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายเป็นประจำร้อยละ 0.8

นอกจากนี้ จากการสำรวจระดับชาติด้านสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ในปี พ.ศ. 2560 โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป²⁰ พบสารเสพติดที่ประชากรไทยใช้มากที่สุดในช่วงชีวิต คือ กัญชา โดยเมื่อแบ่งตามกลุ่มอายุจะพบว่าสัดส่วนการใช้สารเสพติดตลอดชีพไม่ว่าจะเป็นกัญชาหรือเมทแอมเฟตามีนได้สูงสุดในเยาวชนอายุ 18-24 ปี และผู้ใหญ่ตอนต้นอายุ 25-34 ปี โดยมีการใช้กัญชาในกลุ่มอายุดังกล่าวประมาณร้อยละ 12 และพบการใช้เมทแอมเฟตามีนอยู่ที่ประมาณร้อยละ 11 สำหรับกลุ่มอายุที่มีพฤติกรรมการติดสารเสพติดผิดกฎหมายตลอดชีพสูงที่สุด คือ ผู้ใหญ่ตอนต้นอายุ 25-34 ปี พบสูงถึงร้อยละ 7.6 รองลงมาคือ กลุ่มเยาวชนอายุ 18-24 ปี ตามลำดับ

สถานการณ์ด้านกัญชา วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2565 ได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุรายชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ให้มีการยกเลิกพืชกัญชากว่า 400 สายพันธุ์ที่มีความเข้มข้นสาร Tetrahydrocannabinol (THC) สูงกว่าร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก ออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษเพื่อให้เกิดความเสรีในการนำกัญชาไปใช้ในครัวเรือน และกำหนดให้มีผลบังคับใช้ใน 120 วัน หลังการประกาศ ซึ่งได้มี

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

¹⁸ สถิติการผลิต จำหน่าย และการเก็บภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. สำนักมาตรฐานและจัดเก็บภาษี 1.กรมสรรพสามิต.

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

²⁰ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). “การสำรวจระดับชาติด้านสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2560”. (กระทรวงสาธารณสุข).

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาและการบริโภคอันได้แก่กฎหมายด้านอาหาร ยา และสมุนไพร เพื่อกำกับดูแลควบคุมผลิตภัณฑ์กัญชา กัญชง เป็นบางส่วนแล้ว และอยู่ระหว่างการรื้อร่าง พ.ร.บ. กัญชา กัญชง พ.ศ. ในการพิจารณาเพื่อให้เกิดความรัดกุมในการนำกัญชาไปใช้โดยทั่วไปเพื่อการสันติภาพ ทั้งนี้ ร่าง พ.ร.บ. กัญชา กัญชง พ.ศ. กำลังอยู่ระหว่างการเข้าพิจารณาในสภาฯ

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

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

2. การดำเนินงานที่ผ่านมา

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

1) การพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย เพื่อผลักดันให้เกิดกลไกการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ เพราะนโยบายและกฎหมายเป็นเครื่องมือหลักที่ใช้ในการขับเคลื่อนเพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งการดำเนินการตามกลไกนี้ สสส. เน้นการสร้างความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ ทุกภาคส่วน และทุกระดับ ทั้งระดับพื้นที่และระดับชาติ เช่น มาตรการ หลักเกณฑ์ การห้ามโฆษณาผ่าน

โซเซียลมีเดีย ซึ่งเป็นสื่อสมัยใหม่ที่มีอิทธิพลมากในยุคนี้ การห้ามโฆษณาดังกล่าวอยู่ในรูปแบบต่าง ๆ และกิจกรรมส่งเสริมการขายทุกรูปแบบ มาตรการจำกัดจำนวนใบอนุญาต/เพิ่มค่าธรรมเนียม กำหนดหลักเกณฑ์ในการขอ/ต่อใบอนุญาต และอัตราโทษการขึ้นภาษี และปกป้องการแทรกแซงนโยบายแอลกอฮอล์จากการค้าเสรี และมาตรการเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (demand side) ของประชาชนและเยาวชน ผลการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้ (1) แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 พ.ศ. 2564 - 2570 (2) ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดสถานที่หรือบริเวณห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบสถานศึกษา พ.ศ. 2558 (3) ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง ห้ามขายหรือบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ที่อยู่ในกำกับดูแลและใช้ประโยชน์ของราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ พ.ศ. 2558 (4) ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดสถานที่หรือบริเวณห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนทาง พ.ศ. 2558 (5) ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดวิธีการหรือลักษณะห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยวิธีการใช้เครื่องจ่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่หรือบริเวณร้านค้าสะดวกซื้อ พ.ศ. 2561 และ (6) ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยวิธีการหรือในลักษณะการขายทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. 2563 เป็นต้น

2) การพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร สนับสนุนศูนย์ศึกษาวิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพัฒนางานวิจัยและวิชาการเพื่อสนับสนุนการผลักดันนโยบายการขับเคลื่อนสังคม และการสื่อสารสาธารณะ โดยทำงานร่วมกับภาควิชาการร่วมกันในการสนับสนุน/ให้ทุนสำหรับภาคีเพื่อการสร้างองค์ความรู้ที่ตอบการสนองการขับเคลื่อนนโยบายและการทำงานในพื้นที่ ตลอดจนการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อกำกับติดตามสถานการณ์และการประเมินผล ผลการดำเนินงานสำคัญ ดังนี้ (1) ข้อมูลสถานการณ์ด้านสถานการณ์ ผลกระทบของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในด้านต่าง ๆ ที่พร้อมใช้งาน (2) มีข้อมูลสนับสนุนฝ่ายนโยบายและภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านแอลกอฮอล์ ทั้งในประเด็นขับเคลื่อนนโยบาย ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน เช่น สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครือข่ายองค์กรงดเหล้า กรมสุขภาพจิต เครือข่ายเฝ้าระวังธุรกิจสุรา เป็นต้น (3) จัดทำข้อมูล/หลักฐานวิชาการ เพื่อแพร่ความรู้ให้กับสังคมในประเด็นต่าง ๆ ที่อยู่ในความสนใจและตามสถานการณ์ของสังคม มีการเผยแพร่ข้อมูลออกไปในวงกว้างผ่านเว็บไซต์และเฟสบุคของ ศวส. และแชร์ผ่านเฟสบุคของภาคีเครือข่าย และจากการเข้ามามีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นของประชาชนผู้ติดตามเพจ (4) เกิดการขับเคลื่อนงานในระดับชุมชน จากการจัดอบรม/จัดสัมมนาแนวทางการดูแลผู้ติดสุราในชุมชน ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การพัฒนาโปรแกรมบำบัดดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชน และโครงการพัฒนาบุคลากร ครู ก ตามแนวทาง ลด ละ เลิกเหล้ากันเถอะ การดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุรา โดยผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำ และติดตามการดำเนินงานเป็นระยะ (5) จัดทำข้อมูลในประเด็นที่สำคัญและมีผลต่อการขับเคลื่อนส่งต่อให้ฝ่ายนโยบาย เช่น ได้จัดทำข้อมูล ผลกระทบของ CPTPP ต่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของไทย เผยแพร่ประชาชนทั่วไป และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้จัดทำข้อมูลในการพิจารณาเรื่องร้องเรียนกรณีการใช้ตราสัญลักษณ์และเครื่องหมายการค้าของผลิตภัณฑ์ไซตา น้ำแร่ธรรมชาติ และเปียร์ไร้อัลกอฮอล์ที่เหมือนหรือคล้ายกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาทำการโฆษณาประชาสัมพันธ์ให้กับคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคผลกระทบการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ออนไลน์ เป็นต้น และ(6) เกิดนักวิจัยใหม่ ที่มีศักยภาพในการดำเนินการวิจัยด้านแอลกอฮอล์

3) การพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ สนับสนุนภาคีสำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า/สคล. ระดับภาค/สคล. ระดับจังหวัด รวมทั้งเครือข่ายภาคประชาสังคมควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อดำเนินกิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายต่าง ๆ บรรลุเป้าหมายได้ เครือข่ายทำให้การดำเนินกิจกรรมเข้าถึงมวลชนได้ ในกลไกนี้ สสส. สนับสนุนให้เกิดการสร้างเครือข่ายต่าง ๆ เช่น เครือข่ายคนหัวใจหิน (คนงดเหล้าครบพรรษา) และคนเลิกเหล้าตลอดชีวิต (คนหัวใจเพชร) เพื่อให้มีบทบาทเป็นคนเลิกเหล้านักรณรงค์ ชวนคนเลิกเหล้าในองค์กรต่าง ๆ เช่น โรงเรียน โรงงาน หน่วยงานราชการ สถานประกอบการต่างๆ ต่อเนื่องและเป็นกลไกสำคัญในการรณรงค์งดเหล้าตามเทศกาล งานบุญประเพณีต่าง ๆ ผลการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้ (1) จัดสภาพแวดล้อมระดับชุมชนหมู่บ้านที่เอื้อต่อการลดละเลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเกิดชุมชนคนสู้เหล้า 430 แห่ง มีมาตรการชุมชนไม่ซื้อ ไม่ขาย ไม่ดื่ม ไม่เลี้ยงแอลกอฮอล์ในชุมชน ประชาคมงดเหล้าระดับจังหวัด แกนนำชุมชนระดับหมู่บ้านและตำบล ชมรมคนหัวใจเพชร ชวน ช่วย เชียร์ เลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีสมาชิก 10,000 คน (2) เกิดพื้นที่ต้นแบบการจัดงานปลอดเหล้า ได้แก่ งานบุญบั้งไฟปลอดเหล้า ปลอดภัย ปลอดพนัน 36 แห่ง, งานประเพณีลอยกระทงปลอดเหล้า ปลอดภัย 99 แห่ง งานแข่งเรือยาว ประเพณีปลอดเหล้า ปลอดภัยพนัน 76 แห่ง และสนามแข่งเรือปลอดเหล้า 12 แห่ง ตัวอย่างงาน/พื้นที่รูปธรรม เช่น งานลอยกระทงสาย จังหวัดตาก งานประเพณีเผาเทียนเล่นไฟจังหวัดสุโขทัย งานช้างและงานกาชาดสุรินทร์ เทศกาลกินปลาและของดีเมืองสมุทรสงคราม งานแข่งเรือปลอดเหล้าเปียร์จังหวัดน่าน งานบุญบั้งไฟตะไลล้านปลอดเหล้าบ้านกุดหว้าจังหวัดกาฬสินธุ์ งานเทศกาลอาหารสองทะเลจังหวัดสงขลา งานสงกรานต์ถนนข้าวเหนียวจังหวัดขอนแก่น และ 60 พื้นที่เล่นน้ำตระกูลข้าวปลอดเหล้าปลอดภัย เป็นต้น สร้างพื้นที่แสดงออกให้กับเยาวชนเพื่อป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ ผ่านกิจกรรมกีฬา และดนตรี เช่น โครงการแข่งขันกีฬาฟุตบอลเยาวชน SDN FUSAL NO-L CUP รุ่นเยาวชนชายอายุไม่เกิน 15 ปี ชิงแชมป์ระดับประเทศ โดยร่วมมือกับ Thai PBS โครงการ Stop Drink Music Award ประกวดวงดนตรีอายุไม่เกิน 22 ปี และคอนเสิร์ตโคตรอินดี้ ไม่สูบ ไม่ดื่ม ไม่เสพ เพื่อเป็นตัวอย่างแก่เทศกาลดนตรีอื่นๆ เพื่อสร้างค่านิยม “สนุกได้ ไร้แอลกอฮอล์” (3) ชุดความรู้ปลูกพลังบวกสร้างภูมิคุ้มกันปัจจัยเสี่ยงเหล้าบุหรี และ (4) โรงเรียนต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงโดยใช้หลักคำพ่อสอน จำนวน 12 แห่ง และชุดความรู้อบรมครู เป็นต้น

4) การพัฒนารูปแบบและระบบบริการเลิกสุรา ซึ่งทำให้ผู้ติดเหล้าสามารถลดและเลิกการดื่มเหล้าได้ สสส. ได้พัฒนารูปแบบระบบการบำบัดและส่งต่อให้ชัดเจน มีประสิทธิภาพ และเพิ่มการเข้าถึงบริการช่วยเหลือการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ และ สสส. ยังสนับสนุนให้เกิดการเลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน นอกจากนี้ สสส. สนับสนุนองค์ความรู้และพัฒนาเครื่องมือการให้คำปรึกษา การคัดกรอง การรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ผลการดำเนินงานสำคัญ ดังนี้ (1) สนับสนุนแผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.) จนเกิดคู่มือและแนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (2) สนับสนุนศูนย์ปรึกษาปัญหาการเลิกสุราและการเสพติด (1413 สายด่วนเลิกสุราและการเสพติด) (3) สนับสนุน HITAP เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา และ (4) การขับเคลื่อนการดูแลผู้มีปัญหาสุราในชุมชนโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

5) การสนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด สสส. สนับสนุนศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมูลนิธิศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ ผลการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้ (1) นำข้อมูลผลวิจัยมาจัดทำสื่อความรู้ในช่วงเปลี่ยนผ่านการนำกฎหมายไปใช้ประโยชน์ เพื่อสร้างความเข้าใจให้กับสังคมประชาชน (2) นำข้อมูลผลการวิจัยมาจัดทำสื่อความรู้ บทความ หลักฐานวิชาการ ของผลกระทบยาเสพติดชนิดต่าง ๆ เช่น กระท่อม โอซ์ สื่อสื่อสารความรู้ ผลกระทบให้กับสังคม (3)

เกิดการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายด้านนโยบาย เช่น สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา องค์การอนามัยโลก (WHO) เป็นต้น และ (4) เกิดนักวิจัยใหม่ที่มีศักยภาพในการพัฒนางานวิจัยด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติดทั้งในระดับประเทศ และระดับชุมชน

3. กรอบแนวคิดการดำเนินงาน

3.1 โครงสร้างและกลไกการทำงานของแผน

แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดใช้กระบวนการสนับสนุนและเชื่อมประสานการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายต่างๆ ให้เชื่อมโยงและหนุนเสริมการดำเนินงานในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้ยุทธศาสตร์ “ไตรพลัง” คือ 1) พัฒนานโยบายและการบังคับใช้กฎหมาย 2) พัฒนาวិชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร และ 3) พัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ โดยมีความเชื่อมโยงกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปีของ สสส. ที่ว่าการบริโภคสุราและสิ่งเสพติดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการตายก่อนวัยอันควร ทั้งจากอุบัติเหตุ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และยังอาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บ พิการ หรือปัญหาสุขภาพจิตตามมา ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพและการดำเนินชีวิต ซึ่งไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้บริโภคสุราและสิ่งเสพติดเท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดผลกระทบกับครอบครัวในปัญหาความรุนแรง ผลกระทบต่อสาธารณะที่ทำให้ประเทศเกิดปัญหาการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ ประสิทธิภาพของแรงงาน และต้นทุนในการรักษาและบำบัดผู้ติดสุราและสิ่งเสพติด ซึ่งล้วนส่งผลต่อพัฒนาการเศรษฐกิจของประเทศทั้งสิ้น



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

แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด มีการกำหนดกรอบการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ทั้งหมด 4 ประเด็น ดังนี้ (1) การควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดและมาตรการทางภาษี (2) ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดที่เหมาะสมกับแต่ละ

กลุ่มเป้าหมาย (3) การลดอันตรายจากสิ่งเสพติด (harm reduction) (4) ศักยภาพของภาคีเครือข่ายระดับ
ส่วนกลาง ภูมิภาค ท้องที่ และท้องถิ่น ในการจัดการป้องกันแก้ไขปัญหายา
เสพติดเป็นกรอบแนวคิดการดำเนินงานของแผน ดังต่อไปนี้



4. นิยามเชิงปฏิบัติการ

นักดื่มในปัจจุบัน (current drinker) ซึ่งหมายถึงผู้ที่ดื่มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

นักดื่มประจำ หมายถึง ผู้ที่เคยดื่ม หรือบริโภคสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำทุกวัน เกือบทุกวัน วันเว้นวัน หรือทุกสัปดาห์

นักดื่มเป็นครั้งคราว หมายถึง ผู้ที่ไม่ได้ดื่มเป็นประจำในทุกสัปดาห์ ดื่มตามโอกาสสำคัญ เช่น เทศกาลต่างๆ และวันสำคัญของตนเองและครอบครัว

นักดื่มแบบอันตราย (harmful drinker) หมายถึง ผู้ที่ดื่มมากกว่าตั้งแต่ 5 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไปและดื่มวันละมากกว่า 5 ดื่มมาตรฐาน

ผู้ติดสิ่งเสพติด หมายถึง เสพสิ่งเสพติด/เล่นพนัน ถึงขั้นที่ก่อให้เกิดปัญหาในชีวิต

จุดเน้นของแผน

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

1. ด้านการพัฒนา นโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย

- 1) สนับสนุนให้หน่วยงานต่าง ๆ ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 พ.ศ. 2564-2570

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

สถานศึกษา ฯลฯ ซึ่งได้รับมอบหมายให้เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ และลดข้อจำกัดต่างๆในการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ เช่น การมีบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่งบประมาณในการดำเนินงาน เป็นต้น

- 8) ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สภากรุงเทพมหานคร องค์กร อาทิสถานประกอบการ สถานศึกษา เพื่อพัฒนานโยบาย มาตรการ กฎกติกา ข้อตกลงร่วมในระดับพื้นที่/ชุมชน มาตรการองค์กร/สถานศึกษา เพื่อป้องกันควบคุมการเข้าถึงของกลุ่มเปราะบาง การกำหนดโซนนิ่ง/พื้นที่ปลอดภัย พื้นที่ห้ามขาย-ห้ามดื่ม ตลอดจนการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดภัย
- 9) ประสานความร่วมมือสนับสนุนองค์การอนามัยโลกเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Framework Convention on tobacco Control: FCAC) เพื่อสนับสนุนให้นโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของไทยเข้มแข็งยิ่งขึ้น ส่งผลต่อการปกป้องสุขภาพคนไทยเพื่อลดความสูญเสียทั้งทางสังคมและทางเศรษฐกิจของประเทศ

2. ด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร

- 1) สนับสนุนการจัดการข้อมูลทางวิชาการ เพื่อสร้างองค์ความรู้ในด้านผลกระทบจาก มาตรการและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับปัญหาอันเกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 2) พัฒนางานวิจัย งานวิชาการ รวมถึงองค์ความรู้ที่จำเป็นและมีผลต่อการดำเนินงาน ขับเคลื่อนเชิงนโยบาย (evidence-based policy) และการขับเคลื่อนของภาคีเครือข่าย รมรณรงค์ ด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยสามารถนำความรู้ที่ได้ไป สื่อสารเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนค่านิยมของสังคม รวมทั้งสร้างความตระหนักในเรื่อง การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 อันมีผลมาจากการลดบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์
- 3) สนับสนุนการเผยแพร่องค์ความรู้ ให้เกิดการสื่อสารเชิงรุกเพื่อสร้างบรรทัดฐานสังคม ชี้ให้เห็นว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสินค้าไม่ธรรมดา (de-normalization) รวมถึงมีการ พัฒนาและเผยแพร่งานวิชาการเพื่อการรู้เท่าทันกลยุทธ์ธุรกิจแอลกอฮอล์
- 4) สนับสนุนการวิจัยเชิงปฏิบัติ การพัฒนานวัตกรรมหรือต้นแบบในการป้องกันและแก้ไข ปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะการดำเนินงานเพื่อการควบคุม การเข้าถึงกลุ่มเปราะบาง อาทิ เด็กเยาวชน ผู้สูงอายุ รวมถึงการบังคับใช้กฎหมาย ใน ระดับพื้นที่ รวมถึงการถอดบทเรียนกรณีศึกษาหรือพื้นที่ต้นแบบในการดำเนินงาน ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อนำไปสู่การขยายผลเชิงระบบ
- 5) จัดทำระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อติดตามสถานการณ์การบริโภค ผลกระทบและการดำเนิน นโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนการจัดทำรายงานสถานการณ์ ผลกระทบ และการดำเนินงานนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งในระดับประเทศและระดับ จังหวัด
- 6) สนับสนุนการประเมินประสิทธิผลของนโยบาย มาตรการและกลไกการดำเนินงาน ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พัฒนารูปแบบและวิธีประเมินผลที่มีประสิทธิภาพโดยเน้น การประเมินทั้ง (1) การประเมินเชิงมาตรการ/นโยบายสาธารณะเพื่อการควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง และ (2) การประเมินเชิงกลยุทธ์การ

ทำงานในระดับพื้นที่/ระดับโครงการที่ส่งผลต่อการลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- 7) พัฒนาศักยภาพนักวิจัย นักวิชาการ และนักประเมินผล ให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่
- 8) พัฒนาเทคโนโลยีสนับสนุนการจัดทำฐานข้อมูลเพื่อสร้างความรอบรู้ ตลอดจนการพัฒนาศูนย์ข้อมูลบนระบบดิจิทัลเพื่อสนองการใช้ประโยชน์ของบุคคล หน่วยงาน/องค์กรต่าง ๆ ให้มากยิ่งขึ้น
- 9) พัฒนาเชื่อมโยงความร่วมมือทางวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การพัฒนาบุคลากร และการชี้แนะนโยบายทั้งในประเทศและระดับสากลกับองค์กรวิชาการสากล เชื่อมการทำงานด้านยุทธศาสตร์โลกในการลดอันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนประสานสนับสนุนให้มีเวทีในระดับสากลทั้งด้านนโยบาย วิชาการ กลยุทธ์ธุรกิจแอลกอฮอล์
- 10) สนับสนุนองค์ความรู้และพัฒนาเครื่องมือการให้คำปรึกษา การคัดกรอง การรักษาผู้มีปัญหาจิตเวช/ผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง
- 11) สนับสนุนการบูรณาการการศึกษาวิจัยและการจัดการความรู้ด้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ยาสูบ สิ่งเสพติด อุบัติเหตุทางถนน อาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพอื่น ๆ รวมทั้งความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ อาทิ การวิจัย/พัฒนาฐานข้อมูลเพื่อควบคุมพฤติกรรมดื่มแล้วขับ

3. ด้านการพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

- 1) สนับสนุนการรณรงค์ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ และการลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยพัฒนานวัตกรรม เครื่องมือ สื่อ และช่องทางการสื่อสาร ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยง อาทิ กลุ่มเด็กเยาวชน กลุ่มผู้ใช้แรงงาน กลุ่มผู้มีเศรษฐกิจต่ำ กลุ่มผู้หญิง และเชิงพื้นที่/จังหวัดที่มีอัตราการบริโภคสูง ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นต้น
- 2) สนับสนุนให้เกิดการสื่อสารเชิงรุกเพื่อสร้างบรรทัดฐานสังคมให้เห็นว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสินค้าไม่ธรรมดา (de-normalization) อย่างต่อเนื่อง และการเฝ้าระวังกลยุทธ์ธุรกิจที่ขาดความรับผิดชอบต่อสังคม
- 3) ขยายการทำงานเพื่อพัฒนาพื้นที่ต้นแบบโดยใช้อำเภอเป็นศูนย์กลาง โดยการเชื่อมประสานหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนในอำเภอ ขับเคลื่อนให้เกิดแกนนำในระดับพื้นที่ให้เกิดการกำหนดเป้าหมายร่วม พัฒนาแผนปฏิบัติการ ใช้กฎหมาย/มาตรการชุมชนตลอดจนกลไกการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือ หนุนเสริมกระบวนการรณรงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควบคู่กับการติดตามประเมินผลเพื่อนำสู่การปรับและพัฒนาแผนปฏิบัติการในระยะถัดไป เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการทำงาน
- 4) สนับสนุนให้เกิด “การขยายเครือข่ายนักรณรงค์” ในแต่ละกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง อาทิ เครือข่ายคนเลิกเหล้าตลอดชีวิต (คนหัวใจเพชร) เครือข่ายนายอำเภอนักรณรงค์ เครือข่ายแกนนำชุมชนต่าง ๆ เครือข่ายผู้นำท้องถิ่นท้องที่ เครือข่ายพระสงฆ์และผู้นำศาสนาต่างๆ เครือข่ายสถานประกอบการ เครือข่ายครูดีไม่มีอบายมุข เครือข่ายเยาวชน ฯลฯ เพื่อเป็นผู้นำ

ในการสื่อสารให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในการลด ละ เลิก พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสนับสนุนนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- 5) การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในงานเทศกาลประเพณี โดยการขยายผลการสร้างความตระหนักในคุณค่าของงานประเพณีวัฒนธรรมที่มีความปลอดภัย หนุนให้เกิดบรรทัดฐานทางสังคม (วิถีชุมชน จารีตประเพณี และการบัญญัติกฎหมาย) ที่ไม่พึงพาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผ่านการสนับสนุนงานบุญประเพณี งานเทศกาล งานวัฒนธรรม ไร่แอลกอฮอล์ ตลอดจนการขยายสู่แหล่งท่องเที่ยวปลอดภัย โดยสร้างความร่วมมือกับเจ้าภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงมหาดไทย หรือกระทรวงวัฒนธรรม ก่อให้เกิดการกำหนดนโยบายสาธารณะและมาตรการการกำกับดูแลพื้นที่/การจัดงานต่าง ๆ
- 6) สนับสนุนการทำงานประเพณี งานวัฒนธรรม งานท่องเที่ยวชุมชนวิถีใหม่ (new normal) เพื่อ “พัฒนาโมเดลการจัดงานแบบ SMS (Small Meaning Safety)” ในการจัดงานขนาดเล็ก เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยยังคงสนับสนุนงานประเพณีท่องเที่ยวต้นแบบระดับประเทศ เช่น งานประเพณีสงกรานต์ถนนข้าวเหนียว จังหวัดขอนแก่น งานปีใหม่เมืองของจังหวัดเชียงใหม่ งานลอยกระทงสาย จังหวัดตาก งานเทศกาลกาชาดและงานช้าง จังหวัดสุรินทร์ งานแข่งเรือยาวประเพณี จังหวัดน่าน เป็นต้น
- 7) สนับสนุนให้เกิดการช่วยเหลือผู้มีปัญหาจิตเวช/ผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบบริการสุขภาพให้กว้างขวางยิ่งขึ้น เช่น กลุ่มช่วยเหลือผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน การขยายเครือข่ายพระและวัดเพื่อช่วยลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนการสนับสนุนให้เกิดระบบการรับ-ส่งต่อผู้เข้ารับการบำบัดระหว่างระบบบริการสุขภาพกับชุมชน และการติดตามผลการบำบัด
- 8) สนับสนุนการบูรณาการประเด็นปัญหาปัจจัยเสี่ยงจากแอลกอฮอล์ กับปัจจัยเสี่ยงสุขภาพอื่นๆ รวมทั้งปัจจัยสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม เพื่อพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง โดยเฉพาะการเตรียมพร้อมชุมชนในการพึ่งตนเองในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด ทั้งการจัดการปัญหาการแพร่ระบาด และการช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางในชุมชน โดยความร่วมมือกับหน่วยงานในพื้นที่และทุนในท้องถิ่น
- 9) สนับสนุนให้เกิดการพัฒนากิจกรรมเชิงบวก “ความสุขทางเลือก” (สุขได้ไร้แอลกอฮอล์) ในงานเทศกาลหรือบุญประเพณี กิจกรรมเยาวชน งานดนตรี กีฬา ศิลปวัฒนธรรม รวมทั้งพื้นที่สร้างสรรค์ในรูปแบบต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ค่านิยมชุมชนสังคม
- 10) สนับสนุนการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างประเด็นปัจจัยเสี่ยง (ยาสูบ แอลกอฮอล์ สารเสพติด พนัน อุบัติเหตุทางถนน) ตลอดจนการขยายผลต้นแบบงานต่าง ๆ บูรณาการสู่กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ต่าง ๆ ร่วมกับแผนที่เกี่ยวข้อง อาทิ แผนสุขภาพะชุมชน แผนสร้างเสริมสุขภาพะในองค์กร แผนสุขภาพะเด็ก เยาวชน และครอบครัว แผนสุขภาพะประชากรกลุ่มเฉพาะ โดยคำนึงถึงความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพเป็นสำคัญ

4. ด้านการสนับสนุนป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

- 1) สนับสนุนการพัฒนางานวิชาการ งานวิจัย และต่อยอดองค์ความรู้ รวมทั้งเชื่อมโยงประสานภาคนักวิจัยนักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหารขององค์กรทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมเพื่อการผลักดันนโยบายการป้องกัน ดูแลและแก้ไขปัญหายาเสพติด

- (policy-driven research) รวมไปถึงการจัดการข้อมูลให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายอย่างเท่าเทียมกัน
- 2) เชื่อมประสานเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและพัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ รวมไปถึงการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนให้มากยิ่งขึ้น โดยการพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมในระดับต่าง ๆ เช่น ในระดับพื้นที่ท้องถิ่น และเครือข่ายภาคประชาชนในการขับเคลื่อนงานป้องกัน ดูแล และแก้ไขปัญหาเสพติดอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
 - 3) สนับสนุนให้มีกลไกภาคประชาสังคมในการรณรงค์และสื่อสารสู่สาธารณะสร้างกระแสสังคม เพื่อสร้างความตระหนักรู้ทันต่อปัญหาเสพติด และสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ตลอดจนการเพิ่มโอกาสของสังคมในการยอมรับผู้เลิกสารเสพติดดูแลให้กลับไปเสพซ้ำ โดยเน้นการพัฒนาแพลตฟอร์ม (platform) ที่เข้าถึงประชาชนทั้งทางตรงและการสร้างการรับรู้ที่ต่อเนื่องโดยมุ่งเน้นไปที่ social media platform เป็นหลักตามบริบทสังคมปัจจุบัน

เป้าหมายการดำเนินงาน

1. เป้าหมาย: ลดอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. ตัวชี้วัด

- 1) อัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ลดลง
- 2) อัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน อายุ 15-24 ปี ลดลง
- 3) ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ลิตรของเอทานอลบริสุทธิ์) ต่อหัวประชากร ลดลง
- 4) สัดส่วนของงานบุญประเพณีระดับจังหวัดเป็นการจัดงานตามนโยบายปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มขึ้น (หมายเหตุ: งานบุญประเพณีระดับจังหวัด ได้แก่ งานแข่งเรือ งานสงกรานต์ งานบั้งไฟ และ งานกาชาด)
- 5) ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol control literacy) ของเยาวชนเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์

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

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์ที่ใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ใช้ยุทธศาสตร์ไตรพลัง ประกอบด้วย พลังนโยบาย พลังปัญญา และพลังสังคม ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปีของ สสส. และยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย

(1) การส่งเสริมวิชาการและนวัตกรรมการใช้ประโยชน์ในการผลักดันงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการป้องกันแก้ไขปัญหาสารเสพติด ตลอดจนเพื่อการสนับสนุนงานรณรงค์ การขับเคลื่อนเชิงนโยบายและการติดตามประเมินผล

(2) การสานพลังภาคีและเครือข่าย เพื่อสร้างเป้าหมายร่วมในด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด ตลอดจนการเชื่อมโยงการทำงานเพื่อเสริมพลังซึ่งกันและกัน ได้แก่ พลังนโยบาย พลังปัญญา และพลังสังคม

(3) การ พัฒนาศักยภาพบุคคล ชุมชน องค์กร ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด เพื่อมุ่งพัฒนานโยบาย มาตรการ ในการป้องกันแก้ไขปัญหาดังกล่าวทั้งส่วนกลางและระดับพื้นที่

(4) การพัฒนากลไกทางนโยบาย สังคม และสถาบัน เพื่อจัดการและสนับสนุนการดำเนินการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด

(5) การสื่อสารสังคม เพื่อสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนการสร้างความตระหนักเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลด ละ เลิก การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด

กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

สามารถแบ่งกลุ่มเป้าหมายออกเป็น ดังนี้

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

ขอบเขตการดำเนินงาน มุ่งการทำงานใน 2 มิติสำคัญ ประกอบด้วย

- 1) พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/สารเสพติด/พนัน ทั้ง การป้องกันนักดื่ม/นักเสพนักพนันหน้าใหม่ โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชน และการลดพฤติกรรมนักดื่มแบบอันตราย (harmful drinker) ผู้ติดสารเสพติด และผู้ติดพนัน
- 2) วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ทั้งการปรับบรรทัดฐานทางสังคม (วิถีชุมชน จารีตประเพณี ข้อบัญญัติกฎหมาย) และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย

งบประมาณ

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

3. แผนจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม

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

1. ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

1.1 ที่มาและความสำคัญ

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

แผนการจัดการความปลอดภัยทางถนน ยังดำเนินการสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ อันได้แก่

1) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน เป้าหมาย ประเทศไทยเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว เศรษฐกิจเติบโตอย่างมีเสถียรภาพและยั่งยืน ประเด็นยุทธศาสตร์ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 โครงสร้างพื้นฐาน เชื่อมโลก เชื่อมไทย

2) แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็น โครงสร้างพื้นฐาน ระบบโลจิสติกส์ และดิจิทัล เป้าหมายและตัวชี้วัดของแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (7) ประเด็น โครงสร้างพื้นฐาน ระบบโลจิสติกส์ และดิจิทัล (พ.ศ. 2561-2580) “อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลงเหลือ 5 คนต่อแสนประชากร ภายในปี 2580”

3) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 พ.ศ. 2566-2570 ให้มีความสำคัญกับการลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนน

4) แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565-2570 กำหนดเป้าหมายลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนนลง 12 คนต่อแสนประชากร ภายในปี 2570 ที่มุ่งเน้นการลดการเสียชีวิตผู้ใช้รถจักรยานยนต์และเยาวชน พัฒนาสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและการเดินทางที่ยั่งยืน พัฒนารากฐานโครงสร้างการทำงานควบคู่กับการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

5) นโยบายของรัฐบาล ข้อ 5.6 พัฒนาสาธารณูปโภคพื้นฐาน ในข้อ 5.6.1 พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านคมนาคมให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศและสามารถรองรับการขนส่งและการเดินทางต่อเนื่องหลายรูปแบบได้อย่าง ไร้รอยต่อ และข้อ 5.6.2 แก้ไขปัญหาจราจรติดขัดในพื้นที่เขตเมือง โดยการพัฒนาระบบขนส่งมวลชนสาธารณะที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับศักยภาพของแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะเมืองหลักในภูมิภาค การนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการควบคุม สั่งการจราจรและวางแผนการเดินทาง การกวดขันวินัยจราจร และการจัดระเบียบที่จอดรถ โดยเฉพาะการจัดให้มีที่จอดรถใต้ดินและบนดินเพิ่มเติม ทั้งของภาครัฐและภาคเอกชนพร้อมทั้ง พัฒนาทางเท้า ทางจักรยาน และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ให้สามารถรองรับความต้องการเดินทางเพื่อคนทั้งมวล (universal design) เพื่อให้ประชาชนมีทางเลือกในการเดินทางได้อย่างทั่วถึงและรวดเร็ว

สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) สสส. ในประเด็นความปลอดภัยทางถนน โดยทิศทางการทำงานของแผนหลัก 5 ปี ในระยะนี้ จะมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ กลุ่มเด็กและเยาวชน และกลุ่มวัยแรงงาน ดำเนินการในพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและเสียชีวิต ลดพฤติกรรมเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ การไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่ การดื่มแล้วขับ และการขับเร็ว และพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีและดิจิทัลรวมถึงการพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายที่จะช่วยเสริมการทำงานให้ได้ผลลัพธ์แบบก้าวกระโดด โดยเสริมพลังองค์กรภาคีเครือข่ายภาครัฐภาคเอกชนในการขับเคลื่อนการทำงานและบูรณาการร่วมกัน และส่งเสริมให้ระดับพื้นที่และท้องถิ่นชุมชนมีการกำหนดมาตรการในการกำกับดูแลความปลอดภัยทางถนนของประชาชนในพื้นที่เพื่อลดความสูญเสียและช่วยสนับสนุนการทำงานภาพรวมของประเทศในการลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

1.2 การดำเนินงานที่ผ่านมา

ภาพรวมการขับเคลื่อนการทำงานที่ผ่านมาของแผนการจัดการความปลอดภัยทางถนน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ต่างมีทิศทางการทำงานที่มุ่งเน้นสนับสนุนการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุและลดความสูญเสียในกลุ่มเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ กลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ และกลุ่มเยาวชน โดยเน้นที่การแก้ไขพฤติกรรมเสี่ยงสำคัญหลักอันได้แก่ ดื่มแล้วขับ ขับเร็ว ไม่สวมหมวกนิรภัย โดยมุ่งหวนวนกิจกรรมการทำงาน เทคโนโลยีและดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงาน ลดช่องว่างของการทำงาน และยกระดับและขยายผลการดำเนินงาน รวมถึงการสนับสนุนให้กลไกการทำงานของหน่วยงานหลักสำคัญ คือ ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนในทุกระดับ ทั้ง ระดับชาติ-ระดับจังหวัด-ระดับอำเภอ-ระดับท้องถิ่น ดำเนินการไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติการ สนับสนุนต้นแบบการทำงาน องค์กรความรู้ นักวิชาการ และการเชื่อมประสานเพื่อให้เกิดการทำงานได้อย่างราบรื่นในระดับต่างๆ และมีความพยายามในสร้างความร่วมทางวิชาการเพื่อหนุนเสริมการทำงานร่วมกันกับกองทุนต่าง ๆ เช่น กองทุน กปถ. วช. สกสว. เป็นต้น ที่มุ่งเสริมพลังทางวิชาการเพื่อแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนที่เน้นกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์และกลุ่มเด็กและเยาวชน

1.3 สถานการณ์และแนวโน้มที่เกี่ยวข้อง

อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในภาพรวมของประเทศลดลงเหลือเพียง 25.92-27.20 คนต่อแสนประชากร มาตรการต่าง ๆ โดยเฉพาะมาตรการ “ปิดเมือง” (lockdown) ที่ภาครัฐได้ประกาศออกมาใน

สภาวะฉุกเฉิน เพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ตั้งแต่ต้นปี 2563 เป็นต้นมา เหมือนจะเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งผลทางอ้อมทำให้สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยมีแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะตัวเลขจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในภาพรวมจากการบูรณาการข้อมูล 3 ฐาน ลดลงเหลือเพียง 17,000 รายต่อปี ในขณะที่สถานการณ์ความเสี่ยงในระดับพื้นที่ที่มีแนวโน้มเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นการขอความร่วมมือจากหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ให้งานอยู่บ้านทำงานแทนการเข้าสำนักงาน การจำกัดการเดินทางในพื้นที่ (จังหวัด) ที่มีความเสี่ยงของการแพร่ระบาดสูง การจำกัดเวลาการเดินทางในช่วงเวลากลางคืน เป็นต้น ซึ่งมีผลทำให้ประชาชนมีการใช้รถใช้ถนนลดลงอย่างเห็นได้ชัด ส่งผลทำให้จำนวนประชากรเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุทางถนนลดน้อยลงตามรวมไปถึง มาตรการปิดสถานบันเทิง การงดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในร้านอาหารทั่วประเทศก็ถือเป็นแนวทางที่ลดจำนวนผู้ขับขี่ที่ดื่มแล้วขับซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญประการหนึ่งของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน มาตรการต่าง ๆ เหล่านี้จึงทำให้ตัวเลขผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยตัวเลขผู้เสียชีวิตจากการบูรณาการข้อมูล 3 ฐาน (ตำรวจ สาธารณสุขและประกันภัย) ในช่วงปี 2563-2564 ลดลงเหลือเพียง 17,000 ราย โดยประมาณ ซึ่งก่อนหน้าที่จะมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (ปี 2561-2562) ตัวเลขจะอยู่ที่ประมาณ 20,000 รายต่อปี กล่าวอีกนัย อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในภาพรวมของประเทศลดลงจาก 30.36-30.47 เหลือเพียง 25.92-27.20 คนต่อแสนประชากร แต่ก็ยังคงไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดเอาไว้ที่ 18 คนต่อแสนประชากร เมื่อสิ้นสุดแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2561-2564 เช่นเดียวกันกับสถานการณ์ความเสี่ยงในระดับพื้นที่ (ระดับจังหวัด) ก่อน (ปี 2561-2562) และหลัง (ปี 2563-2564) บ่งชี้ว่ามาตรการเหล่านั้นทำให้เกือบทุกจังหวัดมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง ยกเว้นบางจังหวัดที่ตัวเลขนี้ยังสูงกว่า 50 ต่อแสนประชากร ได้แก่ จังหวัดระยอง

แม้ภาพรวมอุบัติเหตุทางถนนได้ลดลง แต่ “รถจักรยานยนต์” ยังคงเป็นยานพาหนะกลุ่มเสี่ยงหลักของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เช่นเดียวกับกับ “กลุ่มเยาวชน (15-24 ปี) และกลุ่มคนวัยทำงาน (25-49 ปี)” ที่ยังคงเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มช่วงอายุอื่น ๆ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ “กลุ่มผู้สูงอายุ” ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ถือเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงอีกกลุ่มที่น่าจะต้องจับตามองและมีการเฝ้าระวังอย่างเป็นพิเศษ เนื่องจากแนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดช่วง 5 ปี ที่ผ่านมาอย่างไรก็ตาม แม้ว่าสถานการณ์การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในภาพรวมของประเทศมีแนวโน้มไปในทิศทางที่ดีขึ้น แต่ยอดตัวเลขผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในปัจจุบันก็ยังคงถือว่าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ดังนั้นการกำหนดแผนหรือมาตรการต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ รวมถึงการจัดการในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงนั้นถือว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งในการลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งเอาไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ปกติที่ไม่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และยังรวมถึงความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในระดับโลกและประเทศที่เกิดขึ้นที่จะส่งผลกระทบและความสัมพันธ์สูงกับการขับเคลื่อนการสร้างความปลอดภัยทางถนน ที่จะเป็ปัจจัยหลักที่จะนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการทำงานให้รอบด้านเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน และช่วยลดความสูญเสียทั้งชีวิตทรัพย์สินของประชาชนไทยและช่วยเหลือประเทศในการลดภาระด้านสาธารณสุขที่ต้องดูแลชดเชยเยียวยาต่อไป

รถจักรยานยนต์ คือเป็นยานพาหนะหลักที่คนไทยเลือกใช้สูงสุดมากกว่า 20 ล้านคัน ซึ่งสาเหตุสำคัญหนึ่งของการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ คือ เมื่อเกิดอุบัติเหตุแล้วทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะนำไปสู่การเสียชีวิตหรือความพิการในเวลาต่อมา ดังนั้น การสวมหมวกนิรภัยจึงเป็นสิ่งที่ป้องกันไม่ให้เกิดการบาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิต แต่จากการสำรวจการส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยทั้งผู้ขับขี่และผู้โดยสาร ยังพบอัตราเฉลี่ย

อยู่ที่ประมาณร้อยละ 46 ซึ่งในประเทศไทยหลายภาคส่วนรวมถึง สสส. มีความพยายามอย่างสูงที่จะเร่งส่งเสริมให้เกิดการสวมหมวกนิรภัย แต่จากการสำรวจประชาชนมองเป็นเรื่องของปัจเจก ยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการสวมหมวก แม้มีกฎหมายบังคับใช้แต่เจ้าหน้าที่ตำรวจก็ไม่มีเพียงพอที่จะบังคับใช้กฎหมายกับผู้ขับขี่จักรยานยนต์กว่า 20 ล้านคันได้ และบังคับใช้กฎหมายได้ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งมีทั้งแรงต้านจากสังคม ชุมชน ตำรวจใกล้ชิดกับชุมชน ร้านค้า บางครั้งเป็นเครือข่าย ทำให้ทำงานได้ค่อนข้างยากในระดับพื้นที่ และปัจจุบันมีแรงต้านสูงจากสังคมออนไลน์ ที่เฝ้าระวังการบังคับใช้กฎหมายของตำรวจจราจรแม้จะพยายามอธิบายและชี้แจงว่าดำเนินการเพื่อความปลอดภัยของประชาชนคนไทย แต่ สสส. และภาคีเครือข่ายก็พยายามที่จะพัฒนาระบบและเทคโนโลยีเพื่อนำมาหนุนเสริมการสวมหมวกนิรภัย และสนับสนุนส่งเสริมให้องค์กรสถานประกอบการ ท้องถิ่น-ชุมชน มีมาตรการของตนเองที่จะดูแลความปลอดภัยของผู้ขับขี่จักรยานยนต์ รวมไปถึงยังต้องเร่งส่งเสริมให้เกิดวินัยจราจร และการมีวัฒนธรรมการขับขี่ปลอดภัยให้เกิดขึ้นในสังคม ซึ่งเป็นประเด็นที่ทำลายการทำงานและจะต้องดำเนินการแบบบูรณาการกับทุกภาคส่วน อย่างไรก็ตาม ปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดอุบัติเหตุในจักรยานยนต์มากขึ้นนั้นเกิดจากความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการขนส่งสาธารณะโดยรถโดยสารประจำทาง และระบบขนส่งมวลชนราง โดยเฉพาะในต่างจังหวัดที่มีทางเลือกการเดินทางที่น้อยกว่า ไม่ครอบคลุม ต้นทุนในการเดินทางที่แพงกว่า และไม่สะดวกสบาย²¹ ทำให้ประชาชนหันมาซื้อจักรยานยนต์เพื่อเดินทางมากขึ้น

1.4 ภาพกรอบแนวคิดการดำเนินงานของแผนการจัดการความปลอดภัยทางถนน (Conceptual Framework)

การดำเนินงานภายใต้แผนการจัดการความปลอดภัยทางถนนมุ่งสนับสนุนการลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนนโดยร่วมกับภาคีเครือข่ายหลากหลายภาคส่วน ที่เน้นผลลัพธ์สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงสำคัญลดลงและเพิ่มพฤติกรรมความปลอดภัย สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน และรถจักรยานยนต์ปลอดภัย โดยใช้ยุทธศาสตร์ไตรพลังในการขับเคลื่อนงานที่หนุนเสริมการทำงานร่วมกันทั้งพลังปัญญา พลังสังคม และพลังนโยบาย โดยมุ่งส่งเสริมให้เกิดมาตรการและการดำเนินงานใน 4 ด้าน คือ 1) พัฒนานโยบายสาธารณะ มาตรการ และกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในทุกระดับ มีประสิทธิภาพ และมีการรายงานผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ 2) การจัดการความเสี่ยงสำคัญ พื้นที่เสี่ยง กลุ่มเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยง 3) เสริมสร้างทัศนคติ ความรอบรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของประชาชนและสังคม ที่เอื้อต่อความปลอดภัย และการมีวิถีและวัฒนธรรมความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน และ 4) พัฒนาระบบข้อมูล องค์ความรู้ สารสนเทศ และเทคโนโลยีสนับสนุน ที่เข้าถึงง่ายและนำไปใช้ได้มีประสิทธิภาพ

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

เป้าหมายของแผน: สนับสนุนการลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน					
ผลลัพธ์	พฤติกรรมเสี่ยงสำคัญลดลง และพฤติกรรมความปลอดภัยเพิ่มขึ้น		สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน		รถจักรยานยนต์ปลอดภัย
กรอบ ยุทธศาสตร์ชาติ/UN	การบริหารจัดการ ความปลอดภัยทางถนน	ถนนและการสัญจร อย่างปลอดภัย	ยานพาหนะ ปลอดภัย	ผู้ใช้รถใช้ถนน อย่างปลอดภัย	การตอบสนองหลังเกิด อุบัติเหตุ
กรอบ 12 เป้าหมายโลกด้านความปลอดภัยทางถนน					
ยุทธศาสตร์ไตรพลัง: พลังปัญญา พลังสังคม พลังนโยบาย					
มาตรการ/ การ ดำเนินงาน	พัฒนานโยบายสาธารณะ มาตรการ และกลไกการจัดการความปลอดภัยทุกระดับ ให้มีประสิทธิภาพ และดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ	การจัดการความเสี่ยงสำคัญ พื้นที่เสี่ยง กลุ่มเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยง	เสริมสร้างทัศนคติ ความรอบรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมของประชาชนและสังคม ที่เอื้อต่อ ความปลอดภัย และการมีวิถีและวัฒนธรรมความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน	พัฒนาระบบข้อมูล องค์ความรู้ สารสนเทศ และเทคโนโลยี สนับสนุน ที่เข้าถึงง่ายและนำไปใช้ ในได้อย่างมีประสิทธิภาพ	
โครงสร้าง แผนและ กลไก สนับสนุน	การพัฒนาขยาย มาตรการ และเป้าหมายร่วม	การพัฒนาข้อมูลสารสนเทศ และจัดการความรู้	การขยายเครือข่ายภาคประชาชน และการรณรงค์ประชาสัมพันธ์	การพัฒนาโครงสร้างและ บูรณาการระดับพื้นที่	
	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและ ภาคีเครือข่าย	การสนับสนุนโครงการ	การกำกับ ติดตาม และ ประเมินผล	ระบบงานดิจิทัล-ไอที	
ภาคีหลัก	ภาคนโยบาย - ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน/ ปภ./ มท. - กรมควบคุมโรค สธ./ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ - กรมทางหลวง คค./ หน่วยงานภาคนโยบายอื่นๆ	ภาควิชาการ - ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน/ มูลนิธิไทยโรดส์ - คณะทำงานสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุจราจรระดับจังหวัด - AIT/ เครือข่ายนักวิชาการ	ภาคประชาชน - มูลนิธิเมาไม่ขับ/ เครือข่ายเหยื่อเมาแล้วขับ - เครือข่ายลดอุบัติเหตุ/ เครือข่ายหมอมานามัย - เครือข่ายสื่อมวลชน/ เครือข่ายเยาวชน/ นพพ.		

2. ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

2.1 ที่มาและความสำคัญ ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ แผนเฉพาะในแต่ละ ด้าน และทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี

การดำเนินงานด้านการลดปัญหาจากการพนัน มีความสอดคล้องกับกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนและด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาค และเท่าเทียมกันทางสังคม และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561–2580) ด้านการพัฒนา ศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต และด้านการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี โดยเฉพาะการสร้างความรู้ด้าน สุขภาวะและการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ เพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุข ภาวะ สามารถดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และสามารถป้องกันและลดโรคที่สามารถป้องกัน ได้ เกิดเป็นสังคมบ่มเพาะจิตสำนึกการมีสุขภาพดี รวมถึงสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ด้านการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์

รวมทั้งยังมีความสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ที่วิเคราะห์ แนวโน้มสถานการณ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและโครงสร้างประชากรที่ จะมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น การพึ่งพาแรงงานข้ามชาติเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงด้านวิทยาศาสตร์และ เทคโนโลยีที่มีนวัตกรรมเทคโนโลยีใหม่มากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบต่อการเสริมสร้างสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตไปสู่สังคมนูปแบบใหม่ new normal การดำเนินชีวิตที่ใช้ อินเทอร์เน็ตเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสื่อสาร การปฏิสัมพันธ์ ดำเนินธุรกิจ และกิจกรรมอื่น ๆ นับเป็นกับ ดักยุคดิจิทัลในประเด็นการพนันออนไลน์ โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชน และที่หลีกเลี่ยงไม่ได้คือผลกระทบ และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ส่งผลกระทบทั้งมิติด้านเศรษฐกิจ สังคม และวิถีชีวิต

ที่ผ่านมา การศึกษาสถานการณ์ พฤติกรรมและผลกระทบจากการพนัน พบว่า คนไทยส่วนใหญ่เคย สัมผัสกับผู้เล่นหรือเป็นผู้เล่นการพนันเสียเอง ผลการสำรวจสถานการณ์ พฤติกรรม และผลกระทบการพนันใน ประเทศไทย พ.ศ. 2564 ของศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำรวจ ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ในปี 2564 มีค่าประมาณการจำนวนคนไทยที่เล่นพนันอยู่ที่ 32.330 ล้านคน เทียบกับปี 2562 มีจำนวนเพิ่มขึ้น 1.909 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 6.3 จำนวนและสัดส่วนของนักพนัน

เพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุและทุกภาคของประเทศไทย เมื่อพิจารณาตามเพศและอายุ พบว่า เพศชายและเพศหญิง มีจำนวนคนที่เล่นพนันใกล้เคียงกัน ชาย 16.028 ล้านคน หญิง 16.302 ล้านคน ขณะที่อายุของผู้เล่นพนันส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มคนวัยทำงาน 30-59 ปี 20.9 ล้านคน ที่สำคัญคือกลุ่มอายุ 15-25 ปี มีจำนวนผู้เล่นพนันถึง 4.326 ล้านคน กลุ่มผู้สูงอายุที่เล่นพนันมีถึง 4.048 ล้านคน นักพนันหน้าใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 6.28 แสนคน ในปี 2560 เป็น 7.20 แสนคน ในปี 2562 และเพิ่มเป็น 7.95 แสนคน ในปี 2564 และร้อยละ 15.1 ของผู้ ที่เล่นพนันในปี 2564 ระบุว่าได้รับผลกระทบเชิงลบจากการพนัน ได้แก่ ขาดเงินใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน มี ปัญหาความเครียด/เสียสุขภาพจิต เป็นหนี้จากการเล่นพนัน เสียเวลาทำงาน/การเรียน สุขภาพเสื่อมโทรม มี ปากเสียวทะเลาะกับคนในครอบครัว และอื่น ๆ โดยประมาณ 1.127 ล้านคนมีหนี้สินที่เกิดจากการพนัน รวมกันประมาณ 15,307 ล้านบาท หรือเฉลี่ยที่คนละ 13,579 บาท²²

แม้คนส่วนใหญ่จะเล่นพนันเพียงเล็กน้อย ไม่ก่อผลกระทบเชิงลบที่ชัดเจน แต่ก็ปฏิเสธไม่ได้ว่าคนส่วน หนึ่งเล่นการพนันแบบเสพติดหรือยับยั้งใจไม่ได้ คือ เล่นมาก เล่นบ่อย เล่นต่อเนื่อง เลิกไม่ได้ จนก่อให้เกิด ปัญหาต่อการดำเนินชีวิต และตามมาด้วยผลกระทบทางสุขภาพจิตและสุขภาพกาย องค์การอนามัยโลก จึง กำหนดให้โรคติดการพนัน (pathological gambling) เป็นโรคทางจิตเวช กลุ่มเดียวกับความผิดปกติเกี่ยวกับ จิต พฤติกรรม หรือพัฒนาการทางระบบประสาท (mental, behavioral or neurodevelopmental disorders) เช่นเดียวกับโรคติดเกม²³

รายงานการสำรวจสถานการณ์การพนันของศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ยังแสดงให้เห็นว่าการพนันในบ่อนมีส่วนก่อให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และเป็นคลัสเตอร์สำคัญที่ต้องมีการเฝ้าระวัง และที่สำคัญคือ ผลของการลือคาวานที่ผ่านมาเป็นส่วนหนึ่งที่ทำ ให้ประชาชนหันมาเล่นพนันออนไลน์มากขึ้น เพราะเป็นรูปแบบการพนันที่เข้าถึงง่ายและควบคุมได้ยาก เช่นเดียวกับการพนันฟุตบอล บ่อนพนันในชุมชนและบ่อนวังที่เป็นบ่อนพนันเคลื่อนที่ สามารถหลีกเลี่ยง กฎหมายและอยู่เหนือการควบคุม นอกจากนี้ การพนันในเทศกาลงานบุญประเพณีต่าง ๆ ก็ยังคงพบเห็นได้ ทั่วไป²⁴ สอดคล้องกับผลการระดมความคิดเห็นจากภาคีเครือข่ายที่ระบุว่า ยังพบเห็นการเล่นพนันของคนใน ชุมชนในงานประเพณีต่าง ๆ เช่น งานศพ งานบุญ งานบวช โดยคนในชุมชนหลายคนมีทัศนคติว่า การพนันใน งานประเพณีเป็นเรื่องปกติที่ทำสืบทอดกันมา และมองว่าผลกระทบของการพนันเป็นเรื่องไกลตัว

จากผลการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยยังไม่สามารถแก้ปัญหาการพนันได้ ดังนั้นปัญหา การพนันจึงจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน โดยอาศัยการทำงานที่มีประสิทธิภาพผ่านกลไกความ ร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ก็ยังมีความท้าทายใหม่ที่เกิดขึ้น คือ การระบาดของโรค โควิด-19 ที่อาจทำให้การทำงานเพื่อลดปัญหาการพนันมีความยากลำบากมากยิ่งขึ้น

ด้านกฎหมายควบคุมเรื่องการพนันโดยภาพรวมคือ พ.ร.บ. การพนัน พ.ศ.2478 อยู่ภายใต้การกำกับ ดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย และการพนันสลากที่ขึ้นอยู่กับสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล ภายใต้กฎหมาย 2 ฉบับ ได้แก่ พ.ร.บ. สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล พ.ศ.2517 และ พ.ร.บ. สำนักงานสลาก กินแบ่งรัฐบาล (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ที่มีสาระสำคัญประเด็นเพิ่มเติมบทกำหนดโทษกรณีการเสนอขายหรือ ขายสลากกินแบ่งรัฐบาลในราคาเกินกว่าที่กำหนดต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท และกำหนด

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

²³ โฟสต์ทูเดย์. (2556). “ติดพนันคือโรคจิตรักษาได้”. เว็บไซต์สนทตสุขภาพไทย. เข้าถึงได้จาก https://www.hiso.or.th/hiso/5healthy/news.php?names=15&news_id=4036

²⁴ เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2564). “ผลสำรวจชี้! โควิดระบาดทำพนันออนไลน์โตพรวดเกิด 100% ระลอกสามทำ 40% เล่นพนันน้อยลง”. เจาะลึกระบบสุขภาพ. เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org/content/2021/07/22077>

ความผิดในกรณีการขายสลากกินแบ่งรัฐบาลในสถานศึกษา และการขายสลากกินแบ่งรัฐบาลแก่บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์

นอกจากกฎหมายหลักข้างต้น ยังมีมาตรการอื่นที่เกี่ยวข้องกับการลดปัญหาการพนัน ได้แก่ คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 22/2558 เรื่อง “มาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการแข่งรถยนต์และรถจักรยานยนต์ในทาง และการควบคุมสถานบริการหรือสถานประกอบการที่เปิดให้บริการในลักษณะที่คล้ายกับสถานบริการ” และฉบับที่ 46/2559 เรื่อง “แก้ไขเพิ่มเติมคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 22/2558” ที่มีการปรับเปลี่ยนข้อความเกี่ยวกับการพนันไว้อย่างชัดเจน คือข้อความว่า “ยินยอมหรือปล่อยปละละเลยให้มีการเล่นการพนันอันเป็นความผิดตามกฎหมายว่าด้วย การพนันในสถานที่ของตน” ลงใน (7) ของข้อ 4 ในคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 22/2558 และทางคณะกรรมการส่งเสริมการปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการใช้สื่อออนไลน์มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะทำงานป้องกันเด็กและเยาวชนจากปัญหาการพนัน รวมทั้งทางรัฐมนตรีว่าการกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะทำงานเฉพาะกิจป้องกันและแก้ไขปัญหาการพนันออนไลน์ในเด็กและเยาวชน และคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ 9/2564 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบการกระทำที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่สถาบันที่เล่นการพนัน เป็นเหตุให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2.2 การดำเนินงานที่ผ่านมา

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

2) ด้านการขยายเครือข่ายและสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบาย เกิดเครือข่ายเด็กและเยาวชนลดปัจจัยเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ เรียนรู้ปัญหา รวมถึงผลกระทบจากการพนัน เพื่อสร้างความตระหนัก และเกิดการมีส่วนร่วมในการรณรงค์หรือขับเคลื่อนนโยบาย เช่น สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย (TYI) สภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย (CYCT) สมาคมผู้บำเพ็ญประโยชน์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์ (GGAT) มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต (KBU) มหาวิทยาลัยนอร์ท กรุงเทพ (NBU) เครือข่ายเด็กรุ่นใหม่ไม่พนัน เครือข่ายเพื่อนเยาวชนเพื่อการพัฒนา เป็นต้น และร่วมดำเนินงานกับแผนควบคุมยาสูบและแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ขับเคลื่อนการดำเนินงานวัดปลอดพนันกับกลุ่มเครือข่ายพระสงฆ์ 6 ภาค รวม 69 วัด เกิดวัดต้นแบบปลอดพนัน และต่อยอดการดำเนินงานวัดปลอดปัจจัยเสี่ยง นอกจากนี้ยังสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายโดยรวมดำเนินงานกับคณะทำงานป้องกันและลดผลกระทบเด็กและเยาวชนจากการพนัน โดยกรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.)

3) ด้านการสื่อสารรณรงค์ มุ่งเน้นสร้างการรับรู้ สร้างความตื่นตัว กระตุ้นให้เกิดการตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบจากการพนัน พร้อมรวมพลังสื่อมวลชนร่วมลดปัญหาการพนันในสังคมไทย โดยมีการรณรงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความเชื่อที่ส่งเสริมการพนัน โดยการขยายความร่วมมือในการทำงาน

ร่วมกับเครือข่ายสื่อสาธารณะ อาทิ เครือข่ายเคเบิลทีวี เครือข่ายรายการกีฬาปลอดพนัน เป็นต้น เพื่อเดินทางสนับสนุนนโยบายและมาตรการต่างๆ ทั้งในด้านการควบคุมและการลดผลกระทบจากการพนัน

2.3 วิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับบริบทการจัดทำแผนหลัก

การศึกษาพฤติกรรมการเล่นพนันของคนในสังคม พบว่า การพนันถูกแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับแรก เป็นการเล่นเพื่อความบันเทิง สนุกสนาน เป็นครั้งคราว เพื่อเข้าสังคม เรียกว่า social gambling ระดับถัดมา เป็นการเล่นพนันที่เสี่ยง ก่อให้เกิดปัญหา เกิดผลกระทบบางประการ อาทิ ภาระหนี้สิน ครอบครัวแตกแยก เครียดและซึมเศร้า เรียกว่า problem gambling และระดับสุดท้าย เกิดจากคนที่เล่นการพนันอย่างเข้มข้น เป็นเวลานาน เป็นระดับ “การเสพติดการพนัน” เรียกว่า pathological gambling เป็นโรคทางจิตเวชประเภทหนึ่ง มีอาการทางสมอง ไม่อาจเลิกเล่นได้ ถ้าเลิกจะมีอาการคล้ายติดยาเสพติด เช่น มือสั่น ใจสั่น หงุดหงิด กระวนกระวาย และยากที่จะควบคุมยับยั้งตนเองไม่ให้เล่นการพนัน จึงสรุปได้ว่าการเล่นพนันอาจก่อให้เกิดปัญหาและผลกระทบต่อสุขภาพอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ อีกทั้งยังมีผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ เช่น พบว่าครอบครัวที่มีผู้เล่นการพนันจะเกิด “การรั่วไหล” (leakage) ของรายได้ และด้านผลกระทบทางสังคม พบว่า การพนันเป็นปัจจัยบั่นทอนความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ก่อให้เกิดความรุนแรงในครัวเรือน (domestic violence) เกิดภาระหนี้สินที่เกินตัว อันนำมาสู่ปัญหาการฉ้อโกงและการก่ออาชญากรรมต่าง ๆ

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

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

จุดเน้นของแผน

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

1. ด้านการพัฒนานโยบาย และสร้างเป้าหมายร่วม

- 1) สนับสนุนหน่วยงานหลักที่มีบทบาทในการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งระบบ เพื่อสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายของแผนแม่บทความปลอดภัย

ทางถนน 2565-2570 และสนับสนุนให้เกิดระบบการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายและมาตรการมุ่งเน้นในพื้นที่เสี่ยงที่เกิดอุบัติเหตุทางถนนสูง

- 2) สนับสนุนและพัฒนานโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้องทุกระดับ เพื่อยกระดับให้เกิดความปลอดภัยทางถนนแบบก้าวกระโดด เน้นการจัดการในพื้นที่เสี่ยงและกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ เด็กและเยาวชน วัยแรงงาน โดยมุ่งลดพฤติกรรมเสี่ยงและเพิ่มพฤติกรรมความปลอดภัย
- 3) สนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายเพื่อความปลอดภัยทางถนนโดยเน้นการใช้เทคโนโลยีและดิจิทัลเข้ามาเสริมให้มีประสิทธิภาพ และสนับสนุนให้เกิดมาตรการทางสังคม องค์กร และชุมชน ที่มุ่งลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน
- 4) สนับสนุนให้การศึกษาและพัฒนานโยบายที่ส่งเสริม การใช้รถจักรยานยนต์ไฟฟ้า ลดการใช้รถจักรยานยนต์ที่ใช้น้ำมัน ส่งเสริมการเดินทางหลายรูปแบบ และเพิ่มการใช้ขนส่งสาธารณะ โดยสนับสนุนการพัฒนากระบวนการขนส่งสาธารณะที่ปลอดภัยและเข้าถึงได้ง่าย

2. ด้านเครือข่ายภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

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

3. ด้านโครงสร้างและการบูรณาการระดับพื้นที่

- 1) สนับสนุนการออกนโยบาย กำหนดเป้าหมาย และการติดตามผลการดำเนินงาน ของจังหวัด อำเภอ และท้องถิ่น ทั้งการตายจากอุบัติเหตุทางถนน และการลดความสูญเสียสำคัญ เช่น การสวมหมวกนิรภัย ตั้มแล้วขับ ขับเร็ว โดยมุ่งเน้นดำเนินการในพื้นที่เสี่ยงสูง
- 2) สนับสนุนการทำงานร่วมกับคณะกรรมการบังคับใช้กฎหมายจังหวัด คณะกรรมการ ศปถ. จังหวัด อำเภอ และท้องถิ่น คณะกรรมการ พชอ. เพื่อนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ และเร่งให้เกิดการวางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหาคืออุบัติเหตุเฉพาะของจังหวัดและพื้นที่

- 3) สนับสนุนให้เกิดแผนปฏิบัติการเพื่อลดการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ กลุ่มเด็กและเยาวชน และลดพฤติกรรมเสี่ยง ดื่มแล้วขับ ขับรถเร็ว (ลดความเร็วในเขตชุมชน/โรงเรียน/โรงพยาบาล/ตลาด) และการสวมหมวกนิรภัย เน้นอำเภอเสี่ยงและพื้นที่เสี่ยง
- 4) สนับสนุนให้เกิด มาตรการลดอุบัติเหตุทางถนน ของหน่วยงานทั้งรัฐและเอกชน สถานประกอบการ นิคมอุตสาหกรรม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน/หมู่บ้าน สถานศึกษา เพื่อสร้างมาตรการทางสังคมเสริมมาตรการบังคับใช้กฎหมายของภาครัฐ

4. ด้านการพัฒนาข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนน

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

5. ด้านการลดปัญหาการพนัน

- 1) ผลักดันให้มีการปรับปรุงกฎหมาย นโยบาย มาตรการหรือกลไกกำกับควบคุมการพนันและลดผลกระทบจากการพนัน ทั้งระดับชาติและระดับพื้นที่ รวมถึงเสริมสร้างกลไกเชื่อมประสานการทำงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการดำเนินการลดปัญหาจากการพนันที่มีประสิทธิภาพ
- 2) พัฒนาศักยภาพ จัดทำฐานข้อมูลและจัดการความรู้เพื่อเผยแพร่ เพื่อสนับสนุนการพัฒนานโยบาย มาตรการหรือกลไกลดปัญหาจากการพนัน และการรณรงค์สื่อสารสาธารณะ
- 3) สื่อสารรณรงค์ โดยใช้กลยุทธ์การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายหลักเด็กและเยาวชน และใช้ชุดการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเสริมสร้างความรู้เท่าทันการพนัน (gambling literacy) การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับการพนัน
- 4) สร้างแกนนำคนเลิกพนันและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพนัน และพัฒนาศักยภาพแกนนำนักรณรงค์ เพื่อเป็นเครือข่ายเฝ้าระวังและสื่อสารสร้างความรู้เท่าทันการพนัน
- 5) ขยายและพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย ให้เป็นเจ้าภาพร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะ และการรณรงค์สร้างความตระหนักต่อสังคม ถึงผลกระทบจากปัญหาการพนันโดยเฉพาะการพนันที่ก่อให้เกิดผลกระทบสูง
- 6) บูรณาการการทำงานลดปัญหาจากการพนันกับประเด็นอื่น ๆ เช่น ความเหลื่อมล้ำทางสังคม ประเด็นปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เป็นต้น

- 7) เฝ้าระวังการพ่นช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ก่อให้เกิดคลัสเตอร์การแพร่ระบาด และการพ่นออนไลน์ที่ประชาชนหันมาเล่นพ่นออนไลน์มากขึ้น

เป้าหมายการดำเนินงาน

1. เป้าหมาย: สนับสนุนการลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ตามเป้าหมายแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน ฉบับที่ 5 ปี พ.ศ. 2565-2570
2. ตัวชี้วัด
 - 1) การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง
 - 2) การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ลดลง
 - 3) การสวมหมวกนิรภัยเพิ่มขึ้น
 - 4) ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความปลอดภัยทางถนน (road safety literacy) ของเยาวชนเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์

แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคมมุ่งสนับสนุนการลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน โดยมีวัตถุประสงค์หลักของแผนดังนี้

- 1) ส่งเสริมให้ประชาชนและสังคม มีทัศนคติ ความรอบรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่เอื้อต่อความปลอดภัยทางถนน และมีวิถีและวัฒนธรรมความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน
- 2) สนับสนุนและผลักดันให้เกิดการจัดการความเสี่ยงสำคัญในระดับพื้นที่ มุ่งเน้นพื้นที่เสี่ยง กลุ่มเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยง ด้วยการส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมาย มาตรการทางสังคม และมาตรการหน่วยงานองค์กร และท้องถิ่นชุมชน
- 3) พัฒนานโยบายสาธารณะ มาตรการ และกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในทุกระดับ ให้มีประสิทธิภาพและมีการรายงานผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ
- 4) สนับสนุนและพัฒนาให้มีฐานข้อมูลและสารสนเทศกลาง ที่ประชาชนทั่วไปและผู้ปฏิบัติงานเข้าถึงได้ง่ายและสามารถนำไปใช้ในการสื่อสารและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมุ่งพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการที่จำเป็นสำหรับการทำงานและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่าย

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

1. ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

ยุทธศาสตร์ที่ใช้ในการดำเนินงานด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน ใช้ยุทธศาสตร์ไตรพลัง โดยประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การขับเคลื่อนสังคม และการพัฒนานโยบาย ให้เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างมีประสิทธิภาพ เน้นการพัฒนาสมรรถนะขององค์กรและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทั้งในส่วน กลางและระดับพื้นที่ 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) ผู้ใช้รถใช้ถนนอย่าง

ปลอดภัย และ 5) การตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนน รวมถึงกรอบระบบแห่งความปลอดภัย (safe system) และสนับสนุนการทำงานตามแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565–2570 ที่มุ่งลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลงให้เหลือ 12 คนต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2570 ซึ่งมีความสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี ของ สสส. และยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ด้าน ที่ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมวิชาการและนวัตกรรม 2) การสานพลังภาคีและเครือข่าย 3) การพัฒนาศักยภาพบุคคล ชุมชน และองค์กร 4) การพัฒนากลไกทางนโยบาย สังคม และสถาบัน และ 5) การสื่อสารสังคม

2. ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

การดำเนินงานด้านการลดปัญหาจากการพนัน ใช้ยุทธศาสตร์สานพลังโดยสนับสนุนงานวิชาการ การขับเคลื่อนสังคม เพื่อนำไปสู่การพัฒนานโยบายที่มีความเชื่อมโยงหนุนเสริมกันอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งให้ความสำคัญกับการสื่อสารในยุคดิจิทัล

กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

1. ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

1.1 มุ่งเน้นการลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มเยาวชน และกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์

1.2 สนับสนุนการดำเนินงานเพื่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางถนนที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ไม่สวมหมวกนิรภัย ดื่มแล้วขับ และขับเร็ว

1.3 สนับสนุนการลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตในพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและเสียชีวิต

1.4 ค้นหาแนวทางการทำงานและกลยุทธ์การทำงาน นวัตกรรม เทคโนโลยีและดิจิทัล ที่ส่งผลกระทบสูงต่อการลดอุบัติเหตุทางถนน

2. ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

2.1 สนับสนุนให้เกิดการศึกษา วิจัย งานวิชาการ เพื่อนำมาใช้ผลักดันนโยบาย มาตรการและกลไกการกำกับควบคุมและลดผลกระทบจากการพนัน

2.2 การสร้างภูมิคุ้มกันและสภาพแวดล้อมไม่เพิ่มพื้นที่การพนัน เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันและสภาพแวดล้อมในการปกป้องเด็กและเยาวชน

งบประมาณ

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

4.แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

สรุปภาพรวมระยะ 5 ปี ของแผน

กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต

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

การดำเนินงานที่ผ่านมา ปี 2561-2563 นั้น ได้สนับสนุนการพัฒนาและผลักดันให้เกิดแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ พ.ศ. 2561-2580 ซึ่งเป็นนโยบายสาธารณะที่เป็นหมุดหมายสำคัญที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตของประชาชน ส่งผลให้ภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคมใช้เป็นกรอบดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจิตให้แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย มีการผลิตชุดความรู้ที่เกี่ยวข้องกับวิธีการสร้างเสริมสุขภาพจิต และ การแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย อาทิ การพัฒนาคู่มือผู้ประกอบการสำหรับการดูแลบุตรหลาน การพัฒนาหลักสูตรการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจเพื่อให้ประชาชนมีความพร้อมในการเผชิญปัญหาและจัดการกับวิกฤติต่าง ๆ รวมทั้งชุดความรู้การเฝ้าระวังความรุนแรงและปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มนักเรียน ซึ่งเป็นชุดความรู้และต้นแบบที่พร้อมต่อการขยายผลให้แก่กลุ่มประชาชนและองค์กรเอกชนนำไปประยุกต์ใช้ มีการพัฒนาสื่อบ้านพลังใจที่เอื้อต่อการสร้างวัคซีนใจสำหรับการเผชิญเหตุการณ์วิกฤติของชีวิต และเครื่องมือในการจัดการความเครียดหรือความรุนแรงในครอบครัวและโรงเรียน²⁵ นอกจากนี้ในปี 2564 มีเครื่องมือ โปรแกรม หลักสูตรที่พร้อมขยายผล อาทิ การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Triple P) หลักสูตรออนไลน์เพื่อสร้างนักรับฟังเชิงลึก พัฒนาศักยภาพผู้นำและขับเคลื่อนชุมชนสร้างสุขลดทุกข์ รวมทั้งมีหลักสูตรและการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการจัดคลินิกจิตสังคมในระบบศาลและกระบวนการผลักดันไปสู่ศาลทั่วประเทศ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผลการดำเนินงานของกลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ผ่านมา จะมีความก้าวหน้าในการดำเนินงานเป็นลำดับ หากแต่ยังมีช่องว่างในการทำงาน เนื่องจากบริบทของประเทศไทยยังคงเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลัน ในหลายมิติ ทั้ง มิติทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง เทคโนโลยี รวมถึงมิติพฤติกรรมส่วนบุคคล ครอบครัว สังคม และสภาพแวดล้อมอันเนื่องมาจากโรคอุบัติใหม่ ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพจิตระดับบุคคลที่การเน้นทำงานในเชิงสร้างความรู้ ความเข้าใจ ให้เกิดความตระหนักรู้ สามารถดูแลสุขภาพจิต มีการปรับพฤติกรรมที่ดีขึ้น ยังคงเป็นหลักการทำงานที่จำเป็น ซึ่งนอกจากการส่งเสริมให้คนดูแลสุขภาพจิตตนเองแล้ว ต้องมุ่งเน้นให้ดูแลจิตใจผู้อื่น รวมถึงการส่งเสริมไปที่การเปลี่ยนแปลงปัจจัย

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

แวดล้อมด้วย กลไกเหล่านี้ คือกลไกสำคัญที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพจิตได้อย่างยั่งยืน และนั่นเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้แนวคิด Mental Health Promotion กลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการชวนคนมาทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (the Sustainable Development Goals: SDGs) เพราะหากเปลี่ยนแปลงปัจจัยแวดล้อมในสังคมที่เป็นประเด็น ระดับโครงสร้างสำเร็จ ก็จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพจิตและส่งผลดีต่อ SDGs เป้าหมายอื่นๆ ด้วย²⁶

สถานการณ์ และแนวโน้มที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพจิต จากรายงานความสุขโลกปี 2022 (World Happiness Report 2022) ซึ่งได้รับความสนับสนุนโดยองค์การสหประชาชาติวัดค่าเฉลี่ยความสุขในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา พบว่า **แนวโน้มความสุขของประชาชนในประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง** ตั้งแต่ปี 2560 อยู่ในลำดับที่ 32 จนถึงในปี 2565 ประเทศไทยปรับลงไปอยู่ในลำดับที่ 61 (จากผลการสำรวจกว่า 150 ประเทศ) และหากเทียบข้อมูลปี 2564 กับค่าเฉลี่ยของปีที่ผ่านมา มาเพื่อวัดผลกระทบจากโรคระบาดโควิด-19 พบว่า 1 ใน 3 ของประเทศที่ทำการสำรวจทั้งหมด ประชาชนมี **“อารมณ์ และ ความรู้สึกด้านลบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ”**

ด้านข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ได้ดำเนินการสำรวจสุขภาพจิต²⁷ (ความสุข) ของคนไทย พบว่าคนไทยมีคะแนนสุขภาพจิตยังอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้สำหรับสุขภาพจิตของคนทั่วไป (27.01-34.00 คะแนน) โดยในปี 2563 มีคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยอยู่ที่ 33.53 คะแนน สำหรับคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตเฉลี่ยรายภาคพบว่า ภาคเหนือมีคะแนนสูงสุด รองลงมาคือภาคใต้ ขณะที่กรุงเทพฯ และปริมณฑลมีคะแนนต่ำกว่าภาคอื่นๆ และช่วงวัยเยาวชน (15-24 ปี) มีคะแนนน้อยกว่าวัยอื่น และหากพิจารณาจากองค์ประกอบหลักด้านสุขภาพจิตคิดเป็นร้อยละของระดับสุขภาพจิต พบว่า องค์ประกอบด้านปัจจัยสนับสนุนสูงร้อยละ 82.0 ซึ่งสอดคล้องกับสภาพสังคมไทยที่มีความผูกพัน เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เนื่องจากองค์ประกอบนี้เกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว ชุมชนการทำงาน รายได้ ศาสนา ความเชื่อของแต่ละบุคคล ความสามารถในการทำงานตลอดจนสิ่งแวดล้อมและความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ในชีวิตและทรัพย์สิน สำหรับด้านที่อ่อนแอที่สุด คือ ด้านสมรรถภาพของจิตใจ ร้อยละ 64.3 ซึ่งองค์ประกอบนี้เกี่ยวข้องกับการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นและการจัดการปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข ควรมุ่งพัฒนาสมรรถภาพของจิตใจเป็นหลัก

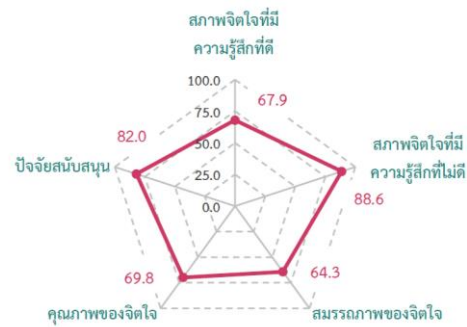


แผนภูมิ 1 คะแนนเฉลี่ยและร้อยละของระดับสุขภาพจิตคนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป²⁸

²⁶ สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ. (2564). “รายงานผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพของแผนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ”. (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ)

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

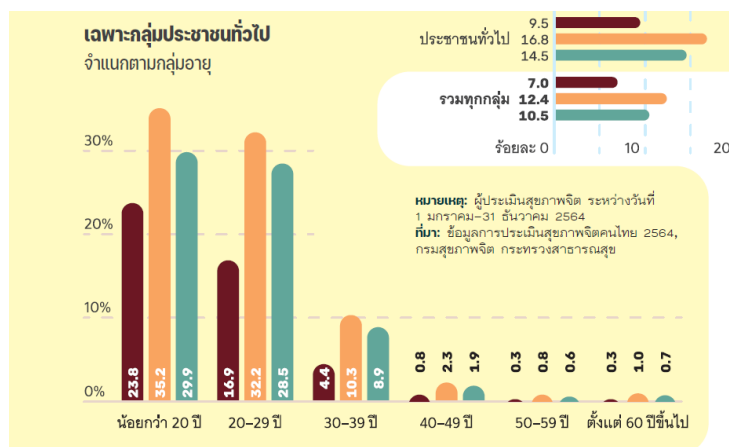
²⁸ พันธุนา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ. (2563). “แนวโน้มและปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตคนไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี พ.ศ. 2561”. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2563;28(2):121-135.



แผนภูมิที่ 2 คะแนนเฉลี่ยระดับสุขภาพจิตคนไทย ปี 2563 **แผนภูมิที่ 3** ร้อยละของระดับสุขภาพจิตคนไทย ปี 2563

จำแนกตามช่วงอายุ
จำแนกตามองค์ประกอบหลักของสุขภาพจิต

นอกจากนี้จากข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตคนไทย²⁹ Mental Health Check in ซึ่งให้คนไทยประเมินตนเองด้านสุขภาพจิต ตลอดปี 2564 พบสัดส่วนผู้มีภาวะเครียดสูง เสี่ยงซึมเศร้า และเสี่ยงฆ่าตัวตายในกลุ่มประชากรทั่วไปถึงร้อยละ 14.5 16.8 และ 9.5 ตามลำดับ โดยปัญหาดังกล่าวนี้ มีสัดส่วนสูงมากในกลุ่มเด็กและเยาวชนวัยเรียนอายุไม่ถึง 20 ปี และ 20-29 ปี โดยความกังวลใจส่วนใหญ่เป็นเรื่องเชื่อมโยงกับครอบครัว การเรียน และอนาคตของตนเอง ขณะที่ข้อมูลของศูนย์ป้องกันการค้าตัวตายระดับชาติ³⁰ ปี 2560-2564 พบว่ากลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานตอนต้น (อายุ 15-24 ปี และ 25-34 ปี) มีแนวโน้มจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงขึ้น วัยรุ่นฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นจาก 362 คนในปี 2560 เป็น 439 คนในปี 2564 และวัยทำงานตอนต้นฆ่าตัวตายสำเร็จ 745 คนในปี 2560 เป็น 956 คนในปี 2564 ขณะที่อัตราการฆ่าตัวตายในภาพรวมของประเทศพบว่าปี 2550-2560 อยู่ในระดับคงที่ คือ 5.97-6.03 คนต่อแสนประชากร แต่ในปี 2561-2564 มีแนวโน้มอัตราสูงขึ้นต่อเนื่อง จากปี 2561-2564 เท่ากับ 6.32 คนต่อแสนประชากร 6.64 7.37 และ 7.8 คนต่อแสนประชากรตามลำดับ



แผนภูมิที่ 4 การประเมินสุขภาพจิตคนไทย ปี 2564

²⁹ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2565). “รายงานสุขภาพคนไทย ปี 2565 ครอบคลุมไทยในวิกฤตโควิด-19”. (กรุงเทพมหานคร: บริษัท อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน))

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

สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่ง “เป็นตัวกระตุ้น” ที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสถานะทางเศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีอย่างฉับพลัน (digital disruption) ที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต พฤติกรรม ทักษะชีวิต ซึ่งสิ่งเหล่านี้มาพร้อมกับความท้าทายจากภัยเงียบ คือ “ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า” และอาจนำไปสู่สถานการณ์การฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นของคนไทยได้³¹ ดังนั้น การดำเนินงานเพื่อตอบสนองต่อผลกระทบดังกล่าว ควรมีการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ครอบคลุมถึงเรื่องการส่งเสริม เฝ้าระวัง และป้องกัน ให้ประชาชนมีภูมิคุ้มกันและมีความเข้มแข็งทางจิตใจ (resilience) ในการรับมือกับผลกระทบจากสถานการณ์ต่าง ๆ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยมุ่งเน้นการสาน เสริมพลังความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ ที่จะเป็ญญแจสำคัญทำให้ประชาชนมีความยืดหยุ่นในการปรับตัวเข้าสู่ชีวิตวิถีใหม่ (new normal) แนวทางการทำงานโดยใช้มุมมองตลอดช่วงวัยของชีวิต โดยประยุกต์ใช้ กรอบแนวคิดตามกฎบัตรออตตาวา ในการกำหนดกลไกยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1. การเสริมศักยภาพชุมชนเข้มแข็ง 2. การพัฒนานโยบายสาธารณะ 3. การปรับเปลี่ยนเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อม” 4. การเพิ่มขีดความสามารถบุคคลเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและวิถีชีวิต และ 5. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

เป้าหมาย : เพิ่มสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตดี					
ผลลัพธ์	พฤติกรรมและวิถีชีวิตในการสร้างเสริมศักยภาพทางจิตของประชาชน			สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดี	
แผนที่เกี่ยวข้อง	SDG: เป้าหมายย่อย 3.4 สนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี	พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2562 แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (ปี 2561-2580)		แผนระดับชาติตามช่วงวัย เช่น แผนพัฒนาเด็กและเยาวชน	
กรอบนโยบายสสส.	ทิศทางและเป้าหมาย 10 ปี	สร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดด	ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	ให้ความสำคัญกับผลกระทบจาก Covid 19 และปัจจัยเสี่ยงสุขภาพอุบัติใหม่	ยกระดับเอื้อการทำงานระดับพื้นที่และระดับชาติ และระดับสากล
ผลลัพธ์ 5 ปี	ทัศนคติ ทักษะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	ผู้นำการเปลี่ยนแปลง แกนนำผู้ปฏิบัติงานมีศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพจิต	พื้นที่ต้นแบบทุกกลุ่มวัยในชุมชน สถานที่ทำงาน สถานศึกษา	องค์ความรู้ นวัตกรรม เครื่องมือ	มาตรการ นโยบาย ระบบสนับสนุน
ยุทธศาสตร์ไตรพลัง : พลังนโยบาย พลังความรู้ พลังสังคม					
มาตรการการดำเนินงาน	- เสริมสร้างความรู้ สร้างทัศนคติ ความเข้าใจ ทักษะสุขภาพจิตที่สอดคล้องต่อช่วงวัย ในการดูแลตัวเองและบุคคลอื่น - สื่อสารสาธารณะ แยกแยะความรู้ ข้อมูลข่าวสาร เพื่อส่งเสริมความรอบรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจิต		- เสริมศักยภาพและขีดความสามารถให้ผู้ปฏิบัติงาน แกนนำ ผู้มีการเปลี่ยนแปลง เพื่อสร้างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในประชากรทุกช่วงวัย - เสริมพลัง สร้างความเข้มแข็ง และความร่วมมือของภาคีเครือข่ายภาคส่วน ในการพัฒนาศักยภาพบุคคล ชุมชน และสังคม การสร้างต้นแบบพื้นที่ ในการส่งเสริมสุขภาพจิต		- พัฒนาวัฒนธรรม องค์ความรู้ งานวิชาการ ที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทยในปัจจุบันเพื่อป้องกันและเสริมสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจิต - พัฒนาโมเดลมาตรการที่ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในทุกระดับสุขภาพจิต
ภาคีหลัก	นโยบาย : กรมสุขภาพจิต ก.สาธารณสุข ก.ยุติธรรม สปสช. สส. ก.แรงงาน ก.อุดมศึกษา วส. สสส. สอ. กสม. พม. ฯลฯ		วิชาการ : กรมสุขภาพจิต ศูนย์วิชาการสารเสพติด ภาคเหนือ คณะจิตวิทยา จุฬาฯ คณะมนุษยศาสตร์ มศว. ฯลฯ		ประชาสังคม : SADA สมาคมกะเหรี่ยง สอช. P2H ไร่รักษ์ยา มูลนิธิและสมาคมที่ทำงานเกี่ยวกับประเด็นด้านสุขภาพจิต ฯลฯ

แผนงานสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

แผนงานสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ สสส. ด้านมลพิษจากสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับกระบวนการทัศน์ “การพัฒนาที่ยั่งยืน” ในมิติด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เป้าหมายที่ 6 7 13 14 15 และกลุ่ม Planet ที่ว่าด้วยเรื่องทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (เป้าหมาย 6 12 13 14 15) ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนสำหรับประเทศไทยหรือ Thailand’s SDGs ยุทธศาสตร์ชาติ (ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (เรื่องการเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน) แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (ประเด็นการเติบโตอย่างยั่งยืน) แผนการปฏิรูปประเทศ (ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม) นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยความมั่นคงแห่งชาติ (ด้านการรักษาความมั่นคงของฐานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม) การประเมินสิ่งแวดล้อมระดับยุทธศาสตร์หรือ SEA แผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ การแก้ไขปัญหาหมอกพิษด้านฝุ่นละออง แผนแม่บทการบริหาร

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

จัดการขยะมูลฝอยของประเทศ และแผนแม่บทรองรับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ พ.ศ. 2558 – 2593 อีกด้วย

การดำเนินงานแผนงานสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพที่ผ่านมา

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

สสส. ตระหนักถึงผลกระทบของมลพิษทางอากาศที่เกิดขึ้น จึงได้มุ่งขับเคลื่อนการทำงานตั้งแต่ระดับพื้นที่ไปจนถึงระดับนโยบาย เพื่อเร่งแก้ปัญหาอย่างเร่งด่วน ได้ดำเนินการในพื้นที่เป้าหมายคือ “ภาคเหนือตอนบน” ซึ่งเป็นพื้นที่วิกฤตของประเทศไทย โดยร่วมกับสภามหาวิทยาลัยเชียงใหม่และเครือข่ายสภามหาวิทยาลัยภาคเหนือ ที่เกิดจากการรวมตัวของภาคประชาสังคมและภาคพลเมือง ในแก้ไขปัญหาฝุ่น PM 2.5 ทั้งในเขตเมือง ชนบท และพื้นที่ห่างไกล

สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงร่วมกับภาคีเครือข่าย เร่งการดำเนินงานแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ พร้อมมุ่งเน้นการพัฒนาแนวทางการทำงานต่าง ๆ โดยมีผลการดำเนินงานสำคัญดังต่อไปนี้

1. สนับสนุนกลไกการดำเนินงานของ “เครือข่ายสภามหาวิทยาลัยภาคเหนือ” ซึ่งเป็นเครือข่ายการแก้ไขปัญหาฝุ่น PM 2.5 ระดับภาคใน 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน
2. ผลักดันมาตรการหรือนโยบาย เพื่อการแก้ปัญหาฝุ่น PM 2.5 อย่างยั่งยืน เช่น ร่าง พ.ร.บ. กำกับดูแลการจัดการอากาศสะอาดเพื่อสุขภาพแบบบูรณาการ พ.ศ....
3. จัดเวทีสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยการจัดการปัญหามลพิษทางอากาศจากฝุ่น PM 2.5 ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และการปรับมาตรฐานคุณภาพอากาศฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอนในบรรยากาศทั่วไป
4. พัฒนาหลักสูตร “ห้องเรียนสู่ฝุ่น” โดยมุ่งสร้างความตระหนักถึงปัญหาด้านสุขภาพต่อภาวะวิกฤตฝุ่นละออง เสริมสร้างทักษะชีวิตให้กับเด็กและเยาวชนในโรงเรียน
5. พัฒนาระบบบริหารจัดการเชื้อเพลิง “BURN CHECK” โดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีอากาศและภูมิสารสนเทศในการแก้ไขปัญหาพิษทางอากาศ ผ่านการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐกับประชาชน
6. จัดตั้งศูนย์วิชาการเพื่อขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ (ศวอ.) เพื่อเป็นศูนย์รวมนักวิชาการพัฒนาองค์ความรู้เป็นฐานในการขับเคลื่อนแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศของประเทศ

สถานการณ์และแนวโน้มด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

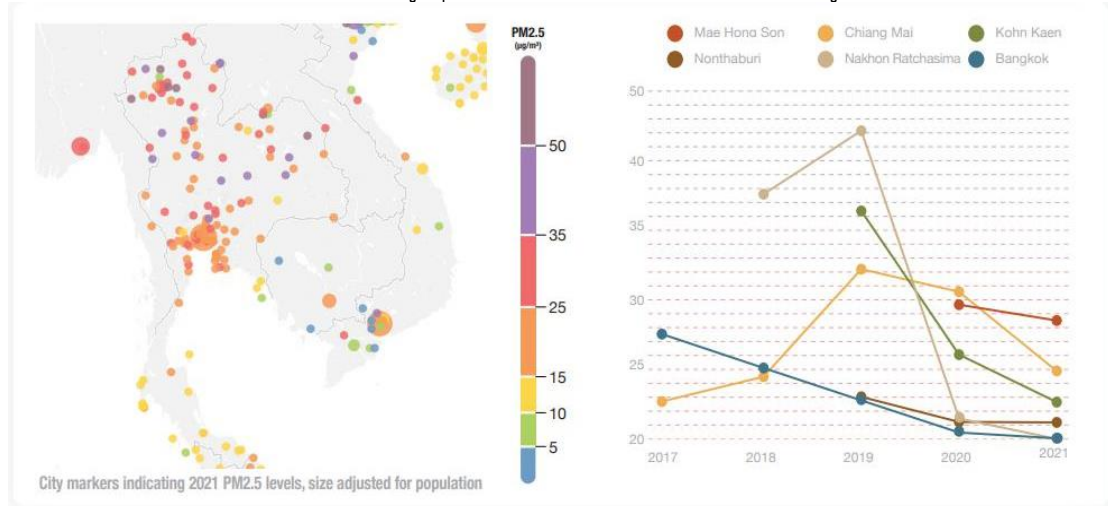
สถานการณ์คุณภาพอากาศ

สถานการณ์คุณภาพอากาศ ประจำปี 2564 ปริมาณฝุ่นละออง PM 2.5 มีค่าเฉลี่ยรายปีทั่วประเทศ 21 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร (ลดลงจากปี 2563 ร้อยละ 9) ฝุ่นละออง PM 10 มีค่าเฉลี่ยรายปีทั่วประเทศ 40 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร (ลดลงจากปี 2563 ร้อยละ 7) สำหรับก๊าซโอโซน มีค่าเฉลี่ย 8 ชั่วโมงสูงสุดเฉลี่ยทั้งประเทศ 84 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร (เพิ่มขึ้นจากปี 2563 ร้อยละ 2) มลพิษหลักที่ยังเป็นปัญหา

ในพื้นที่เดิม คือ ฝุ่นละออง PM 2.5 (กรุงเทพมหานครและปริมณฑล และพื้นที่ภาคเหนือ) ฝุ่นละออง PM 10 (ตำบลหน้าพระลาน จังหวัดสระบุรี) และก๊าซโอโซน (พื้นที่ทั่วไปทั่วประเทศที่ไม่ใช่บริเวณริมถนน) ปี 2564 จังหวัดที่มีคุณภาพอากาศดีที่สุดในอันดับแรก ได้แก่ นครศรีธรรมราช นราธิวาส ยะลา สงขลา และสตูล ตามลำดับ ซึ่งไม่มีจำนวนวันที่มลพิษทางอากาศเกินค่ามาตรฐาน จังหวัดที่มีปัญหาคุณภาพอากาศมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ลำปาง เชียงราย สระบุรี ตาก และพิษณุโลก ตามลำดับ โดยมีจำนวนวันที่ฝุ่นละอองเกินค่ามาตรฐาน 70 68 66 60 และ 57 วัน ตามลำดับ

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

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



ภาพที่ 1 : รายงานมลพิษจากฝุ่น PM2.5 ประเทศไทย ประจำปี 2564

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

สถานการณ์ขยะมูลฝอย ขยะติดเชื้อ ขยะอันตรายจากชุมชน และขยะอาหาร

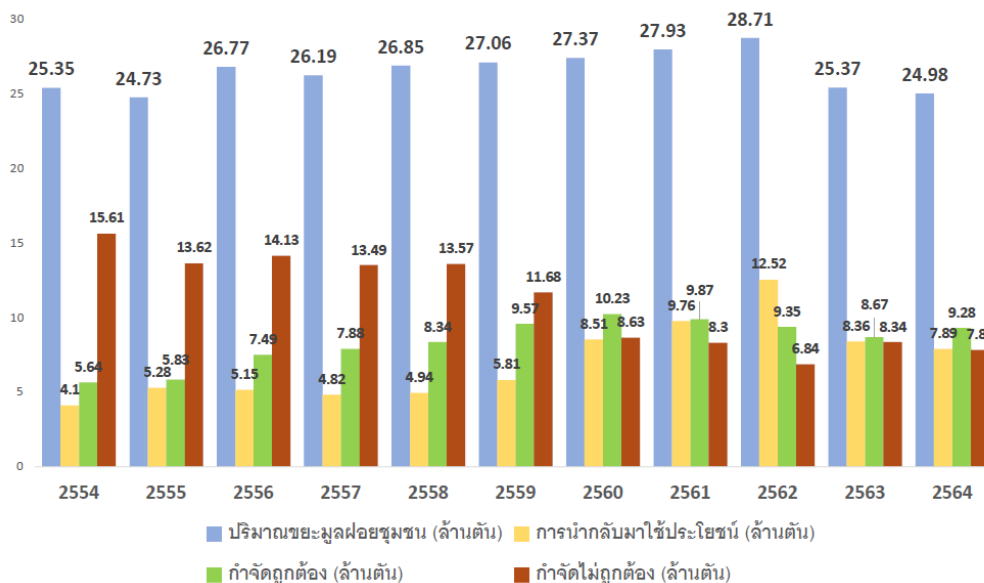
สถานการณ์ขยะมูลฝอย ประจำปี 2564 เกิดขึ้น 24.98 ล้านตัน ลดลงจากปี 2563 ร้อยละ 1 โดยขยะมูลฝอยมีการคัดแยก ณ ต้นทาง และนำกลับไปใช้ประโยชน์ จำนวน 8.61 ล้านตัน เพิ่มขึ้นจากปี 2563 ร้อยละ 3 กำจัดอย่างถูกต้อง 9.68 ล้านตัน เพิ่มขึ้นจากปี 2563 ร้อยละ 6 และกำจัดไม่ถูกต้องประมาณ 6.69 ล้านตัน ลดลงจากปี 2563 ร้อยละ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

ด้านขยะมูลฝอยติดเชื้อ ในปี 2564 มีปริมาณ 90,009.23 ตัน เพิ่มขึ้นจากปี 2563 ร้อยละ 87 โดยเกิดจากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการภายใต้กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่น โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน สถานพยาบาลสัตว์ ห้องปฏิบัติการเชื้ออันตรายรวมถึงมูลฝอยติดเชื้อจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จากโรงพยาบาลสนาม สถานกักกันที่ราชการกำหนด ศูนย์แยกกักในชุมชน (CI) การแยกกักตัวที่บ้าน (HI) และสถานที่อื่น ๆ โดยได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง 81,774.67 ตัน (ร้อยละ 90.85) การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

ได้แก่ พัฒนาและปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน พัฒนาและขับเคลื่อนมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและระบบควบคุม กำกับการณ์มูลฝอยติดเชื้อ (manifest system) พัฒนางานวิชาการ มาตรฐาน และงานวิจัยด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

ของเสียอันตรายจากชุมชนในปี 2564 เกิดขึ้น 669,518 ตัน เพิ่มขึ้นจากปี 2563 ร้อยละ 1.6 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ (Waste from Electrical and Electronic Equipment: WEEE) 435,187 ตัน หรือร้อยละ 65 ในส่วนของของเสียอันตรายจากชุมชน ประเภทอื่น ๆ เช่น แบตเตอรี่ ถ่านไฟฉาย ภาชนะบรรจุสารเคมีกระป๋องสเปรย์ เป็นต้น เกิดขึ้น 234,331 ตัน หรือร้อยละ 35 เมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณของเสียอันตรายจากชุมชนที่เกิดขึ้นในปีที่ผ่านมา พบว่ามีปริมาณ ที่เกิดขึ้นเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน มีการจัดให้มีจุดรวบรวมของเสีย อันตรายชุมชนและซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ในชุมชน และห้ามสรรพสินค้าเพื่อให้ ประชาชนสะดวกในการนำมาทิ้ง ส่งผลให้ปริมาณของเสียอันตรายจากชุมชนเพิ่มสูงขึ้น

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

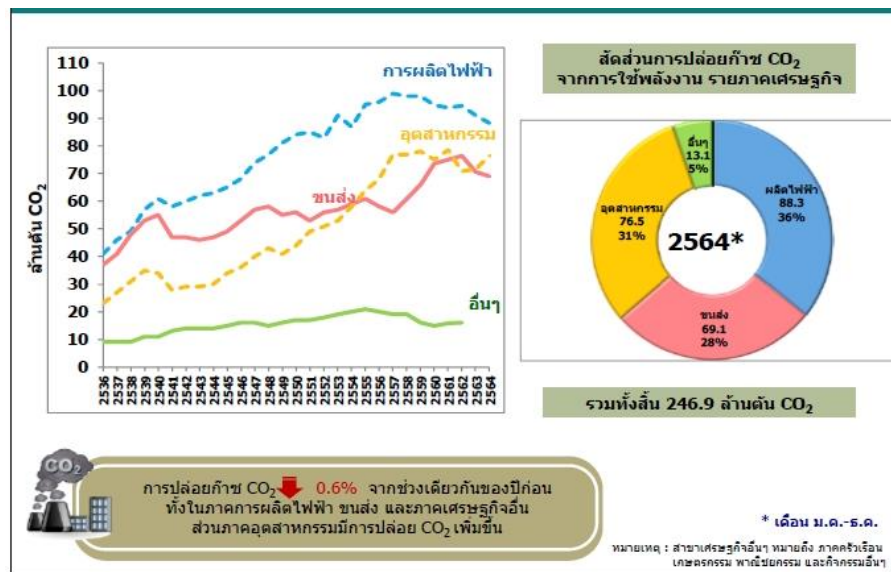


ภาพที่ 2 : สถานการณ์ขยะมูลฝอยของประเทศ ปี 2564

สถานการณ์การปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์

การปล่อยก๊าซ CO₂ จากการใช้พลังงานแยกรายภาคเศรษฐกิจ ปี 2564 ภาคการผลิตไฟฟ้า มีสัดส่วนการปล่อยก๊าซ CO₂ สูงสุด คือ ร้อยละ 36 ของการปล่อยก๊าซ CO₂ ทั้งหมด มีการปล่อยก๊าซ CO₂ ลดลง ร้อยละ 2.9 จากช่วงเดียวกันของปีก่อน ภาคอุตสาหกรรมซึ่งมีสัดส่วนการปล่อยก๊าซ CO₂ รองลงมาร้อยละ 31 มีการปล่อยก๊าซ CO₂ เพิ่มขึ้นจากช่วงเดียวกันของปีก่อนร้อยละ 9.9 เนื่องจากจากความต้องการซื้อในประเทศ และต่างประเทศที่เริ่มขยายตัวในหลายสินค้า หลังจากภาครัฐผ่อนคลายมาตรการล็อกดาวน์ โดยเฉพาะการ

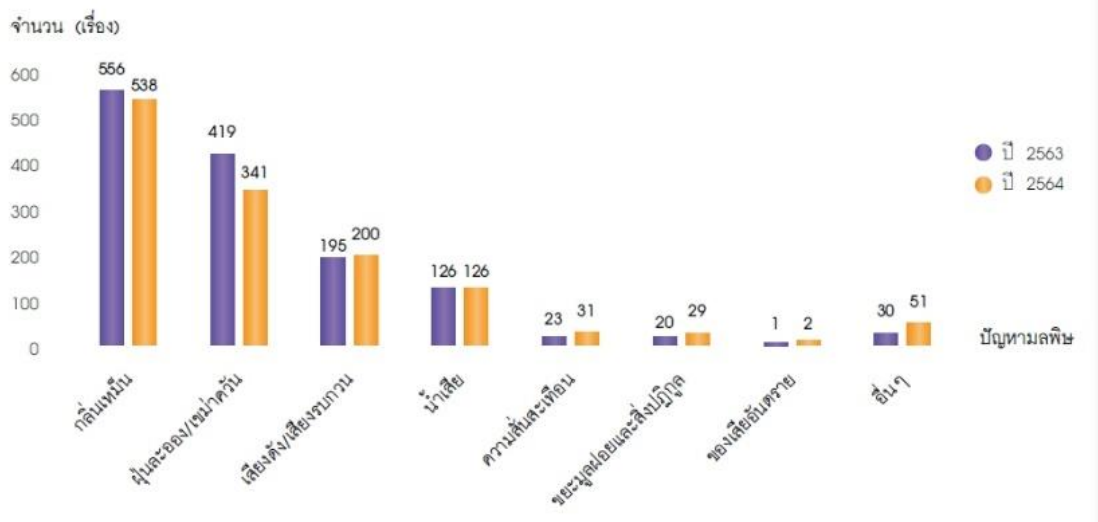
ขยายตัวของอุตสาหกรรมรถยนต์ขยายตัวร้อยละ 9.15 ตามการขยายตัวของตลาดส่งออกเป็นหลัก ภาคการขนส่ง ซึ่งมีสัดส่วนการปล่อยก๊าซ CO₂ ร้อยละ 28 มีการปล่อยก๊าซ CO₂ ลดลงจากช่วงเดียวกันของปีก่อนร้อยละ 7.4 เนื่องจากมาตรการจำกัดการเดินทางในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และมาตรการทำงานจากที่บ้าน (work from home) ทำให้การใช้รถยนต์ในการเดินทางน้อยลง สำหรับภาคเศรษฐกิจอื่น ๆ ซึ่งมีสัดส่วนการปล่อยก๊าซ CO₂ ร้อยละ 5 มีการปล่อยก๊าซ CO₂ ลดลงจากช่วงเดียวกันของปีก่อนร้อยละ 2.5 ตามการลดลงของการใช้พลังงานในภาคเกษตรกรรมที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาภัยแล้ง และการใช้พลังงานของภาคพาณิชย์กรรมที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19⁵



ภาพที่ 3 : การปล่อยก๊าซ CO₂ จากการใช้พลังงานแยกรายภาคเศรษฐกิจ ปี 2564

สถานการณ์มลพิษอุตสาหกรรม

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



ภาพที่ 4 : สถิติเรื่องร้องเรียนแยกตามแหล่งที่มาของปัญหาสุขภาพ



ภาพกรอบแนวคิดการดำเนินงานของแผนงานสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ

“เรื่องเพศ” เป็นหนึ่งในเรื่องที่พูดยากในสังคมไทย เพราะถูกมองว่าเป็นเรื่องน่าอาย ไม่ควรพูดถึง ไม่จำเป็นต้องสอน ไม่จำเป็นต้องให้เด็กเรียนรู้ โดยเชื่อว่าโตไปก็สามารถเรียนรู้ได้เอง เมื่อ “เรื่องเพศ” กลายเป็นเรื่องที่ต้องปกปิด ไม่สามารถพูดคุยกันได้เหมือนเรื่องอื่น ๆ แต่มีอาจปิดกั้นความสนใจใคร่รู้ตามวัยที่เป็นเรื่องตามธรรมชาติไปได้ เด็กส่วนหนึ่งจึงค้นหาข้อมูลเรื่องเพศจากสื่อต่าง ๆ ที่รายล้อมรอบตัว ไม่ว่าจะเป็นจากอินเทอร์เน็ตจากเพื่อน ซึ่งไม่อาจรู้ได้เลยว่าข้อมูลที่เขารับได้นั้นถูกต้องหรือเหมาะสมมากน้อยเพียงใด ความ “ไม่รู้” หรือ “ไม่เท่าทัน” เรื่องเพศของเด็ก ส่งผลให้เด็กกลุ่มหนึ่งได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นตามมาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน ไม่ว่าจะเป็น การตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่น การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อเอชไอวี การยุติการตั้งครรภ์ การถูกใช้ความรุนแรง ฯลฯ

โดยการดำเนินงานในประเด็นสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติหลายแผน ประกอบด้วย

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

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

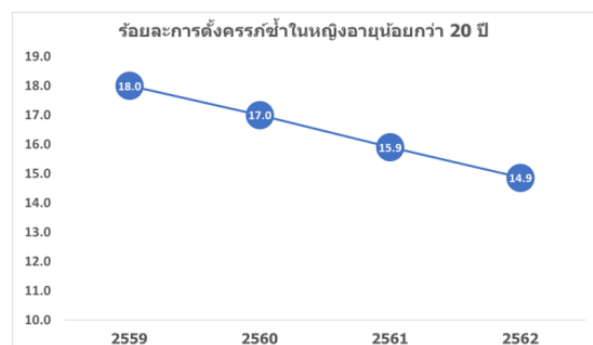
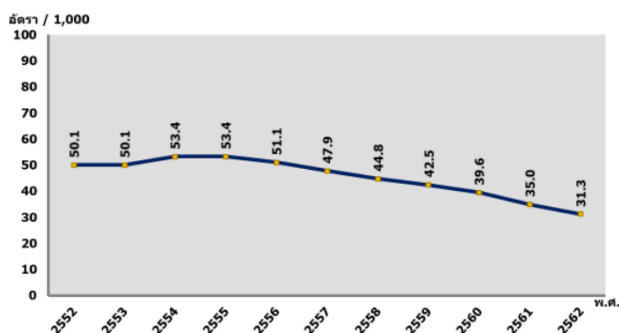
การทำงานประเด็นเอชไอวี/เอดส์ ดำเนินงานใน 2 จังหวัดนำร่อง โดยทำงานร่วมกับกรมควบคุมโรค ในการพัฒนารูปแบบการทำงาน 10 มาตรการ ที่สามารถสังเคราะห์ชุดความรู้เตรียมนำไปขยายผลในพื้นที่อื่น

ๆ ได้ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาระบบบริการให้การปรึกษา ช่วยเหลือ ส่งต่อผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม ผ่านสายด่วน 1663 และเครือข่ายอาสา RSA (Referral system for Safe Abortion) ที่เตรียมส่งต่อบริการไปยังหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งยังมีการพัฒนาคู่มือ เครื่องมือ ชุดความรู้ ที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนานโยบาย หรือแนวทางการสื่อสารสร้างความตระหนักให้กับสังคม อาทิ เครื่องมือ electronic-learning เพื่อพัฒนาสมรรถนะครูเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตในหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน คู่มือสำหรับพ่อแม่ผู้ปกครองในการสื่อสารกับบุตรหลานที่เป็นวัยรุ่น แนวปฏิบัติในการช่วยเหลือนักเรียนที่ตั้งครรภ์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและได้เรียนต่อจนจบการศึกษา ฯลฯ ขณะนี้มีบางส่วนอยู่ในขั้นตอนการพัฒนา อาทิ หลักสูตรและรูปแบบการเรียนการสอนเพศวิถีศึกษาแบบรอบด้านสำหรับเยาวชนที่มีความบกพร่องในด้านต่าง ๆ ฯลฯ ที่หากดำเนินการแล้วเสร็จ จะมีการหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขยายผลและนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในวงกว้างต่อไป

แม้การดำเนินงานของแผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศจะมีความคืบหน้ามาเป็นลำดับ อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดอยู่หลายประเด็น อาทิ การขยายต้นแบบการทำงานไปยังหน่วยงานภาครัฐ (ผู้เล่นหลัก) ที่เกี่ยวข้อง การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์รณรงค์อย่างอนามัยแห่งชาติ ให้บรรลุความสำเร็จตามยุทธศาสตร์ที่ (1) การส่งเสริมให้การใช้ถุงยางอนามัย เป็นวิถีชีวิตประจำวันของประชาชนได้ การผลักดันทางด้านนโยบาย อาทิ ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์ของผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม การจัดการบริการสุขภาพที่ครอบคลุมสุขภาพจิตและสุขภาพทางเพศในกลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องที่แผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศจะให้ความสำคัญในการทำงานอย่างต่อเนื่องในอีก 5 ปีถัดไป ซึ่งสอดคล้องกับ CoO การเพิ่มการมีสุขภาพทางเพศที่ปลอดภัย ในการเพิ่มสัดส่วนวัยรุ่นที่มีสุขภาพทางเพศที่ปลอดภัย

อัตราการคลอดของวัยรุ่น อัตราการคลอดของวัยรุ่นไทยเคยเพิ่มขึ้นสูงสุดในช่วงปี 2554-2555 คิดเป็นอัตราที่ 53.4 ต่อประชากรหญิง 15-19 ปี 1,000 คน โดยในช่วงเวลานั้นเกิดความร่วมมือระหว่างองค์กรภาคีหลายภาคส่วน ในการบูรณาการการทำงานร่วมกันเพื่อลดอัตราการคลอดของวัยรุ่นลง จนปัจจุบันอัตราการคลอดของแม่วัยรุ่นกำลังลดลงอย่างต่อเนื่อง แม้จะยังไม่บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภ์ในวัยรุ่นที่กำหนดว่า ในปี 2569 อัตราการคลอดในวัยรุ่นลดลง ไม่เกิน 25 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน โดยอัตราการคลอดของแม่วัยรุ่นปี 2563 อยู่ที่ 28.7 ต่อประชากรหญิง 15-19 ปี 1,000 คน ยกเว้นในบางจังหวัด อาทิ แม่ฮ่องสอน เพชรบุรี พังงา ลพบุรี สิงห์บุรี ที่อัตราการคลอดยังคงสูงอยู่ ในขณะที่ภาพรวมอัตราการคลอดซ้ำของประเทศกำลังลดลง แต่ยังคงสูงเกินเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไม่เกินร้อยละ 14.5

อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน



ถุงยางอนามัย รายงานการใช้ถุงยางอนามัยในวัยรุ่นของสำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2562 พบว่า อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในวัยรุ่น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยนักเรียน ม.5 ที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกร้อยละ 77.6 ในเพศชาย และ

ร้อยละ 80 ในเพศหญิง ส่วนนักเรียนชั้น ปวช.ปี 2 ร้อยละ 72.4 ในเพศชาย และร้อยละ 77.6 ในเพศหญิง ในขณะที่ร้อยละการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับแฟนหรือคูรัก ในนักเรียน ม.5 เพศชาย ร้อยละ 84.6 เพศหญิง ร้อยละ 69.2 ในนักเรียนชั้น ปวช.ปี 2 เพศชาย ร้อยละ 77.6 เพศหญิง ร้อยละ 67.3 สะท้อนว่าแม้อัตราการการใช้ถุงยางอนามัยจะสูงขึ้น แต่การใช้อย่างสม่ำเสมอยังคงต่ำ ส่งผลต่ออัตราป่วย โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลในปี 2563 พบวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี มีอัตราป่วยสูงถึง 172.3 ต่อประชากรแสนคน สาเหตุของการไม่ใช้ถุงยางอนามัย ส่วนหนึ่งเกิดจากการเข้าถึง โดยในปี 2563 พบว่า ประเทศไทยมีความต้องการใช้ถุงยางอนามัย 105 ล้านชิ้นต่อปี แต่มีจำนวนที่ผลิตได้ต่อปีเพียง 70 ล้าน ชิ้นต่อปี ส่งผลให้ไม่เพียงพอกับความต้องการใช้และสถานการณ์โควิด-19 ทำให้วัยรุ่นเข้าถึงได้ค่อนข้างจำกัด อีกทั้งยังมีประเด็นเรื่องภาพลักษณ์ของถุงยางอนามัย ที่ต้องมีการปรับมุมมองเชิงบวกว่าไม่ใช่เป็นเรื่องของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง แต่เป็นความรับผิดชอบร่วมกัน

ร้อยละของการใช้ยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

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

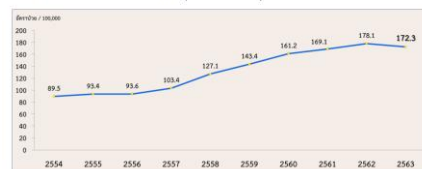
ที่มา: กองระบาดวิทยา กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคเอดส์ วัณโรค ไวรัสตับอักเสบ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค 2562

ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัย
เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับแฟนหรือคู่รัก

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

ที่มา: กองบรรณานุกรม กลุ่มพัฒนาระบบบริหารวังหลวงบรรณานุกรมวิทยาโรคเอดส์ วัฒนธรรม วิทยาลัยเกษตร และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค 2562

อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี

[illegible]

การยุติการตั้งครุฑ ความคืบหน้าในการดำเนินงาน อาทิ ความพยายามของกระทรวงสาธารณสุข และภาคีที่เกี่ยวข้องในการวางแผนนโยบายและแนวปฏิบัติเพื่อรองรับการให้บริการยุติการตั้งครุฑที่ปลอดภัย แบบองค์รวม (เป็นผลจากการทำงานของ สสส. ที่กรมอนามัยรับไปดำเนินการ และ WHO ยอมรับทางวิชาการ) การแก้ไขประมวลกฎหมายอาญาว่าด้วยการทำแท้ง ผ่านกระบวนการศาลรัฐธรรมนูญและการพิจารณาในรัฐสภา นำไปสู่การออกพระราชบัญญัติเพิ่มเติมแก้ไขประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564 ให้ผู้หญิงที่อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ สามารถยุติการตั้งครุฑได้, สปสช. สนับสนุนค่ายยุติการตั้งครุฑ ด้วยวิธีการใช้ยา หรือเครื่องดูดสุญญากาศ แบบเหมือง่าย 3,000 บาทต่อราย และเพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านการคุมกำเนิดกึ่งถาวรหลังยุติการตั้งครุฑเพื่อป้องกันการตั้งครุฑซ้ำ และสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ยังเป็นโอกาสที่ทำให้มีการพัฒนาระบบการให้บริการแบบ telemedicine ที่ตอนนี้อยู่ในช่วงทดลองใช้งานระบบ แต่การทำงานเรื่องนี้ยังคงมีข้อท้าทายหลายเรื่อง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องหน่วยบริการยุติการตั้งครุฑที่ยังคงมีอยู่จำกัดและช่วงโควิดที่ผ่านมาเกิดช่องว่างในการให้บริการ นอกจากนี้ทัศนคติ การรับรู้ข้อมูลที่ต้องต่อการยุติการตั้งครุฑ และข้อกฎหมายฉบับใหม่หลังการแก้กฎหมายทำแท้ง ยังคงมีความคลาดเคลื่อน โดยเฉพาะการสื่อสารที่จะทำให้เกิดการรับรู้ถึงสถานที่ให้บริการยังถือเป็นเรื่องยาก เนื่องด้วยไม่สามารถสื่อสารทางสาธารณะให้รับรู้เป็นวงกว้างได้

เอชไอวี/เอดส์ จากการศึกษาของคณะทำงานคาดประมาณสถานการณ์เอดส์ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ร่วมกับศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ และโครงการ Analysis and Advocacy (A2) ทำการคาดประมาณผลลัพธ์จากการขยายการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ในการลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ (Condom HIV Impact Analysis) ระบุว่า ตั้งแต่ปี 2533 - 2561 ประเทศไทยป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ 8,000,468 ราย และป้องกันการเสียชีวิตได้ 4,352,963 ราย โดยคาดการณ์ว่า หากดำเนินการให้อัตราการใช้

ถึงอย่างอนามัยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 90 จะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ในช่วงปี 2562-2563 เป็นจำนวน 20,983 คน หรือลดการติดเชื้อลงได้ 28,414 คน โดยในปี 2573 จะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพียง 810 คน แต่จากข้อมูลในปี 2562 พบว่า อัตราการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดของวัยรุ่นภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา มีการใช้ร้อยละ 76 ซึ่งถือว่าต่ำจากเกณฑ์ ส่วนการติตราและเลือกปฏิบัติ จากการสำรวจการติตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระบบบริการสุขภาพ พบว่ามีแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่การติตรานเองในกลุ่มผู้ติดเชื้อยังคงมีอัตราที่สูง ซึ่งผลกระทบจากการติตราในแง่ต่าง ๆ ส่งผลต่อการป้องกันดูแลตัวเอง เนื่องด้วยเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพก็จะตัดสินใจไม่ไปโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับบริการ หรือเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีถูกติตราจะไม่กล้าเข้ารับบริการ เกิดความล่าช้าในการรักษา นอกจากนี้จะปกปิดว่าตนเองเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้มีโอกาสแพร่เชื้อให้ผู้อื่น นำไปสู่ข้อจำกัดของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย

นอกจากนี้ยังพบว่า บุคคลผู้มีความหลากหลายทางเพศส่วนหนึ่งมีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบีและซี รวมทั้งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่าง ๆ ซึ่งมีความจำเป็นที่ต้องได้รับความรู้ในการป้องกันตนเองไม่ให้เกิดการติดเชื้อ มีการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อต่าง ๆ ในบางรายมีความจำเป็นที่จะต้องใช้ออร์โมนข้ามเพศ ที่ต้องมีการติดตามผลกระทบอยู่เป็นระยะ แต่จากงานวิจัยพบว่าบุคคลข้ามเพศในประเทศไทย บุคคลข้ามเพศหญิงมีการใช้ออร์โมนข้ามเพศร้อยละ 73 ส่วนบุคคลข้ามเพศชายมีการใช้ออร์โมนข้ามเพศร้อยละ 35 จากกลุ่มนี้มีการรับออร์โมนจากแพทย์หรือเภสัชกรเพียงร้อยละ 4 และ 10 ตามลำดับ ซึ่งนอกจากจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพทางเพศแล้ว ยังรวมปัญหาด้านสุขภาพจิตเข้าไปอีกด้วย ซึ่งการให้บริการด้านสุขภาพแบบเป็นองค์รวมกับบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ ถือเป็นเรื่องที่ยังค่อนข้างใหม่ในวงการแพทย์ มีสถานพยาบาลที่ให้บริการด้านนี้อย่างจำกัด คนที่มีความหลากหลายทางเพศมักจะเข้าไม่ถึงบริการ รวมถึงมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และหลายครั้งผู้ให้บริการเองก็ไม่มีความเข้าใจหรือความละเอียดอ่อนในเรื่องเพศ ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกไม่ปลอดภัย รู้สึกถูกคุกคามจนไม่กล้าเข้ารับบริการในสถานพยาบาลอีกด้วย



กรอบแนวคิดของกลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ

กลุ่มแผนงานการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและพัฒนาระบบยา

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

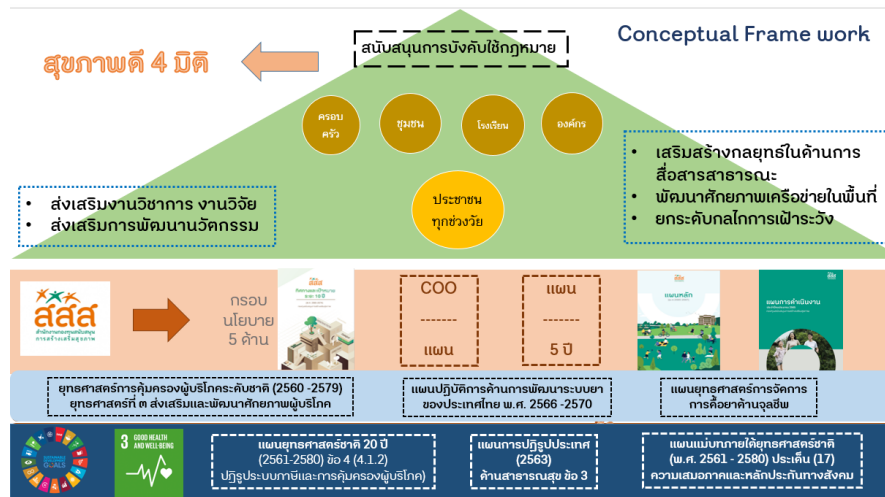
การดำเนินการของสสส. ยังคงสนับสนุนการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 และ พระราชบัญญัติคุ้มครองคุ้มครองผู้บริโภค (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2562 เพื่อให้การคุ้มครองผู้บริโภคด้านความปลอดภัยของสินค้าและบริการมีความเหมาะสมและเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการคุ้มครองผู้บริโภค การสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม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

สถานการณ์ปัญหาผู้บริโภคด้านสุขภาพในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ด้วยสภาพสังคมที่ก้าวสู่ยุคดิจิทัล สินค้าและบริการมีความซับซ้อนทั้งในเชิงการผลิตและการตลาด ผู้บริโภคมีการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่หลากหลาย โดยที่ผ่านมามีปัญหาที่ผู้บริโภคได้รับผลกระทบและร้องเรียนมากเป็นอันดับหนึ่งของปี 2564 คือ ปัญหาด้านสื่อและโทรคมนาคม 1,816 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมา คือ ปัญหาด้านการเงิน การธนาคาร/ประกัน ร้องเรียนเข้ามา 740 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 22 และอันดับที่ 3 คือ ปัญหาด้านสินค้าและบริการทั่วไป จำนวน 400 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 12 สำหรับปัญหาด้านสื่อและโทรคมนาคม (1,816 เรื่อง) ที่มีผู้ร้องเรียนเข้ามามากที่สุด ถึงร้อยละ 55 ของจำนวนผู้ร้องเรียนทั้งหมดนั้น ส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่พบจากการได้รับข้อความ SMS และโทรศัพท์ทักท้วง ที่มีเนื้อหาหลอกลวงให้ใช้บริการแอปฯ กู้เงิน ผิดกฎหมาย และเว็บพนัน รวมถึงเนื้อหาอนาจาร ทำให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญและเสียทรัพย์สินได้ ส่วนปัญหาด้านการเงินการธนาคาร/ประกัน (740 เรื่อง) พบปัญหาเรื่องแอปพลิเคชันกู้เงินผิดกฎหมาย โดยมีลักษณะของแอปฯ กู้เงิน คือ ต้องจ่ายเงินก่อนกู้ หรือ มีดอกเบี้ยสูงเกินกว่ากฎหมายกำหนด ต้องชำระคืนภายใน 6-7 วัน ส่วนประกันโควิดก็เป็นปัญหาที่มีผู้เสียหายมากและเป็นประเด็นในสังคม คือ การจ่ายค่าสินไหมประกันโควิดแบบ “เจอจ่ายจบ” ล่าช้าเกินกว่า 15 วัน ขัดกับคำสั่งของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) และยังพบปัญหามีฉ้อโกงหลอกให้ผู้บริโภคต่อประกันรถยนต์ทางโทรศัพท์แต่ไม่ได้รับกรมธรรม์ นอกจากนี้ ปัญหาเรื่องหนี้ยังพบเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะหนี้บัตรเครดิต และยังคงพบหนี้ธุรกิจเช่าซื้อ หนี้นอกระบบ และสินเชื่อ เนื่องจากสภาวะเศรษฐกิจตกต่ำในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สำหรับปัญหาด้านสินค้าและบริการทั่วไป (400 เรื่อง) ผู้บริโภคที่ร้องเรียนเข้ามาพบปัญหาสินค้าชำรุดบกพร่อง ไม่ได้มาตรฐานมากที่สุด จำนวน 76 เรื่อง รองลงมา คือ มีปัญหาการขอเงินคืน ไม่พอใจบริการ การโฆษณาเกินจริง ซึ่งเป็นปัญหาเกิดจากการซื้อสินค้าในช่องทางออนไลน์ เมื่อจัดส่งสินค้ามาให้พบว่าสินค้าชำรุด และไม่ตรงปก



จากข้อมูลของศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) ระบุว่า ยาปฏิชีวนะ คือยาต้านแบคทีเรีย แต่คนส่วนใหญ่มักเข้าใจผิดว่าเป็นยาแก้ไอ แก้หวัด ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้มีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุสมผล ทำให้มีโอกาสดื้อยาได้ทุก ๆ 15 นาที มีคนไทยเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยา 1 คน เฉลี่ยวันละ 100 คน ปีละ 20,000-38,000 คน คิดเป็นมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจไทยสูงถึงปีละ 46,000 ล้านบาท สาเหตุส่วนใหญ่ล้วนมาจากการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่ถูกต้อง ซึ่งองค์การอนามัยโลก ได้ระบุว่าขณะนี้โลกกำลังเผชิญกับภัยคุกคามรูปแบบใหม่คือ เชื้อดื้อยา ซึ่งคร่าชีวิตประชากรโลกในแต่ละปีสูงถึง 700,000 คน และหากไม่เร่งแก้ปัญหา คาดว่าปี 2593 การเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาจะสูงถึง 10 ล้านคน โดยในทวีปเอเชียจะมีคนเสียชีวิตมากถึง 4.7 ล้านคน คิดเป็นผลกระทบทางเศรษฐกิจโลกสูงถึง 3.5 พันล้านล้านบาท สำหรับประเทศไทย พบว่า มีการเสียชีวิตจากโรคต่างๆ ที่เกิดจากเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 20,000-38,000 คน หรือทุกๆ 15 นาที เสียชีวิต 1 คน หรือเฉลี่ยวันละ 100 คน ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานกว่าปกติ คิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมสูงถึงปีละ 46,000 ล้านบาท มากกว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด และจากอุบัติเหตุ นอกจากนี้ยังพบว่า ร้านขายยาทั่วไปมีการจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคที่ไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ เช่น โรคไข้หวัด โรคไซนัสอักเสบซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัส และบาดแผลถลอก สูงถึงร้อยละ 64-80 ส่วนสถานการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะในคลินิกและโรงพยาบาลเอกชน คาดการณ์ว่า น่าจะมีปัญหาไม่น้อยกว่าหรืออาจมากกว่าที่พบในโรงพยาบาลภาครัฐ

เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและระบบยาจากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่ายังมีข้อจำกัดของการนำต้นแบบที่แผนงานผลิตไปขยายผล และโอกาสของการเกิดสภาพองค์กรของผู้บริโภคจึงเป็นหมุดหมายสำคัญที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนทิศทางการดำเนินงานของกลุ่มแผนงานโดยจะเน้นการดำเนินงานเฉพาะที่ยังเป็นช่องว่าง โดยเฉพาะการทบทวนองค์ความรู้หรือต้นแบบต่างๆ ที่ทำไว้แล้วเพื่อเชื่อมและส่งต่อกับหน่วยงาน กลไกเชิงระบบปกติให้เกิดการขยายผลและเกิดความยั่งยืนต่อไป



ภาพดำเนินงานของกลุ่มแผนงานการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและพัฒนาระบบยา

ภาพรวมยุทธศาสตร์การทำงานของแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

1. สนับสนุนการบังคับใช้กฎหมาย โดยเน้นมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและมาตรการการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
2. สนับสนุนการพัฒนางานวิชาการ งานวิจัย และการส่งต่อทุนความรู้ ให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายหรือผลักดันนโยบายที่เกี่ยวข้อง เพื่อก่อให้เกิดมาตรการสำคัญเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ
3. ยกระดับการทำงานของภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงานผ่านการสร้างเสริมศักยภาพและพัฒนาความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย
4. เสริมสร้างกลยุทธในการสื่อสาร โดยการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ในประเด็นเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ
5. สนับสนุนการบูรณาการงานภายในสำนักงาน เพื่อก่อให้เกิดความเชื่อมโยงแนวคิดและแนวทางการดำเนินงานต่างๆ เพื่อลดความซ้ำซ้อนและก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานมากยิ่งขึ้น

นิยามเชิงปฏิบัติการ

1. **สุขภาพจิตดี (mental health)** หมายถึง สภาพที่ดีของจิตใจที่สามารถควบคุมอารมณ์ไม่ให้เกิดความคับข้องใจหรือขัดแย้งภายในจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุขหรือสภาพชีวิตที่เป็นสุข³² สามารถทำงานให้เกิดประสิทธิผล และสามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมของตนได้³³
2. **สร้างเสริมสุขภาพจิต (mental health promotion)** หมายถึง การดำเนินงานที่เน้นการพัฒนาศักยภาพของผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีหรือกลุ่มคนทั่วไปให้มีอยู่อย่างสม่ำเสมอ ควบคู่กับการสร้างสภาพแวดล้อมและสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพจิตดี

³² พจนานุกรมการสาธารณสุขไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2559

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

3. สุขภาวะทางเพศ หมายถึง การมีชีวิตทางเพศที่เป็นสุขและปลอดภัย โดยไม่มีผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากเพศ อาทิ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ฯลฯ

4. มลพิษทางสิ่งแวดล้อม หมายถึง สภาวะที่สิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติถูกปะปนหรือปนเปื้อนด้วยสิ่งสกปรก สิ่งแปลกปลอม หรือสารมลพิษ ทำให้มีลักษณะหรือสมบัติแตกต่างไปจากเดิมหรือจากธรรมชาติ โดยเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง ยังผลให้ใช้ประโยชน์ได้น้อยหรือใช้ประโยชน์ไม่ได้เลย และมีผลเสียต่อสุขภาพ

จุดเน้นของแผน

จุดเน้นกลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต

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

1. ด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพจิต

1) สนับสนุนการพัฒนาและเผยแพร่งานวิจัย งานวิชาการ และองค์ความรู้ใหม่ที่เป็นต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต พัฒนาข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพจิตและปัจจัยกำหนดสุขภาพจิต เพื่อประยุกต์ใช้สนับสนุนการพัฒนามาตรการ นโยบายสาธารณะ การกำหนดยุทธศาสตร์และการประเมินผลมาตรการ นโยบายด้านสุขภาพจิต การจัดการความรู้และถอดบทเรียนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพจิต เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ และออกแบบให้นำไปสู่การขยายผลและนำไปใช้ประโยชน์เพื่อสร้างความยั่งยืนต่อไป โดยเน้นทั้งด้านการส่งเสริมพฤติกรรมและวิถีชีวิต และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต ทั้งด้านจิตวิทยา และด้านสังคม เช่น ช่องว่างระหว่างวัย สื่อสังคมออนไลน์ รูปแบบการใช้ชีวิตในสังคม ภาวะเศรษฐกิจ อาชีพ ภาวะสถานการณ์วิกฤติ เช่น การระบาดของโรค ฯลฯ

2) สนับสนุนการพัฒนานวัตกรรม เครื่องมือ และเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น การขยายแพลตฟอร์ม social media เพื่อเพิ่มความเข้าใจและการเข้าถึงกิจกรรมผ่านสื่อออนไลน์ให้มีความสะดวกยิ่งขึ้น การพัฒนาโมเดลแบบ “Mental Health Community Online” ให้สอดคล้องกับพฤติกรรมทางเทคโนโลยีที่เปลี่ยนไปจากสถานการณ์โควิด-19 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นต้น รวมทั้งระบบจัดเก็บข้อมูลองค์ความรู้ที่สะดวกและเข้าถึงได้ง่าย

2. ด้านการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่าย การรณรงค์สื่อสารประชาสัมพันธ์ และขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพจิตในระดับพื้นที่

1) เสริมศักยภาพและพัฒนาความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย ผู้นำการเปลี่ยนแปลง ผู้ปฏิบัติงาน แกนนำ เพื่อเข้าใจในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจิต ในกลุ่มต่าง ๆ เช่น ผู้นำหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน สื่อมวลชน ผู้นำเยาวชน พลเมือง และแกนนำการทำงานใน

ระดับพื้นที่ การขยายเครือข่ายการทำงานใหม่ โดยเฉพาะองค์กรภาคประชาสังคม และเสริมกลไกเชื่อมประสานทำงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง บูรณาการทำงานทั้งในและนอกระบบสุขภาพ

2) **สนับสนุนการรณรงค์สื่อสารประชาสัมพันธ์** โดยใช้ความรู้เพื่อสร้างทัศนคติประเด็นสุขภาพจิต **ในมิติที่ดี** สามารถสร้างสมรรถนะทางจิตใจ คุณภาพจิตใจได้ ในระดับประชากรที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหากลุ่มช่วงวัย เพื่อไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช และกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มเปราะบาง ควบคู่กับสร้างศักยภาพเชิงบุคคลและครอบครัว และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เน้นพัฒนาทักษะทางจิตเชิงบวก การสร้างความเข้มแข็งทางใจ การจัดการอารมณ์และความเครียด ตามบริบทกลุ่มวัย และลดพฤติกรรมเชิงลบ เช่น การตีตรา อคติ ชุมเหง และการเลือกปฏิบัติ โดยพัฒนาเครื่องมือ ชุดเครื่องมือ สื่อรณรงค์ และช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ทั้งช่องทางแพลตฟอร์มดิจิทัล และการสื่อสารระดับพื้นที่เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มที่เข้าถึงช่องทางดิจิทัล

3) **สนับสนุนการพัฒนาต้นแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัยในชุมชน** และสถานที่ทำงาน สถานศึกษา ที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายช่วงวัย และบริบทสังคมวัฒนธรรม ทั้งในระดับท้องถิ่น อำเภอ จังหวัด และหนุนเสริมการขับเคลื่อนผ่านกลไกคณะกรรมการสุขภาพจิตจังหวัด และสุขภาพจิตกลุ่มคนเมือง การพัฒนามาตรการและสร้างชุมชนเป็นพื้นที่ปลอดภัย มีส่วนร่วม มีความเข้าใจ มีการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มสนับสนุนทางสังคม การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต เพื่อก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในพื้นที่ รวมทั้งขยายผลการใช้เครื่องมือและโปรแกรมในกลุ่มเป้าหมายตามช่วงวัยที่ได้ทดสอบประสิทธิภาพแล้ว ไปกับกลไกเชิงระบบหรือพื้นที่ต่างๆ เช่น โปรแกรมการดูแลแม่หลังคลอด โปรแกรม Tripple-P เครื่องมือเพื่อสร้างทักษะทางสมอง (Executive Function: EF) ในกลุ่มผู้สูงอายุ เครื่องมือพัฒนาทักษะการฟังเชิงลึก เป็นต้น การศึกษาพัฒนาต้นแบบพื้นที่ที่สัมพันธ์กับปัญหาที่เป็นปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต เช่น ที่อยู่อาศัย พื้นที่ที่มีปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม การประกอบอาชีพ ปัญหาทางเศรษฐกิจ และพื้นที่และความรู้สร้างเสริมสุขภาพเพื่อตอบสนองอาการโควิดยาว (long covid) และพื้นที่และความรู้สร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อตอบสนองผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-19 โดยเฉพาะอาการโควิดยาว (long covid) การดำเนินการกิจกรรมสร้างพลังบวกเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น ภาพยนตร์ ดนตรี กีฬา ศิลปวัฒนธรรม กิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น

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

3. ด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะ

1) **สนับสนุนการพัฒนามาตรการ นโยบาย และระบบสนับสนุน**ที่จำเป็นต่อการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เพื่อสนับสนุนตามวิสัยทัศน์ของแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580) ซึ่งเน้นการทำงานในยุทธศาสตร์ที่ 1 “ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต” โดยเน้นมาตรการเชิงส่งเสริมและป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิต ทั้งในและนอกระบบสุขภาพ เช่น 1) มาตรการด้านการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต 2) มาตรการการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันและการสนับสนุนทางสังคมสำหรับกลุ่มช่วงวัยต่าง ๆ และกลุ่มเฉพาะ 3) มาตรการด้านมาตรฐานบริการจิตวิทยาการศึกษา รวมทั้งการ

ชี้แนะความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพจิตต่อมาตรการนโยบายที่เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพจิต เช่น ที่อยู่ อาศัย รายได้ หนี้สิน ความปลอดภัย ความรุนแรง การสนับสนุนทางสังคม สังคมและวัฒนธรรม เป็นต้น

2) สนับสนุนให้เกิดการสร้างกลไกการสร้างเสริมสุขภาพจิตของประชาชนในระดับจังหวัดโดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคม เพื่อจัดการปัญหาภายในพื้นที่ เช่น การสนับสนุนการออกนโยบายระดับชุมชน อำเภอ จังหวัด และท้องถิ่น เป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนให้เกิดผลเชิงระบบ รวมถึงการสนับสนุนให้ใช้สถานการณ์จากปัจจัยคุกคามทั้งทางตรงและทางอ้อม มาเป็นข้อมูลสำคัญในการจัดทำแผนปฏิบัติการระดับจังหวัด

3) หนุนเสริมบทบาทของพนักงานเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมไปถึงหน่วยงานอื่น เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อปท. ผู้อำนวยการสถานศึกษา ฯลฯ ซึ่งได้รับมอบหมายให้เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ และเสริมสร้างความเข้าใจในข้อกำหนดกฎหมายแก่บุคลากรของรัฐ ได้แก่ ผู้พิพากษา อัยการ พนักงานสอบสวน

จุดเน้นกลุ่มแผนงานสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

1) สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้ นวัตกรรม การศึกษาวิจัย และวิทยาศาสตร์ ตลอดจนพัฒนาระบบเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และการสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจที่จะนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ พร้อมขับเคลื่อนมาตรการในแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ การแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละออง ฉบับปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้บรรลุเป้าหมายคุณภาพฝุ่นละอองขนาดเล็กมาตรฐานใหม่

2) ผลักดันนโยบาย กฎระเบียบ กฎเกณฑ์ มาตรการ หรือเกณฑ์ปฏิบัติ ในการป้องกัน และควบคุมมลพิษจากแหล่งกำเนิดเชิงพื้นที่ ลดการเกิดมลพิษที่ต้นทาง ลดจำนวนแหล่งกำเนิดมลพิษ และการจัดทำเนียบการปลดปล่อยและเคลื่อนย้ายมลพิษ (Pollutant Release and Transfer Register: PRTR)

3) สร้างการพัฒนาที่สมดุล ยั่งยืน และเป็นธรรม บนสังคมที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมและสภาพภูมิอากาศ การเพิ่มขีดความสามารถในการปรับตัวต่อผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศของชุมชน และหนุนเสริมการเป็นสังคมคาร์บอนต่ำ

4) พัฒนาศักยภาพของชุมชน ครุภัณฑ์ ท้องถิ่น ภาคีเครือข่าย วิทยาศาสตร์ภาคพลเมืองในการเฝ้าระวัง ป้องกัน จัดการ ปรับตัว และตรวจสอบมลพิษสิ่งแวดล้อม รวมถึงการบูรณาการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในพื้นที่วิกฤติด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม

5) ส่งเสริมการปลูกฝังจิตสำนึกและสร้างวินัยในคัดแยกขยะ/ของเสีย/ขยะติดเชื้อ ระบบรีไซเคิลระดับพื้นที่ การลดการนำขยะ/ของเสียไปฝังกลบหรือเผาทิ้งหรือเผาเป็นพลังงาน ตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ รวมถึงการนำหลักการผู้ผลิตคำนึงถึงผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมอย่างครบวงจร (EPR) มาใช้ และนำแนวคิดเศรษฐกิจหมุนเวียน (CE) ไปปฏิบัติ

6) สนับสนุนและส่งเสริมบทบาทความเป็นหุ้นส่วนเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนาให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคประชาชน ภาคประชาสังคม ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคท้องถิ่น ภาคการศึกษา เป็นพลังภาคี (collaborative governance) ในพื้นที่ EEC

จุดเน้นกลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ

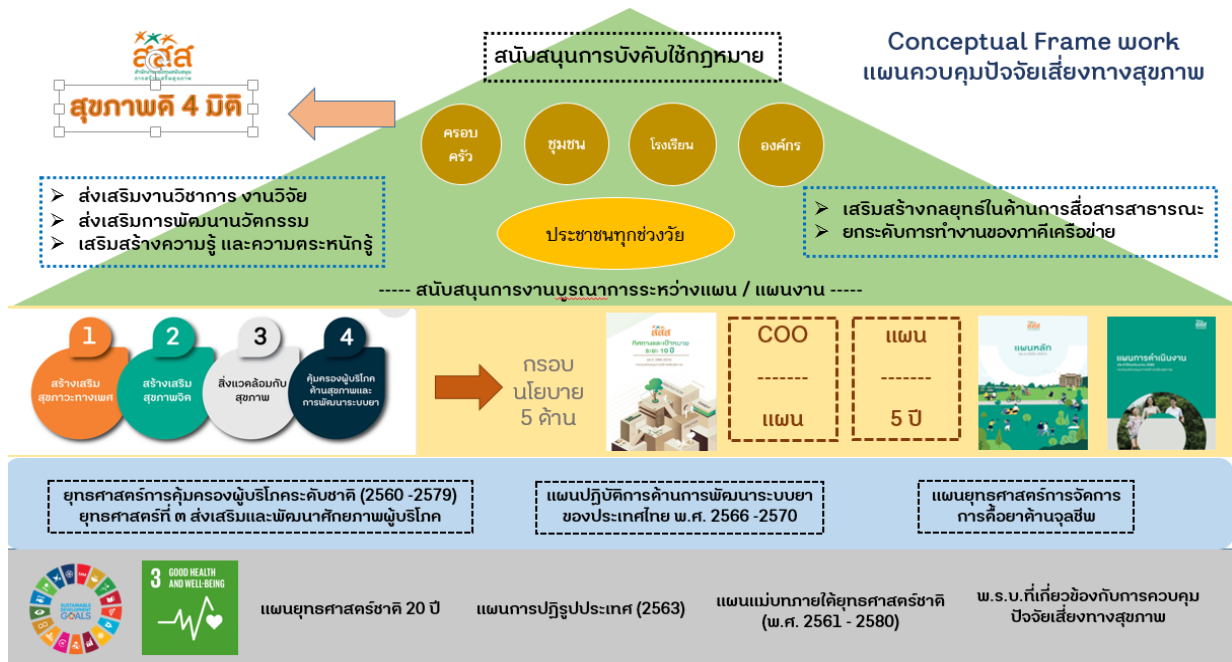
1) สนับสนุนการเสริมศักยภาพบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศในมิติต่างๆ โดยใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ มาเป็นเครื่องมือในการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศที่ปลอดภัย

- 2) สนับสนุนแนวทางการดำเนินงานและขยายผลงานวิชาการ งานวิจัย การพัฒนานวัตกรรม การสร้างองค์ความรู้ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ เพื่อนำไปสู่การผลักดันนโยบาย การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมของสังคม พฤติกรรม ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต หรือ new normal ในยุคหลังโควิด
- 3) สนับสนุนการสื่อสารสาธารณะด้วยช่องทางที่ทันสมัยและสอดคล้องกับพฤติกรรมการรับสื่อของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเปลี่ยนแปลงวิถีคิด สร้างบรรทัดฐานทางสังคม (norm) ทศนคติเรื่องเพศในมุมมอง ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศที่ปลอดภัย
- 4) สานเสริมพลังภาคีเครือข่าย พร้อมขยายผลแนวทาง หรือระบบบริการที่พัฒนาร่วมกับภาคีเครือข่าย ไปสู่ระบบบริการพื้นฐานที่ตอบสนองต่อประชาชนที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในระบบบริการ และเป็นหลักประกันสุขภาพของประเทศต่อไป
- 5) สนับสนุนและขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการ ที่สร้างเสริมการมีสุขภาพทางเพศที่ปลอดภัย โดยบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานหรือภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

จุดเน้นกลุ่มแผนงานการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและพัฒนาระบบยา

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

กรอบแนวคิดการดำเนินงานของแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ



กลุ่มเป้าหมาย: ประชาชนทุกช่วงวัยที่มีความเสี่ยงตามบริบทประเด็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ โดยเน้นกลุ่มเด็ก เยาวชน กลุ่มวัยทำงาน ประชาชนกลุ่มเปราะบาง กลุ่มผู้บริโภคสินค้าและบริการสุขภาพ และประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่เสี่ยงจากปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม

ตัวชี้วัดในระยะ 5 ปี

- 1) เกิดข้อเสนอเชิงนโยบาย มาตรการ แนวปฏิบัติ ที่จำเป็นต่อการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพจิต และ การบริหารจัดการควบคุมมลพิษสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ที่ได้รับการตอบรับหรือนำเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของหน่วยงานหรือองค์กรที่มีอำนาจออกนโยบายหรือกฎหมายนั้น
- 2) เกิดผู้นำการเปลี่ยนแปลง แกนนำ และผู้ปฏิบัติงานในระดับต่างๆ ที่มีศักยภาพในดำเนินงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในด้านต่าง ๆ เช่นด้านสุขภาพจิต ด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม ด้านการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ และด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและพัฒนาระบบยา ซึ่งผู้นำการเปลี่ยนแปลงสามารถนำศักยภาพไปปฏิบัติได้จริงตามบริบทที่เหมาะสม และสามารถนำไปขยายเครือข่ายเพื่อขับเคลื่อนการทำงานในพื้นที่ต้นแบบชุมชนหรือพื้นที่อื่นๆ ได้ต่อไป
- 3) เกิดองค์ความรู้ทางวิชาการ นวัตกรรม เครื่องมือ เทคโนโลยีดิจิทัล ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการทำงานและขยายผลในบริบทที่จำเป็นต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ
- 4) เกิดการสื่อสารสาธารณะเพื่อการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ผ่านการเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ ความเข้าใจ อันเกี่ยวข้องกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพผ่านช่องทางต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างให้กลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ มีทัศนคติเชิงบวก สามารถนำความรู้และทักษะที่จำเป็นไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตประจำวันของตนเองและสื่อสารไปยังคนรอบข้างได้

งบประมาณ

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

5. แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ

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

จากการดำเนินงานแผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะในช่วง 3 แผนที่ผ่านมา ได้แก่ แผนหลัก 3 ปี รอบที่หนึ่ง (พ.ศ. 2555-2557) แผนหลัก 3 ปี รอบที่สอง (พ.ศ. 2558-2560) และแผนหลัก 3 ปี รอบที่สาม (พ.ศ. 2551-2563) ยังคงยึดหลักการเดียวกันมาโดยตลอด กล่าวคือ เพื่อลดความแตกต่างด้านการเข้าถึงสิทธิ และโอกาสในการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะและไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากความแตกต่างของลักษณะประชากร ด้วยการพัฒนาและจัดการข้อมูล องค์ความรู้ เครือข่ายวิชาการ เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงาน และพัฒนา กลไกการทำงานเพื่อลดความไม่เป็นธรรมทางสังคมที่เป็นปัจจัยนำไปสู่ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพใน ประชากรกลุ่มเฉพาะ รวมถึงการส่งเสริมกลไกการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิต โดยในแผนหลัก 3 ปีล่าสุด (พ.ศ. 2551-2563) ได้มีการตั้งเป้าหมายต่อยอดและมีความลงลึกมากขึ้นอย่างต่อเนื่องจากสองแผนที่ผ่านมา ได้แก่ 1) การพัฒนานวัตกรรม และระบบ/กลไกการดำเนินงาน 2) การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ 3) การพัฒนาศักยภาพแกนนำและร่วมผลักดันนโยบายเพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสังคมและสุขภาพ 4) การสื่อสารสาธารณะ และสร้างเครือข่ายด้านการสื่อสารสังคม ซึ่งเป้าหมายเหล่านี้เป็นการต่อยอดการทำงานให้นำไปสู่ความสำเร็จมากขึ้นและนำไปสู่การผลักดันให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม เมื่อเปรียบเทียบความ ต่อเนื่องของแผนจะเห็นได้ว่า ตลอดการทำงานของแผนทั้งสามแผนนั้นยังคงมีประเด็นที่เป็นผลลัพธ์สำคัญ 4 ด้านเช่นเดิม แต่มีการลงลึกในรายละเอียดและความก้าวหน้าของการดำเนินการที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม มากขึ้น ซึ่งถือได้ว่าการดำเนินงานที่ผ่านมามีความต่อเนื่องของการวางแผนเป็นอย่างดี

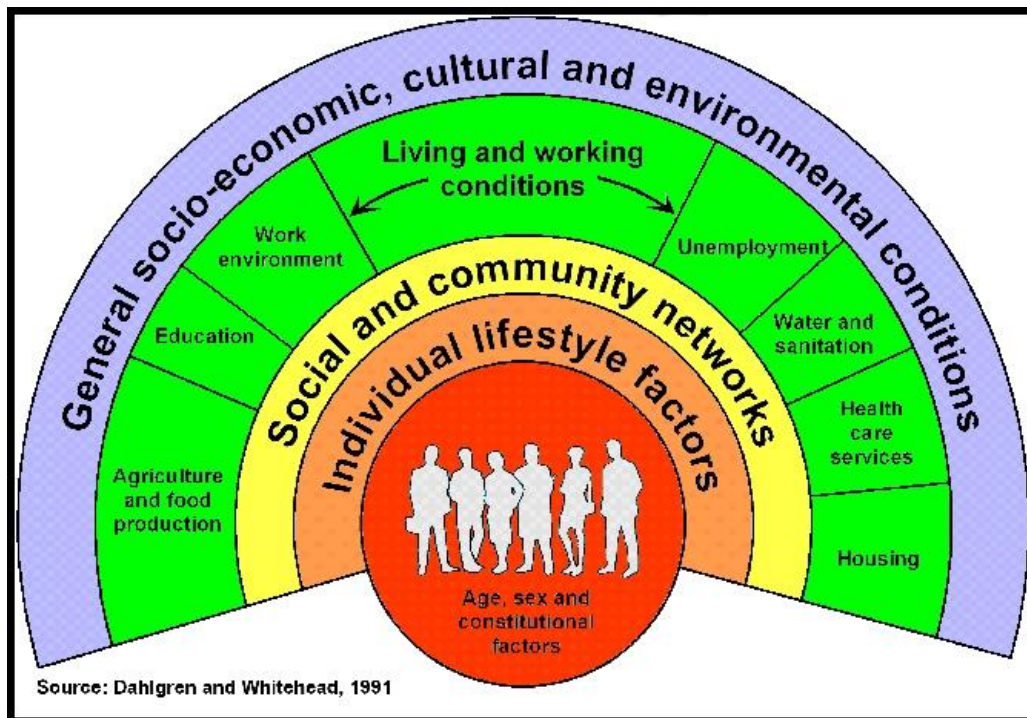
เมื่อพิจารณาการดำเนินงานของแผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะตลอดช่วงเวลาที่ผ่านมาด้วยความ สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) จะพบว่าผลลัพธ์การดำเนินงานของแผน สุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะมีความสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ในทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะเป้าหมายทั่วไป (general strategic target) ที่ว่า “ทุกคนมีอายุ ยืนยาวขึ้นอย่างมีสุขภาวะ” ประกอบกับการดำเนินงานของภาคีที่ทำงานกับแต่ละกลุ่มเป้าหมายมีพัฒนาการ การทำงานที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนอย่างต่อเนื่อง โดยพิจารณาจากการทำงานของภาคีที่ไม่มีการทำงานซ้ำเดิม และมีความคืบหน้าของงานที่ทำมาอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงระยะเวลาการทำงานที่ผ่านมา ซึ่งการเปลี่ยนแปลง ดังกล่าว สามารถจำแนกได้เป็น 2 แนวทาง คือ แนวทางของการเสริมพลัง (empowerment) กลุ่มประชากร และแนวของการปรับเปลี่ยนสถาบัน (institution) ที่มีผลต่อประชากรกลุ่มนั้น ๆ จากความต่อเนื่องของ แนวทางการทำงานของแผน พบว่า แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะสามารถบรรลุ core values ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ Innovation Sustainable change Proactive และ Collective impact เป็นอย่างดี จึงเห็นได้ว่า การ ดำเนินงานของแผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะมีความต่อเนื่องและก้าวหน้ามาโดยตลอด อย่างไรก็ตาม สถานการณ์สังคมไทยในปัจจุบันปัญหาความเหลื่อมล้ำยังคงทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะปัญหาความ เหลื่อมล้ำของผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นหนึ่งในเป้าหมายที่นานาประเทศต่างก็ให้ความสำคัญเป็นอันดับ ต้น ๆ ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้บ่งชี้ว่าปัญหาความเหลื่อมล้ำของ ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นจากพฤติกรรมส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังมีปัจจัยทาง

สังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health: SDH) นำไปสู่ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพด้วย

แผนสุขภาพจะประชากรกลุ่มเฉพาะจึงได้วิเคราะห์ประเด็นปัญหาที่เกิดจากการเชื่อมโยงปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ไปจนถึงสถานการณ์ทางสุขภาพของประชากรกลุ่มต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพของทุกคนบนแผ่นดินไทยตามวิสัยทัศน์ของ กองทุนฯ โดยใช้กรอบแนวคิดในการทำงานที่สำคัญ คือ กรอบปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (SDH) ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO)³⁴ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงานของแผน และเพื่อให้ยังคงความเป็นสากลในการทำงาน ซึ่งกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพได้มุ่งความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงบริบทโครงสร้างทางสังคมที่เป็นอยู่ (structure determinants) ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง (socioeconomic and political context) อาทิ การกระจายทางรายได้ เพศ เชื้อชาติ ความพิการ และโครงสร้างการกำกับดูแลของภาครัฐ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ถือเป็นตัวกำหนดตำแหน่งและสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมให้กับบุคคล (socioeconomic position) เช่น ลำดับขั้นตามรายได้ การศึกษา อาชีพ เพศ เชื้อชาติ ที่ล้วนส่งผลต่อการมีสิทธิมีเสียงและการเข้าถึงทรัพยากรของบุคคลเหล่านั้น และปัจจัยส่งผลทางสุขภาพ (intermediary determinants) ที่เป็นตัวกลางจะสะท้อนให้เห็นถึงลำดับขั้น/สถานะสังคมของบุคคลที่จะมีความแตกต่างกัน และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนที่ต่างกัน ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ สภาพจิตใจ พฤติกรรม และปัจจัยทางชีววิทยา ซึ่งล้วนเป็นผลลัพธ์มาจากการมีปัจจัยเชิงโครงสร้าง บริบททางสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกันอีกทอดหนึ่ง เช่น การเข้าถึงอาหารที่ดีและมีคุณภาพ ประเพณีงานที่ทำ ระดับความเครียดจากสภาพแวดล้อม³⁵ ดังแสดงตามภาพ

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

³⁵ สำคัญสำคัญของกรอบแนวคิดดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าปัจจัยสภาพแวดล้อม 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)

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

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

1) **ความเสี่ยงสูง** คือ ประชากรกลุ่มเฉพาะที่เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูง หรือเป็นด่านหน้า หรือเป็นผู้ที่สัมผัสกับสารอันตรายเป็นหลัก จึงส่งผลให้มีความเสี่ยงสูงขึ้นจากโรคระบาด สภาวะสิ่งแวดล้อม และสุขอนามัย ยกตัวอย่าง คนพิการ ผู้สูงอายุ หรือ คนไร้บ้าน เป็นต้น

2) **ไร้ตัวตน** คือ ประชากรกลุ่มเฉพาะไม่ถูกมองเห็นอย่างเป็นระบบจากภาครัฐและสังคม แต่ถูกตระหนักมากขึ้นโดยสาธารณะในปัจจุบัน ยกตัวอย่าง ในสถานการณ์ปัจจุบัน การลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือส่วนใหญ่ต้องทำผ่านช่องทางดิจิทัล ส่งผลให้ประชากรที่ไม่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ต หรือไม่มีความรู้ทางดิจิทัล ไม่สามารถที่จะเข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือได้

3) **เข้าไม่ถึง** คือ ประชากรกลุ่มเฉพาะที่ไม่สามารถเข้าถึง หรือมีต้นทุนในการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการพื้นฐานทางด้านสุขภาพ เช่น บริการทางการแพทย์ การฉีดวัคซีน ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งอาจมาจากการที่กลุ่มประชากรเฉพาะไม่มีศักยภาพในการแข่งขันทรัพยากรทางสุขภาพ หรือการขาดอำนาจ/สถานะในการต่อรอง

4) ถูกกีดกัน คือ ประชากรกลุ่มเฉพาะที่เป็นผู้ได้รับประโยชน์อย่างไม่ตรงจุดจากนโยบายที่ให้ความสำคัญกับคนส่วนใหญ่ (majority-concerned) มากกว่านโยบายที่กระจายผลประโยชน์อย่างครอบคลุม (universally-concerned) หรือเฉพาะเจาะจง (target-concerned) หรือการถูกมองเป็นคนนอก ยกตัวอย่าง แรงงานข้ามชาติ ผู้มีปัญหาด้านฐานะบุคคล หรือ กลุ่มชาติพันธุ์ เป็นต้น

5) ยอมจำนน คือ ประชากรกลุ่มเฉพาะจำนวนหนึ่งจำเป็นต้องยอมรับชะตากรรม หรือไม่มีพลังมากพอที่จะต่อสู้ให้ได้สิทธิและสวัสดิการที่พึงได้รับอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า และอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

สอง ปัญหาที่ท้าทายร่วมกันในระดับมหภาค (ระดับโครงสร้าง) เป็นปัญหาที่เป็นได้ทั้งโอกาสและข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง ปัญหาดังกล่าว ประกอบด้วย

1) สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นปัญหาที่เพิ่มความเสี่ยงและลดความสามารถในการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการทางสุขภาพ แต่ได้สร้างความตระหนักถึงความสำคัญและความเท่าเทียมกันของสิทธิและสวัสดิการทางสุขภาพของคนทุกคนในสังคม

2) โลกออนไลน์ หากไม่ใช้ประโยชน์จากระบบฐานดิจิทัล โลกออนไลน์ก็จะสามารถก่อให้เกิดความไร้ตัวตนแก่ประชากรกลุ่มเฉพาะมากขึ้น ส่งผลให้เข้าถึงสิทธิและสวัสดิการทางสุขภาพยากขึ้น และมีแนวโน้มสูงที่จะถูกกีดกันจากการดำเนินนโยบายของภาครัฐยิ่งขึ้น แต่หากใช้ประโยชน์จากโลกออนไลน์อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลดิจิทัลสามารถสร้างตัวตน เพิ่มความสามารถในการเข้าถึงและลดการกีดกันจากนโยบายได้

3) คนรุ่นใหม่ และความเป็นพลเมืองโลก โดยในปัจจุบันรูปแบบการใช้ชีวิต การติดต่อสื่อสาร และการแสวงหาความรู้มีการเปลี่ยนแปลงโดยสิ้นเชิง คนรุ่นใหม่ที่มีศักยภาพและสามารถเชื่อมโยงกับระบบโลกสูง นำมาสู่ความเท่าเทียมกันและความเป็นธรรมที่ได้รับการยอมรับในฐานะเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาสังคม แต่ต้องเป็นความเท่าเทียมกันและความเป็นธรรมที่เป็นรูปธรรม และสามารถวัดค่าได้

4) พื้นที่และชุมชน โดยในบริบทของโลกใหม่ส่งผลปัญหาต่าง ๆ มีความรุนแรงมากขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงต้องมีกระบวนการทำงานที่เป็นระบบและตรงต่อเวลา เพื่อแก้ปัญหาได้อย่างตรงจุดและทันเวลา พื้นที่และชุมชนจึงเป็นกลไกด่านหน้าที่สำคัญ ซึ่งหากกระบวนการทำงานมีความโปร่งใสและสามารถตรวจสอบได้ จะได้รับแรงสนับสนุนและความร่วมมือจากคนรุ่นใหม่ในพื้นที่และชุมชนมากขึ้น

5) ความจำกัดของทรัพยากร และการพัฒนาที่ยั่งยืน การตระหนักถึงทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดนำมาสู่ข้อสนับสนุนต่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ผ่านการสร้างการบูรณาการการทำงานร่วมกันของไตรพลัง ทั้งพลังวิชาการ พลังนโยบาย และพลังสังคม ที่รวมถึงภาคธุรกิจ ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน

กรอบปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพยังสามารถเชื่อมโยงปัญหาและจัดแบ่งลักษณะของปัญหาได้ทั้งในระดับสากลและระดับชาติ ในระดับสากล การทำงานของแผนสุขภาพจะประชากรกลุ่มเฉพาะจะเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ซึ่งหมายถึงการพัฒนาให้ความสำคัญกับสมดุลใน 3 เสาหลักของมิติความยั่งยืน (Three Pillars of Sustainability) นั่นคือ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม โดยเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน มีทั้งหมด 17 เป้าหมาย แบ่งออกเป็น 5 มิติ ได้แก่ มิติสังคม (People) มิติเศรษฐกิจ (Prosperity) มิติสิ่งแวดล้อม (Planet) มิติสันติภาพและสถาบัน (Peace) และมิติหุ้นส่วนการพัฒนา (Partnership) ซึ่งเป้าหมายที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำเนินงานของแผน

สุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ คือ เป้าหมายที่ 1 No Poverty ขจัดความยากจนทุกรูปแบบทุกสถานที่ เป้าหมายที่ 2 Zero Hunger ขจัดความหิวโหย บรรลุความมั่นคงทางอาหาร ส่งเสริมเกษตรกรรมอย่างยั่งยืน และเป้าหมายที่ 3 Good Health and Well-being รับรองการมีสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนทุกช่วงอายุ เป้าหมายที่ 4 Quality Education รับรองการศึกษาที่เท่าเทียมและทั่วถึง ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตแก่ทุกคน เป้าหมายที่ 5 Gender Equality บรรลุความเท่าเทียมทางเพศ พัฒนาบทบาทสตรีและเด็กผู้หญิง เป้าหมายที่ 8 Decent Work and Economic Growth ส่งเสริมการเติบโตทางเศรษฐกิจที่ต่อเนื่อง ครอบคลุมและยั่งยืนการจ้างงานที่มีคุณค่า เป้าหมายที่ 10 Reduced Inequalities ลดความเหลื่อมล้ำทั้งภายในและระหว่างประเทศ เป้าหมายที่ 11 Sustainable Cities and Communities ทำให้เมืองและการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์มีความปลอดภัยทั่วถึง พร้อมรับความเปลี่ยนแปลง และการพัฒนาอย่างยั่งยืน เป้าหมายที่ 16 Peace and Justice Strong Institutions ส่งเสริมสังคมสงบสุข ยุติธรรม ไม่แบ่งแยกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน และเป้าหมายที่ 17 Partnerships for the Goals สร้างพลังแห่งการเป็นหุ้นส่วน ความร่วมมือระดับสากลต่อการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยจะเน้นเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับประชากรกลุ่มเฉพาะเท่านั้น จากกรอบแนวคิด SDGs ดังกล่าวจะแสดงให้เห็นถึงภาพรวมของความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยระดับมหภาคเชิงโครงสร้างและปัจจัยระดับปัจเจกบุคคล ซึ่งจะทำให้ทราบถึงสถานการณ์และความท้าทายที่ประชากรเฉพาะกำลังเผชิญอยู่ รวมถึงการทำงานของแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะที่ช่วยให้เป้าหมายของสังคมไทยบรรลุเป้าหมายของสากลได้อย่างชัดเจน และเป็นรูปธรรมมากขึ้น

ขณะที่ในระดับชาติ การทำงานของแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะจะเชื่อมโยงกับ **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13** ในหมวดหมายที่ 8 ไทยมีพื้นที่และเมืองอัจฉริยะที่น่าอยู่ ปลอดภัย เติบโตได้อย่างยั่งยืน การแก้ปัญหาของกลุ่มเปราะบางในเมือง ทั้งในภาวะปกติและเมื่อเกิดภัยพิบัติ และเสริมสร้างสมรรถนะการบริหารจัดการพื้นที่ของท้องถิ่นทุกระดับ และหมวดหมายที่ 9 ไทยมีความยากจนข้ามรุ่นลดลง การสนับสนุนครัวเรือนยากจนข้ามรุ่นให้สามารถเลี้ยงดูเด็กได้อย่างมีคุณภาพ และส่งเสริมการจัดตั้งศูนย์เลี้ยงเด็กที่มีคุณภาพใน setting ต่าง ๆ รวมถึงการยกระดับความคุ้มครองทางสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นเป้าหมายการดำเนินงานโดยตรงของแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ

อย่างไรก็ดี สถานการณ์โรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันในปัจจุบัน คือ การระบาดของโรคโควิด-19 ก็ได้ส่งผลกระทบรุนแรงต่อกลุ่มประชากรเฉพาะ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางโดยทั่วไปแล้ว ยิ่งจะมีความเปราะบางมากยิ่งขึ้นในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 กลุ่มประชากรแรงงานจะได้รับผลกระทบในรูปของการลดชั่วโมงการทำงาน การลดวันทำงาน หรือในรูปของการเลิกจ้าง กลุ่มผู้สูงอายุและคนพิการยังมีความเสี่ยงในหน้าที่การงานมากกว่าคนทั่วไป เช่น การถูกยกเลิกสัญญา การห้ามดำเนินกิจการนัด (คนพิการ) และแม้ว่าบางส่วนจะมีสวัสดิการคุ้มครองเพื่อลดทอนปัญหาทางการเงิน แต่ความครอบคลุมของระบบสวัสดิการยังมีปัญหา อาทิ เช่น การตกสำรวจจากโครงการให้ความช่วยเหลือของรัฐ การขาดรายได้ว่างงาน ไม่มีกำลังชำระหนี้สิน ทำให้เกิดความเครียด จนอาจนำไปสู่ ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ในหลายกรณีพบว่าสถานที่พักอาจจะไม่ได้มีพื้นที่เพียงพอที่จะอาศัยอยู่ร่วมกันได้อย่างยาวนาน ธรรมชาติของมนุษย์บางครั้งก็ต้องการความสงบบ้าง ซึ่งหากสถานที่พักมีขนาดที่จำกัดจะนำไปสู่ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มขึ้นได้ ปัญหาความรุนแรงนี้มักจะเกิดกับผู้หญิงที่เป็นเพศที่อ่อนแอกว่า และอาจเกิดการกระทำความรุนแรงทางจิตใจกับผู้สูงอายุ หรือคนพิการได้

การสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านประชากรกลุ่มเฉพาะต่าง ๆ ที่มีปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมเป็นเหตุที่นำไปสู่ภาวะทางสุขภาพที่เหลื่อมล้ำ ให้เกิดการสร้างความเป็นธรรมให้แก่สังคมนั้น การทำงาน

เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางโครงสร้างหรือปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจึงไม่ใช่เป็นเพียงการบรรเทาทุกข์ให้กลุ่มประชากรชายขอบหรือคนบางกลุ่มเท่านั้น หากเป็นการลดความเหลื่อมล้ำทางโครงสร้างของสังคมโดยรวม เพราะโครงสร้างความเหลื่อมล้ำนั้นไม่ได้กระทำต่อกลุ่มประชากรชายขอบเพียงกลุ่มเดียว หากครอบคลุมถึงกลุ่มประชากรทุกกลุ่มในสังคม ซึ่งความท้าทายของการทำงานเพื่อบรรลุความเป็นธรรมทางสุขภาพ เป็นการการทำงานที่ลดความเหลื่อมล้ำผ่านปัจจัยทางสังคมที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับวิถีคิดและเชิงโครงสร้างได้ ต้องอาศัยยุทธศาสตร์การสร้างแนวร่วมสนับสนุนจากกลุ่มอื่น นอกเหนือจากการเสริมพลังอำนาจกลุ่มประชากรชายขอบแต่เพียงอย่างเดียว เพราะ (1) ประชากรทุกกลุ่มในสังคมได้รับประโยชน์จากการลดความเหลื่อมล้ำทางโครงสร้าง และ (2) ผู้คนกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่กลุ่มชายขอบมีอิทธิพลและต้นทุนทางสังคมมากพอที่จะมาหนุนเสริมอำนาจต่อรองของกลุ่มประชากรชายขอบ และสร้างระบบนิเวศของการขับเคลื่อนเชิงนโยบายที่เกื้อหนุนการตัดสินใจร่วมกันได้

แม้ว่า กองทุนฯ จะกำหนดให้ทุกแผนหลักดำเนินงานโดยคำนึงถึงปัญหาความเหลื่อมล้ำแต่ก็มีความจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับ “ประชากรกลุ่มเฉพาะ” ซึ่งหมายถึงประชากรบางกลุ่มที่มีทั้งความเปราะบาง (vulnerability) มีความเสี่ยง (risk) หรือต้องการกระบวนการพิเศษในการเข้าถึงการสร้างเสริมสุขภาพ สุขภาวะ อันถือเป็นปัจจัยส่งผ่านสังคมกำหนดสุขภาพ (intermediary determinants) ที่ทำให้สูญเสียสุขภาวะ เข้าไม่ถึงบริการ และไม่ได้ได้รับประโยชน์จากการส่งเสริมสุขภาพตามนโยบายในภาพรวม และในปัจจุบัน พบว่า ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ศาสนา และวัฒนธรรม ส่งผลให้ประชากรกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพ และสถานการณ์ปัญหาที่ท้าทายร่วมกันตามที่กล่าวไปข้างต้น ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาวะสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะนี้ จึงต้องมีการทำงานผ่านปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในระดับต่าง ๆ ตั้งแต่การรับรองและพิสูจน์สิทธิที่จะนำมาซึ่งการพัฒนาชุดบริการและการเข้าถึงตามความเหมาะสมของกลุ่มประชากร และทำให้ประชากรกลุ่มเฉพาะสามารถเข้าถึงสิทธิและการบริการได้อย่างเป็นธรรม และมีการสื่อสารสังคมมีเจตคติที่เหมาะสมสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ ซึ่งการดำเนินงานของแผนประชากรกลุ่มเฉพาะในช่วงที่ผ่านมาได้สนับสนุนการดำเนินงานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเท่าเทียม ความเป็นธรรมทางสุขภาพในกลุ่มประชากรเฉพาะกลุ่มต่าง ๆ ที่มีสถานการณ์ปัญหาและผลกระทบจากความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพอย่างชัดเจน และยังคงมีประชากรกลุ่มเฉพาะบางส่วนที่ยังคงต้องติดตามสถานการณ์และผลกระทบต่อการมีสุขภาวะที่ดี เพื่อนำมาสู่การวางยุทธศาสตร์ แนวทางการดำเนินงานในอนาคตอย่างเหมาะสมต่อไป

โดยประเด็นที่ใช้พิจารณาในการวางยุทธศาสตร์ แนวทางการดำเนินงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะในระยะต่อไป มีดังนี้

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

สร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดด ขยายผลต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพ สามารถทำได้ด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมกับประชาชนในวงที่กว้างขึ้น โดยเฉพาะกับคนรุ่นใหม่ และการขยายผลต้นแบบ

การสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการพิสูจน์ผลงานอย่างเป็นรูปธรรมที่สามารถทำได้จริงจากการสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชน วิชาหกิจเพื่อสังคม หรือสตาร์ทอัพ

สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากการพัฒนาระบบดิจิทัลให้เข้ามามีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพต้องเริ่มต้นจากการมีฐานข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัยและครอบคลุมด้วยการสร้างระบบนิเวศที่เอื้อต่อการเก็บข้อมูลผ่านการนำเทคโนโลยีมาใช้ ซึ่งการสร้างการมีส่วนร่วมกับนักวิทยาศาสตร์ข้อมูล วิศวกร สถาปนิก หรือนักเศรษฐศาสตร์ให้มากขึ้นจะช่วยพัฒนางานส่วนนี้ได้

ให้คำนึงถึงผลกระทบเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัจจัยเสี่ยงอุบัติใหม่ที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งเน้นการสร้างระบบสวัสดิการพื้นฐาน ที่มีความยืดหยุ่นทั้งในแง่ของเวลาและประชากร รวมถึงการพัฒนาเทคโนโลยีที่สอดคล้องกับแนวทางรัฐบาลอัจฉริยะ (smart Government) เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม และออกแบบนโยบายที่ตรงกลุ่มเป้าหมายบนพื้นฐานของการใช้ข้อมูลอย่างตรงความต้องการ และตรงเวลา

สร้างความเชื่อมโยงเครือข่ายสนับสนุนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพทั้งในระดับชาติและสากล เนื่องจากความเป็นพลเมืองในระดับโลก มีความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมในการกำหนดสิทธิและสวัสดิการขั้นพื้นฐานทางด้านสุขภาวะของประชากร โดยอาจจะเป็นส่วนร่วมของประชากรกลุ่มอื่นในการกำหนดให้ประชากรกลุ่มเฉพาะก็ได้ รวมถึงการขยาย หรือเผยแพร่องค์ความรู้ในลักษณะของ mentoring system โดยภาคี ให้เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหรือกลไกเพื่อการเสริมสร้างสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ

กรอบแนวคิดเชิงยุทธศาสตร์การดำเนินงานของแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ



จุดเน้นของแผน

แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะได้ทบทวนสถานการณ์และแนวทางการดำเนินงานร่วมกับภาคีหลัก พร้อมทั้งนำทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) และข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ 2 เป็นกรอบแนวทางในการจัดทำแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) ตลอดจนระดม

ความคิดเห็นร่วมกับภาคีเครือข่าย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสอดคล้องกับนโยบายระดับประเทศ เช่น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 นโยบายรัฐบาล และนโยบายระดับกระทรวงต่าง ๆ ที่แผนสุขภาพจะประชากรกลุ่มเฉพาะร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงาน และได้ทบทวนเตรียมแนวทางการดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะในระยะถัดไป โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานที่รองรับกับสถานการณ์การวิกฤตต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างกระทันหันได้อย่างเหมาะสม และยังคงเน้นการลดความแตกต่างด้านการเข้าถึงสิทธิและโอกาสในการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะ ไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากความแตกต่างของลักษณะประชากร และรองรับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยเฉพาะในประชากรกลุ่มเฉพาะที่มีความยากลำบาก ตลอดจนบูรณาการเชื่อมโยงแนวทางการดำเนินงานระหว่างกลุ่มประชากรเฉพาะเพื่อสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนในการดำเนินงาน

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

1. ใช้ทิศทางและเป้าหมายกองทุน ระยะ 10 ปี (2565–2574) เป็นกรอบในการจัดทำแผนหลัก 5 ปี และแผนการดำเนินงานประจำปี โดยสอดคล้องกับแนวนโยบายในการปฏิรูปสังคม และเศรษฐกิจตามทิศทางของยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ โดยให้ความสำคัญกับการกำหนดห่วงโซ่ผลลัพธ์ของค่าเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ รวมถึงการใช้กลไกการกำกับติดตาม และประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ควบคู่กันไป

1.1 ปัจจัยเชิงโครงสร้างมีความสำคัญต่อการพัฒนากลไกในระยะยาว ช่วยสนับสนุนการสร้าง ความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงสุขภาวะของกลุ่มประชากรทุกกลุ่ม โดยการทำงานด้านการพัฒนาปัจจัยเชิงโครงสร้างนั้นจำเป็นต้องวัดผลได้

1.2 การทำงานร่วมกันระหว่างเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของ กองทุนฯ 10 ปี และห่วงโซ่ผลลัพธ์ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ได้แก่ ยาสูบ สุราและสิ่งเสพติด อาหาร กิจกรรมทางกาย ความปลอดภัยทางถนน สุขภาพจิต มลพิษทางสิ่งแวดล้อม ปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น ที่แต่ละกลุ่มประชากร เฉพาะจำเป็นต้องมีบทบาทในการทำงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

2. สร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดด ขยายผลต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับ หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ทุกภาคส่วน โดยพิจารณาถึงการขยายงานต้นแบบสร้าง สุขภาวะทางการผลักดันนโยบาย ผ่านกระบวนการเรียนรู้และผ่านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

2.1 การขยายองค์ความรู้ไปสู่ภาคประชาชน ภาคเอกชน โดยเฉพาะกลุ่มคนรุ่นใหม่หรือกลุ่ม ธุรกิจ จะช่วยสร้างผลลัพธ์อย่างก้าวกระโดดได้ง่ายมากขึ้น

2.2 การถอดบทเรียนองค์ความรู้อย่างเป็นกลไกบูรณาการและสามารถพิสูจน์ผลงานความสำเร็จ ต่าง ๆ ได้ จะสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือกับกลุ่มธุรกิจสตาร์ทอัพ (startup) และกลุ่มวิสาหกิจเพื่อสังคม (social enterprise) ได้ง่ายขึ้น นำไปสู่การขยายผลต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพ

3. สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยคำนึงถึงการลด ความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัลในกลุ่มประชากร เพื่อสร้างและรองรับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร การจัดการ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในยุค ดิจิทัล

3.1 การสร้างเครื่องมือกลไกหรือระบบเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่สามารถเข้ามาช่วยสนับสนุนงานด้านส่งเสริมสุขภาพะ เอื้อต่อการเชื่อมโยงข้อมูล และการเข้ามามีส่วนร่วมของกลุ่มประชากรได้มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างฐานข้อมูลดิจิทัลที่จะเป็นประโยชน์ต่อไปในระยะยาวต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มประชากร

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

4. คำนึงผลกระทบต่อนื่องจากการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 และปัจจัยเสี่ยงอุบัติใหม่ที่เกี่ยวข้อง ที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม วิถีชีวิตและสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบาง ให้ความพร้อมสามารถรับมือกับวิกฤติการณ์ด้านสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

4.1 การสร้างระบบสวัสดิการพื้นฐานที่มีความยืดหยุ่น รวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และคำนึงถึงความเหลื่อมล้ำของกลุ่มประชากรเฉพาะต่าง ๆ ที่สามารถเปลี่ยนแปลงสภาพไป ตามเงื่อนไขทางสังคมหรือปัจจัยทางกายภาพได้ตลอดเวลา เช่น แรงงานสตรีนอกระบบที่อาจกำลังเข้าสู่สภาวะไร้บ้าน หรือ ผู้พิการที่กำลังเข้าสู่วัยชรา เป็นสิ่งจำเป็น

4.2 การพัฒนากลไกที่สอดคล้องกับแนวทางรัฐบาลอัจฉริยะ (smart government) เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม และการออกแบบนโยบายที่ตรงกลุ่มเป้าหมายบนพื้นฐานของการใช้ข้อมูลโดยการเชื่อมต่อนฐานข้อมูลกับภาครัฐ หรือ การสื่อสารกับภาครัฐอย่างเป็นระบบ

5. สร้างความเชื่อมโยงเครือข่ายสนับสนุนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพทั้งในระดับชาติและสากล ทั้งในเชิงผลักดันนโยบายและงานวิชาการ ส่งเสริมบทบาท ภาพลักษณ์ และความรับผิดชอบงานด้านสร้างเสริมสุขภาพของไทยในประชาคมโลก เพื่อสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพโลกของประเทศไทย (พ.ศ. 2564-2570)

5.1 ความเป็นพลเมืองในระดับโลก มีความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมในการกำหนดสิทธิและสวัสดิการขั้นพื้นฐานทางด้านสุขภาพของประชากร โดยอาจจะเป็นส่วนร่วมของประชากรกลุ่มอื่นในการกำหนดให้ประชากรกลุ่มเฉพาะก็ได้

5.2 การขยาย หรือเผยแพร่องค์ความรู้ของภาคีในลักษณะของระบบพี่เลี้ยง (mentoring system) โดยภาคีจะช่วยสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหรือกลไกเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพะประชากรกลุ่มได้ให้ผสมผสานระหว่างวิธีการทำงานแบบไทยและเป้าหมายในระดับชาติหรือสากลได้

6. สร้างและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน (fundamental) เพื่อสนับสนุนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะ บนพื้นฐานของข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นรูปธรรม ที่ส่งผลกระทบต่อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรม/วิถีชีวิตในการสร้างเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะ อันจะนำไปสู่ต้นแบบการมีสุขภาพดีของประชากรกลุ่มเฉพาะ เพื่อตอบตามตัวชี้วัดตามห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome) ของกองทุนฯ

6.1 การสร้างและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน จะเป็นพื้นฐานการพัฒนากลไก และระบบการทำงานเพื่อพัฒนาสุขภาพะของประชากรกลุ่มเฉพาะที่ลงลึกถึงรากฐานของปัญหา เป็นระยะยาว และปรับเปลี่ยนได้เร็ว

6.2 ความร่วมมือของหน่วยงานต่าง ๆ ในโครงสร้างพื้นฐานของระบบสนับสนุนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะ จะมีลักษณะของการบูรณาการอย่างเป็นรูปธรรม และสามารถบรรลุตัวชี้วัดตามห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome) ของกองทุนฯ

จุดเน้นของแผนตามกลุ่มประชากร

ผู้สูงอายุ

สนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนานโยบาย ระบบและกลไกที่มีประสิทธิภาพเพื่อ **รองรับสังคมสูงวัย** ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้มีความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ต่างๆ ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ตลอดจนการช่วยเหลือเกื้อกูลกันเองในเครือข่ายและผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากในการดำรงชีวิต ผ่านการใช้เทคโนโลยีและรูปแบบที่เหมาะสมเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ดำเนินชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี และเป็นพลังของสังคม ชุมชนอย่างต่อเนื่อง

คนพิการ

สนับสนุนให้คนพิการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพในทิศทางที่ดีขึ้น ผ่านรูปแบบที่หลากหลายและเหมาะสมกับคนพิการในแต่ละประเภท โดยให้ความสำคัญกับการเสริมความเข้มแข็งของ **ศูนย์บริการคนพิการ** ทั่วประเทศไปพร้อมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้มีกระบวนการทำงานที่เป็นระบบครบวงจรสามารถให้บริการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกที่มีคุณภาพและคนพิการเข้าถึงได้ง่าย รวมทั้งการสานต่อกลไกการบริหารระบบการจ้างงานและสร้างโอกาสการมีงานทำที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

คนไร้บ้าน

สนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย ให้คนไร้บ้านสามารถเข้าถึงระบบการสนับสนุน **ฟื้นฟู สิทธิสุขภาพ สวัสดิการพื้นฐานของรัฐ** และมีศักยภาพในการจัดการตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสามารถใช้ชีวิตร่วมกับคนในสังคมได้ มีความพร้อมในการกลับคืนสู่สังคมอย่างมีคุณภาพ รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนากลไกบนฐานชุมชนในการป้องกันความเสี่ยงของการเข้าสู่ภาวะไร้บ้าน จากการพัฒนาการงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานในระดับพื้นที่

แรงงานนอกระบบ

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

กลุ่มชาติพันธุ์และประชากรข้ามชาติ

สนับสนุนการเข้าถึงความเป็นธรรมทางสุขภาพ ได้รับการคุ้มครองสิทธิทางสุขภาพ ผ่านการสนับสนุนงานวิชาการ และการพัฒนาฐานข้อมูลสุขภาพ การพัฒนาและขับเคลื่อนกฎหมายและนโยบายการเข้าถึงสิทธิสุขภาพและหลักประกันทางสังคม การสนับสนุนการส่งเสริมความเข้มแข็งของเครือข่าย และกลไกที่

จำเป็น รวมไปถึงการสนับสนุนนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และการสื่อสารลดอคติสร้างความเข้าใจในการอยู่ร่วมกันท่ามกลางความหลากหลายในสังคม

ผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรง

สนับสนุนการลดความรุนแรงอันเนื่องมาจากเหตุแห่งเพศและความรุนแรงในครอบครัว และ **ผลักดันประเด็นความรุนแรงเป็นประเด็นสาธารณะ**ที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ผ่านการพัฒนาต้นแบบกระบวนการรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้หญิง การพัฒนาศักยภาพแกนนำ จากฐานงานวิชาการองค์ความรู้ และการเชื่อมโยงเครือข่ายคนรุ่นใหม่ในการร่วมออกแบบนวัตกรรมการป้องกันและลดความรุนแรงในระดับต่างๆด้วย

ผู้ต้องขัง

สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังโดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาเรือนจำสุภาพะใน 7 ด้าน ซึ่งเป็นแนวทางการดำเนินงานและการสื่อสารกับผู้เกี่ยวข้องถึงแนวทางที่จำเป็นและเหมาะสมในการกำหนดนโยบายและพัฒนาเรือนจำให้เป็นพื้นที่ที่เอื้ออำนวยให้ผู้ต้องขังมีสุขภาพที่ดี ภายใต้หลักการที่ว่า สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ทุกคนต้องได้รับ และผู้อยู่ในเรือนจำต้องไม่เป็น “ข้อยกเว้น” ของการมีสุขภาพที่ดี

ผู้มีความหลากหลายทางเพศ

สนับสนุนการเข้าถึงความเป็นธรรมทางสุขภาพ ไม่ถูกเลือกปฏิบัติด้วยอัตลักษณ์ทางเพศภาวะและเพศวิถี ตลอดจนปัจจัยการกดขี่ทับซ้อน ได้รับการปกป้องคุ้มครองในสิทธิทางสุขภาพ โดยการพัฒนาชุดความรู้ งานวิชาการ กลไกและรูปแบบเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานที่ให้ความสำคัญกับความละเอียดอ่อนต่อความหลากหลายทางเพศ

มุสลิมไทย

มุสลิมไทยในพื้นที่ดำเนินงานมีคุณภาพชีวิตและสุขภาพที่ดี ลดความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ภายใต้แนวทางการดำเนินงานโดยมีศาสนาอิสลามเป็นศูนย์กลาง และการพัฒนาวิถีทางสังคมและสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทสังคมมุสลิมไทย

ค่านิยมเชิงปฏิบัติการที่นำไปใช้ในแผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ

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

2) **ความเป็นธรรมทางสังคม** หมายถึง ความเป็นธรรมในทุกมิติของสังคมที่มนุษย์พึงได้รับตามมาตรฐานทางสากล และหลักมนุษยธรรม โดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติ มีความเสมอภาค เท่าเทียมในการเข้าถึงสิทธิโอกาส และทรัพยากรต่าง ๆ ที่พึงได้รับการปฏิบัติจากรัฐ และได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายอย่างเสมอภาค และเท่าเทียมเพื่อสร้างโอกาสในการมีสุขภาพที่ดี

3) ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ หมายถึง ความแตกต่างระหว่างคนกลุ่มต่าง ๆ ด้านสถานะสุขภาพ เช่น อายุคาดเฉลี่ย อัตราการเจ็บป่วย ภาระโรค ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพอาจมีได้เกิดจากความไม่เป็นธรรมทางสังคมและความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพเสมอไป อาจมีปัจจัยอื่น ๆ เกี่ยวข้อง เช่น เพศ อายุ พันธุกรรม ซึ่งมีผลให้คนกลุ่มต่าง ๆ มีสถานะสุขภาพแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม แนวคิดเรื่อง SDH ชี้ว่าความไม่เป็นธรรมทางสังคมเป็นสาเหตุหลักของความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในประเทศต่าง ๆ

4) ความเหลื่อมล้ำทางสังคม หมายถึง ความแตกต่างด้านสภาพแวดล้อมการดำรงชีวิตระหว่างคนกลุ่มต่าง ๆ ในสังคม เช่น ความเหลื่อมล้ำทางรายได้ ความเหลื่อมล้ำในการถือครองที่ดิน ความเหลื่อมล้ำในด้านผลสัมฤทธิ์การศึกษา ความเหลื่อมล้ำด้านความเสี่ยงต่อภัยพิบัติความเหลื่อมล้ำทางสังคมอาจมีได้เกิดจากความไม่เป็นธรรมทางสังคมเสมอไป อาจมีปัจจัยอื่น ๆ เกี่ยวข้อง แต่สังคมที่มีความเหลื่อมล้ำสูงส่วนใหญ่ก็มีสาเหตุสำคัญมาจากความเป็นธรรมทางสังคมในทางกลับกัน สังคมที่มีพื้นฐานความไม่เป็นธรรมในบางเรื่องสูงแต่มีนโยบายและมาตรการป้องกันมิให้ส่งผลกระทบต่อความไม่เป็นธรรมในเรื่องอื่น ๆ ก็อาจทำให้เป็นสังคมที่มีความเหลื่อมล้ำต่ำได้

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

6) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) หมายถึง การที่บุคคลมีความสามารถในการเข้าถึงข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพจากแหล่งความรู้ที่หลากหลาย มีความเข้าใจในเนื้อหาต่าง ๆ สามารถประเมินความน่าเชื่อถือและความเหมาะสมของเนื้อหากับตนเอง ใช้ความคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลในการให้ความสำคัญกับข่าวสารความรู้ที่นำไปสู่การตัดสินใจนำมาลองปฏิบัติและประเมินผลการทดลองจนสามารถเกิดการใช้ในชีวิตประจำวันได้

7) บริการสุขภาพที่เป็นธรรม หมายถึง การจัดบริการด้านสุขภาพคำนึงถึงความเสมอภาคไม่เลือกปฏิบัติจากความแตกต่างของเพศ เพศภาวะ สังคม และวัฒนธรรม เอื้อต่อการเข้าถึง และตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

8) ผู้นำการเปลี่ยนแปลง หมายถึง ประชากรกลุ่มเฉพาะ หรือคนทำงานเพื่อความเป็นธรรมทางสังคมและสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะที่สร้าง ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน 3 ระดับ ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงในตนเอง (self-transformation) การเปลี่ยนแปลงองค์กรและชุมชน (organization and community transformation) และการเปลี่ยนแปลงสังคม (social transformation) โดยผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะมีคุณลักษณะสำคัญ ได้แก่ มีความสามารถสร้างความสมดุลในชีวิตและการทำงาน มีความเข้าใจเรื่องความเป็นธรรมทางสังคมและสุขภาพ เข้าใจภาวะการนำร่วม และสามารถทำงานแบบใช้อำนาจร่วม ให้ความสำคัญของการทำงานที่เป็นเครือข่ายและการทำงานขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม

9) สุขภาวะของคนพิการ หมายถึง สุขภาวะหรือสุขภาพที่เหมาะสมในการดำรงชีพของบุคคลอย่างมีสุข แบ่งเป็น 1) ทางกาย คือ การดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง มีระดับสมรรถนะในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เต็มตามศักยภาพ ไม่เกิดโรคเพิ่มจากการทำงาน มีการตรวจสุขภาพประจำปี ลดปัจจัยเสี่ยงหลักที่ก่อให้เกิดผลกระทบกับร่างกาย ได้แก่ บุหรี่ เหล้า เพิ่มกิจกรรมทางกาย เลือกรับประทานอาหารที่ไม่เป็นโทษต่อสุขภาพ

ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว 2) ทางสังคม คือ สามารถพึ่งพาตนเองได้(อาจต้องใช้อุปกรณ์หรือผู้ช่วยตามความเหมาะสม) และมีส่วนร่วมในชุมชน 3) ทางเศรษฐกิจ คือ การมีงานทำและมีรายได้ต่อเนื่อง สามารถลด/ปลดหนี้ได้ 4) ทางปัญญา คือ การเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของตนเอง มีความสุขและภาคภูมิใจในตนเอง

10) เรือนจำสุภาพ 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) ผู้ต้องขังสามารถดำรงบทบาทของการเป็นแม่/ พ่อ/ ลูก/ และสมาชิกของครอบครัว และ (7) ผู้ต้องขังมีโอกาสสร้างที่ยืนในสังคม³⁶

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

12) การออกแบบเพื่อทุกคน (universal design) หมายถึง การออกแบบและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ บริการสาธารณะ และผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ เพื่อให้ทุกคนสามารถใช้ประโยชน์จากสิ่งเหล่านั้นได้อย่างเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้เจ็บป่วย หรือผู้ที่มีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันแตกต่างจากบุคคลทั่วไปด้วยข้อจำกัดทางร่างกาย

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

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

15) พื้นที่ หรือโมเดลต้นแบบ (upscaling sandbox) หมายถึง พื้นที่ หรือโมเดลที่ได้รับการถอดบทเรียนให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้ โดยพื้นที่ หรือโมเดลต้นแบบจะต้องมีองค์ประกอบคือ การประเมินสถานการณ์ก่อนเริ่มโครงการ วัตถุประสงค์ของกิจกรรมในโครงการ การประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับกิจกรรมที่ดำเนินการในโครงการ การวิเคราะห์ปัจจัยของความสำเร็จ ข้อพึงระวังในการไปประยุกต์ใช้ และอุปสรรคในกิจกรรมที่ดำเนินการ

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

³⁶ นภาพรณ หะวานนท์ และ กฤตยา อาชวนิจกุล. (2559). “งานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังหญิง 2558-2560”. (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ).

เป้าหมายและผลลัพธ์ในระดับ 5 ปี

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

จากการทบทวนแผนการดำเนินงานของแผนสุขภาพะประชากรกลุ่มเฉพาะ ภาคิ และกลุ่มประชากรเฉพาะที่ผ่านมา พบปัญหาหรือช่องว่างซึ่งเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการสร้างผลกระทบในเชิงโครงสร้างและนโยบาย การวิเคราะห์แผนการดำเนินงานของทุกกลุ่มประชากรเฉพาะที่มีขอบเขตการดำเนินงานที่มุ่งเน้นสร้างกลไก ต้นแบบ และผลักดันนโยบาย พบช่องว่างของปัญหาของแผนในช่วง 4 ปีที่ผ่านมาในเรื่องของการออกแบบต้นแบบเพื่อขยายผล การพัฒนาระบบเชิงโครงสร้าง และการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม จึงนำเอากรอบของกระบวนการออกแบบเชิงความคิด (design thinking) มาใช้ในการออกแบบแผนของภาคิและกลุ่มประชากรเฉพาะ เพื่อชี้ให้เห็นถึงภาพรวมของกระบวนการดำเนินงานตามกรอบดังกล่าว

นอกจากนี้ แนวทางการทำงานของแผน 5 ปี จะมุ่งเน้นการสื่อสารและการกระจายองค์ความรู้ให้กับคนรุ่นใหม่และภาคิใหม่เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในวงกว้างมากยิ่งขึ้นผ่านการสร้างแพลตฟอร์มที่ทำหน้าที่เป็นฐานข้อมูลกลางของทุกภาคิและกลุ่มประชากรเฉพาะ (common platform) ซึ่งแพลตฟอร์มดังกล่าวจะเป็นฐานข้อมูลที่สำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคิใหม่และประชาชนกลุ่มใหม่ ๆ อันจะนำไปสู่การเกิดข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม เป็นรูปธรรม วัดค่าได้และเป็นระบบในทุกกลุ่มประชากร

ตัวชี้วัดระดับเป้าหมาย (Ultimate Goals) และตัวชี้วัดระดับผลผลิต (Output)

2.1 ฐานข้อมูลหรือระบบจัดเก็บข้อมูล (digital database) ที่มีการจัดเก็บในรูปแบบดิจิทัล ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของทุกแผนและทุกกลุ่มประชากรเฉพาะ และเผยแพร่ข้อมูล บทวิเคราะห์ องค์ความรู้ กระบวนการทำงาน และจริยธรรมในการทำงานในทุกกลุ่มประชากร ซึ่งระบบจัดเก็บข้อมูลจะเป็นไปเพื่อบรรลุเป้าหมายของกองทุนฯ และอ้างอิงอ้างอิงกรอบแนวความคิดเรื่องเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ที่มีองค์ประกอบของข้อมูลอย่างน้อย 20 ชุดข้อมูล ใน 7 กลุ่มประชากร ซึ่งอาจจะเป็นการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่ต่อเนื่องกันก็ได้

2.2 ความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมของภาคิกกลุ่มใหม่ ทั้งคนรุ่นใหม่ ผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ และคนทั่วไปที่สนใจ (new participation) ที่มาจากการสร้าง พัฒนา หรือขยายผลการดำเนินงานของแผนประชากรกลุ่มเฉพาะให้เกิดการมีส่วนร่วมในการทำงานทางด้านประชากรกลุ่มเฉพาะรายกลุ่ม หรือในภาพรวม อันจะนำไปสู่การขยายความครอบคลุม และความเชี่ยวชาญในการทำงานของแผนกลุ่มประชากรเฉพาะบรรลุเป้าหมายของกองทุนฯ ให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่การสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดด จำนวนอย่างน้อย 20 กลุ่ม/เครือข่าย อย่างน้อย 5 ประเด็น

2.3 การมีส่วนร่วมในการนำเสนอข้อค้นพบ/บทเรียน/ข้อสรุปของการทำงาน หรือข้อเสนอเชิงนโยบาย ที่มาจากการออกแบบหรือการดำเนินงานร่วมกันระหว่างภาคิ สำนักอื่น หน่วยงานอื่น คนรุ่นใหม่และผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ (cross-group collaboration) เพื่อสร้างหรือพัฒนาพื้นที่หรือโมเดลต้นแบบข้าม

กลุ่มประชากรหรือการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม เพื่อบรรลุเป้าหมายการเสริมพลังให้กับประชากรกลุ่มเฉพาะ (empowerment) ซึ่งอาจใช้แนวทางการดำเนินงานตามหลักการของยุทธศาสตร์ไตรพลัง เพื่อให้เกิดการมุ่งเน้นการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ/พัฒนาระบบสวัสดิการพื้นฐานที่ตอบสนองต่อโรคอุบัติใหม่ที่กำลังเกิดขึ้นในอนาคต จำนวนอย่างน้อย 10 ต้นแบบ

2.4 ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม (inclusive policy) ในหลายกลุ่มประชากรที่เชื่อมระหว่างโครงสร้างใหญ่ที่มาจากพื้นที่และโมเดลต้นแบบกับปัญหาของกลุ่มประชากรจากฐานข้อมูลที่ถูกจัดเก็บอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายที่ได้รับการยอมรับจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง สามารถเชื่อมโยงหรืออ้างอิงกับมาตรฐานระดับประเทศ และระดับสากลที่เป็นรูปธรรม และวัดค่าได้ ตามตัวชี้วัดของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) อย่างน้อย 5 ประเด็น

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

วัตถุประสงค์ของแผน

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

1. เพื่อพัฒนาองค์ความรู้สนับสนุนการทำงานเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะและลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะ ให้เกิดความยั่งยืน ต่อเนื่อง และต่อยอดการทำงานในระยะยาวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. เพื่อออกแบบการสื่อสารสาธารณะให้เกิดการมีส่วนร่วม อันนำไปสู่การปรับเจตคติของสังคมสู่สังคมที่ยอมรับความหลากหลายและให้ความสำคัญกับความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการทางสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น
3. เพื่อเสริมสร้างพื้นที่ หรือโมเดลต้นแบบ เพื่อการขยายผลในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น
4. เพื่อส่งเสริมศักยภาพของกลไกการทำงานของภาคีเครือข่าย เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการทำงานได้อย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

5. เพื่อขับเคลื่อนนโยบายที่มีเป้าหมายในการเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีและลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะ ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น

6. เพื่อวางโครงสร้างในการพัฒนาความสามารถในตัวเองของประชากรกลุ่มเฉพาะ (empowerment) และส่งเสริมศักยภาพการทำงานของภาคี (capacity) ในระยะยาวกลุ่มเป้าหมาย/ขอบเขตการดำเนินงาน

1. กลุ่มเป้าหมาย

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

2. ขอบเขตการดำเนินงาน

2.1 พัฒนานวัตกรรม กลไก และนโยบายสาธารณะ เพื่อการมีสุขภาวะ ลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ โดยสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดด และยกระดับการขยายผลต้นแบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

2.2 สนับสนุนการเตรียมความพร้อมและปรับตัวของประชากรกลุ่มเฉพาะต่อผลกระทบต่อเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และปัจจัยเสี่ยงอุบัติใหม่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ประชากรกลุ่มเฉพาะสามารถดำเนินชีวิต หรือได้รับการช่วยเหลือ เยียวยา พ้นพายุ ช่วยเหลือเกื้อกูลกันได้อย่างเหมาะสม

2.3 สนับสนุนและเสริมศักยภาพการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลเพื่อเป็นเครื่องมือในการยกระดับการสร้างเสริมสุขภาพและมีสุขภาวะที่ดีของประชากรกลุ่มเฉพาะต่าง ๆ อย่างเหมาะสม โดยไม่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำจากการใช้เทคโนโลยี

2.4 พัฒนาต้นแบบและยกระดับการขยายผลการดำเนินงานในระดับพื้นที่ โดยมีพื้นที่เป้าหมายทั้งบริบทเขตเมือง และชุมชนท้องถิ่น ซึ่งมีจุดเน้นแตกต่างกันตามความเหมาะสม และบริบทของประชากรกลุ่มเฉพาะนั้น ๆ

2.5 พัฒนาศักยภาพแกนนำประชากรกลุ่มเฉพาะ คนทำงานกับประชากรกลุ่มเฉพาะ และเครือข่ายประชากรกลุ่มเฉพาะ ให้มีความสามารถจัดการตัวเอง เข้าถึงสวัสดิการขั้นพื้นฐาน นำไปสู่การลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ

2.6 สร้างและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน (fundamental) เพื่อสนับสนุนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะบนพื้นฐานของข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นรูปธรรมที่ได้ดำเนินการตามข้อ 2.1-2.5

2.7 สนับสนุนการดำเนินงานของแผนกลุ่มพื้นที่ องค์กร กลุ่มประชากร ของ สสส. ในการดำเนินการพัฒนาสุขภาวะในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และเขตเมืองใหญ่ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ส่งเสริมความเข้มแข็งและเปิดโอกาสการเข้าถึงบริการสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์การดำเนินงานของทุกกลุ่มประชากรเฉพาะมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ไตรพลังของ สสส. คือ ความรู้ นโยบาย สื่อสารและขับเคลื่อนสังคม โดยเพิ่มเติมประเด็นการพัฒนาศักยภาพภาคีและแกนนำกลุ่มประชากรเฉพาะ เพื่อสนับสนุนการรวมกลุ่มและการพัฒนาภาคีและองค์กรตัวแทนกลุ่มประชากร

เฉพาะให้เข้มแข็ง ที่จะนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพและลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะ โดยมียุทธศาสตร์ 6 ข้อ ดังนี้

1. พัฒนาศักยภาพ เพื่อสนับสนุนการทำงาน เสริมสร้างสุขภาวะ และลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะ ให้เกิดความยั่งยืน ต่อเนื่อง และต่อยอดการทำงานในระยะยาวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. ออกแบบการสื่อสารสาธารณะให้เกิดการมีส่วนร่วม อันนำไปสู่การปรับเจตคติของสังคมสู่สังคมที่ยอมรับความหลากหลายและให้ความสำคัญกับความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการทางสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น
3. เสริมสร้างพื้นที่หรือโมเดลต้นแบบ เพื่อการขยายผลในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น สามารถทำให้หน่วยงานที่รับผิดชอบเห็นประโยชน์และรับไปดำเนินงานต่อเพื่อความยั่งยืน
4. ส่งเสริมศักยภาพของกลไกการทำงานของภาคีเครือข่าย ให้สามารถขับเคลื่อนแบบเสริมพลังกัน และทำงานได้อย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น
5. ขับเคลื่อนนโยบายที่มีเป้าหมายในการเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีและลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะ ทั้งโดยตรงและโดยอ้อมที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น
6. สร้างและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เพื่อสนับสนุนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะให้ตอบตามตัวชี้วัดตามห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome) ของ สสส.

งบประมาณ

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

6. แผนสุขภาพชุมชน

สรุปภาพรวมระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566–2570)

1. ที่มาและความสำคัญ ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ แผนเฉพาะในแต่ละด้าน และทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี

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

กฎบัตรออกติดตามด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ได้มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ประการ หนึ่งในนั้นคือ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น และจากวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุน สสส. ข้อ 5 ระบุว่า “เพื่อพัฒนาความสามารถของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชน หรือองค์กรเอกชน องค์กรสาธารณประโยชน์ ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ” ทั้งนี้ในหลายๆ แผนของประเทศที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย (1) แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580): ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์และด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม (2) แผนปฏิรูปประเทศด้านสังคม: ประเด็นปฏิรูปที่ 4 ระบบสร้างเสริมชุมชนเข้มแข็ง (3) สนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) อาทิ ขจัดความยากจน ขจัดความหิวโหย การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี การศึกษาที่เท่าเทียม การจัดการน้ำและสุขาภิบาล พลังงานสะอาดที่ทุกคนเข้าถึงได้ แผนการบริโภคและการผลิตที่ยั่งยืน การรับมือการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การใช้ประโยชน์จากมหาสมุทรและทรัพยากรทางทะเล การใช้ประโยชน์จากระบบนิเวศทางบก สังคมสงบสุขยุติธรรมไม่แบ่งแยก และ (4) การพัฒนาบทหลักของศาสตร์พระราชา 3 ประการ ประกอบด้วย 1) เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา 2) ระเบิดจากข้างใน และ 3) ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง รวมถึงสอดคล้องกับจุดเน้นและจุดหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) ที่ประกอบด้วย 13 หมุดหมาย และมีจุดเน้น 4 องค์กรประกอบ (เศรษฐกิจ สังคม วิถีชีวิตที่ยั่งยืน ปัจจัยสนับสนุน)

ผลการประเมิน 10 ปี ของ สสส. มีข้อเสนอแนะสำคัญสำหรับ สสส. เพื่อพัฒนาการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นสรุปพอสังเขปดังนี้ (1) ควรทำข้อมูลพื้นที่ปฏิบัติการที่เข้าไปสนับสนุนการดำเนินงานในระดับต่าง ๆ ให้เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ (2) ควรให้ความสำคัญกับการลงทุนพัฒนาระบบการติดตามประเมินผลและฐานข้อมูลที่เป็นเอกภาพ เพื่อใช้ร่วมกันทั้งภายในองค์กรและภาคีเครือข่าย (3) ควรมีการสรุปคุณลักษณะและบริบทของพื้นที่ที่ผ่านเกณฑ์ที่ สสส. ดำเนินการสนับสนุนจนพัฒนาเป็นต้นแบบไว้หลาย ๆ ด้าน และ (4) ยกกระตือรือร้นการทำงานด้วยการผลักดันองค์ความรู้ รูปแบบ กลไกตำบลจัดการตนเองเข้าสู่ระบบหลัก

กรอบกับข้อเสนอแนะแนวทางการปรับทิศทางการขับเคลื่อนแผนจากผลการประเมิน 3 ปี (พ.ศ. 2561-2563) ของแผนสุขภาพชุมชน สรุปได้เป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ดำเนินการต่อเนื่องจากระบบเดิมที่มี 6 องค์ประกอบ เป็นแกนนำในการขับเคลื่อน โดยต้องกำหนดให้มีการบริหารจัดการความรู้ที่เข้มข้นขึ้นจาก (1) เพิ่มคู่มือหรือตัวอย่างในกระบวนการอบรมแกนนำและมีการอธิบายโดยละเอียด (2) เพิ่มโอกาสให้แกนนำหรือสมาชิกของชุมชนได้รับรู้ตัวอย่างจริงของชุมชนที่มีการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเกิดจินตภาพที่ชัดเจน และ (3) เพิ่มกระบวนการในการทบทวน และกระบวนการหมุนรอบปฏิบัติการด้วยตนเองเพื่อสร้างการเรียนรู้จากการทำงานเป็นระยะ สามารถปรับตัวและปรับแผนให้เร็ว ส่วนที่ 2 ออกแบบเพื่อดำเนินการในพื้นที่ที่มีบริบทเปลี่ยนแปลงไปเป็นชุมชนเมืองยุคดิจิทัลซึ่งจะเน้นการขับเคลื่อนเชิงประเด็นเป็นหลัก รวมไปถึงการออกแบบและพัฒนา Platform for Healthy Community และพัฒนาเครือข่ายผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มาจาก influencers ที่อยู่บนแพลตฟอร์มออนไลน์ และ ส่วนที่ 3 สิ่งที่ต้องเติมเต็มความรู้ของชุมชนอีกส่วนหนึ่งที่สำคัญ คือ สถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือ ซึ่งในอนาคตบทบาทของการสนับสนุนวิชาการจะมีความเชี่ยวชาญหลากหลายมากขึ้น และมีบทบาทในการเป็นที่ปรึกษาและพี่เลี้ยงรวมถึงอาจจะมีการพัฒนาเป็นศูนย์การเรียนรู้ แหล่งถ่ายทอดความรู้ และคลังเครื่องมือของแผนสุขภาพชุมชน เพื่อให้ทันต่อการปรับตัวภายใต้บริบทที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและคาดการณ์ได้ยาก

ข้อเสนอแนะจากภาคีต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นโดยแผนสุขภาพชุมชน จำนวน 3 กลุ่ม ประกอบด้วย (1) ภาควิชาการในระดับพื้นที่ (2) ภาควิชาขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และนโยบายสู่การปฏิบัติ และ (3) ภาควิชายุทธศาสตร์ รวมถึงคณะทำงานของแผนสุขภาพชุมชน คณะกรรมการกำกับทิศทางของแผนสุขภาพชุมชน และ คณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ 3 โดยสรุปดังนี้ 1) กำหนดเป้าหมายการทำงานให้ชัดเจนผ่านการบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพ 2) ยกระดับการทำงานให้มีความหลากหลายตามบริบทของสังคมที่มีความแตกต่างและตามสังคมที่เปลี่ยนไป 3) มีระบบสนับสนุนทางด้านวิชาการตามยุทธศาสตร์การทำงานของ สสส. 4) ถอดบทเรียน ยกระดับและขยายผลจากต้นแบบสู่ความยั่งยืน และ 5) คำนึงถึงเรื่องความเสมอภาคและความเหลื่อมล้ำในการดำเนินงาน

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

2. การดำเนินงานที่ผ่านมา

กว่าหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมาของแผนสุขภาพชุมชนได้มุ่งเน้นเสริมศักยภาพให้กับ 4 องค์การหลัก อันประกอบด้วย ท้องถิ่น ท้องที่ องค์กรชุมชน และหน่วยงานรัฐในพื้นที่ ให้สามารถใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพจัดการกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพได้ จนเกิดเป็นเครือข่ายขนาดใหญ่ โดยมีจุดเริ่มต้นจาก หนึ่งตำบล หนึ่งครอบครัว ขยายเป็นเครือข่ายตำบล เครือข่ายอำเภอ เครือข่าย

ภูมิภาคที่กระจายตัวอยู่ทุกภูมิภาคของประเทศ จนเป็น “เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่” ร่วมขับเคลื่อนชุมชนท้องถิ่นให้น่าอยู่ โดยมีบทบาทสำคัญในการสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน ผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะระดับตำบล อำเภอ เครือข่าย และจังหวัด รวมไปถึงการขับเคลื่อนและรณรงค์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน

การดำเนินงานอย่างต่อเนื่องของแผนสุขภาพชุมชนยังผลให้ปัจจุบันมีสมาชิกเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ที่ยอมรับในหลักการทำงานร่วมกันมากถึง 3,496 ตำบล หรือคิดเป็นร้อยละ 44.97 ของ อบท. ทั้งหมด³⁷ และแผนสุขภาพชุมชนกำหนดให้ทุกตำบลที่เป็นสมาชิกเครือข่ายจัดเก็บข้อมูล TCNAP และ ข้อมูล RECAP แล้วนำเอาข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาแนวทางพัฒนา และยกระดับพื้นที่เป็นศูนย์เรียนรู้ (ศร.) ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาพชุมชน (ศจค.) ศูนย์ประสานงานเครือข่ายเฉพาะประเด็น (ศปง.) ศูนย์เชี่ยวชาญ (ศชช.) และศูนย์ฝึกอบรม รวมกันแล้วมากถึง 361 แห่ง จากประสบการณ์ในการดำเนินงานที่กล่าวมาพบว่ามีแต่ละตำบลจะมีทุนทางสังคมได้มากถึง 110 ทุน มีผู้นำชุมชนท้องถิ่นอย่างน้อย 200 คนต่อตำบล จนเกิดเป็นโครงข่ายความคุ้มครองทางสังคมขนาดใหญ่ที่มีทุนทางสังคมกว่า 350,000 ทุน และมีผู้นำชุมชนท้องถิ่นกว่า 640,000 คน ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงบทบาทหน้าที่ในการหนุนเสริมภาคประชาชนให้มีศักยภาพในการจัดการตนเอง สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและมีการนำไปเผยแพร่อย่างกว้างขวางมากขึ้น รวมถึงการเอื้ออำนวยให้ชุมชนมีความเข้มแข็งในการจัดการตนเองและปกป้องภาวะคุกคามได้อย่างทันการและมีประสิทธิภาพ และเกิดเป็นเครือข่าย 5 นักสร้างเสริมสุขภาพชุมชน จำนวนกว่า 450,000 คน ได้แก่ นักบริหาร นักวิชาการชุมชนท้องถิ่น นักจัดการข้อมูล นักสื่อสารชุมชน นักจัดการและนักจัดกระบวนการ ที่มีศักยภาพในการดำเนินงานด้านต่างๆ ในชุมชนท้องถิ่นและร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ

ผลลัพธ์การดำเนินงานดังกล่าวข้างต้นนับเป็นต้นแบบ (prototype) ที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานในพื้นที่ปฏิบัติการนั้นๆ และแผนสุขภาพชุมชนจะนำต้นแบบดังกล่าวไปพัฒนาระดับให้เป็นรูปแบบ (model) เพื่อใช้ในการขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ ต่อไป โดยคำนึงถึงบริบทของแต่ละพื้นที่ที่มีรายละเอียดแตกต่างกันไป

3. สถานการณ์และแนวโน้มที่เกี่ยวข้อง

แนวโน้มของสถานการณ์ที่ส่งผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ จากการทบทวนแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่จะส่งผลกระทบไปทั่วโลก (megatrends) ในช่วงปี 2563 – 2573 ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพในอนาคต พบว่าปัจจุบันมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่กำลังเข้ามากระทบอย่างมากต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) สรุปได้ดังนี้ (1) การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ จากการวิเคราะห์ของ TDRi คาดการณ์ว่าอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจของไทยจะมีอัตราลดลงเรื่อยๆ (2) การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและโครงสร้างประชากร จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าในอนาคตโครงสร้างประชากรของโลกจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยก็เช่นกัน (3) การเปลี่ยนแปลงของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ด้วยสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (4) การเปลี่ยนแปลงด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ปัจจุบันโลกอยู่ในยุคการเปลี่ยนผ่านทางเทคโนโลยี (disruptive technology) (5) การเปลี่ยนแปลงทางการเมือง สถานการณ์ภาพรวมการเมืองระหว่างประเทศมีการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนสถานการณ์การเมืองในประเทศจะถึงวาระการเลือกตั้งระดับประเทศซึ่งเป็นโอกาสสำคัญสำหรับการนำเสนอและผลักดันนโยบายสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อประชาชน (6) การเปลี่ยนแปลงสู่การเป็นมหานครและการขยายตัวของพื้นที่เขตเมือง ก่อให้เกิดประโยชน์ทางเศรษฐกิจและสังคมในหลายมิติ ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของประชากรในพื้นที่ และ (7) ผลกระทบ

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

และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสำคัญจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ยังไม่สิ้นสุดและมีการคาดการณ์ว่าจะกลายเป็นโรคประจำถิ่นในระยะใกล้นี้ ขณะที่สถานการณ์หลังการแพร่ระบาดได้ส่งผลกระทบต่อมิติด้านเศรษฐกิจ สังคม และวิถีชีวิตของประชากร

การปรับบทบาทหรือวิธีการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน จากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงทั้งในด้าน technology disruption และสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อบริบทของชุมชนท้องถิ่นเป็นอย่างมาก ได้แก่ (1) ความสะดวกในการติดต่อค้าขาย และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ง่ายและมากขึ้น และมีกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่เป็นเชิงการค้าเพิ่มขึ้น นำไปสู่พฤติกรรมปัจเจกแบบทุนนิยมมากขึ้น (2) ประชาชนมีความเป็นปัจเจกชนนิยม (individualism) มากขึ้น ความรู้ และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารมีมากขึ้น ความต้องการพึ่งพา และการยอมตามอำนาจรัฐในปฏิบัติการที่อาศัยความสมัครใจ หรือต้องการความร่วมมือส่วนร่วมน้อยลง (3) การปรับพฤติกรรมไปกับเทคโนโลยีดิจิทัล หรือ digital transformation คือปัจจัยขับเคลื่อนหลักของการสร้างให้เกิดความเปลี่ยนแปลง เพราะทำให้ประชาชนโดยเฉพาะในพื้นที่เมืองทั่วประเทศ จำเป็นต้องมี digital literacy เพิ่มขึ้นมาก ซึ่งจะเป็นการช่วย empower individualism ในการดำเนินชีวิตของประชาชน และเป็นปัจจัยขับเคลื่อนหลักในการสลายรูปแบบเดิมของชุมชน และเปลี่ยนรูปแบบชุมชนไปเป็นรูปแบบ online หรือ virtual มากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงสู่การเป็นมหานครและการขยายตัวของพื้นที่เขตเมือง สำหรับประเทศไทยสัดส่วนความเป็นเมืองและจำนวนประชากรในเขตเมืองของประเทศไทยยังอยู่ในระดับไม่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับภาพรวมในระดับโลก (ในปี 2561 ประชากรในกรุงเทพมหานครและในเขตเทศบาลมีจำนวน 22.87 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 34.44) แต่การพัฒนาเชิงพื้นที่ของประเทศไทยกลับมีการกระจุกตัวสูงซึ่งส่งผลให้หลายพื้นที่ในเมืองหลักของไทยเผชิญความท้าทายด้านการจัดการขยะ น้ำเสีย ความแออัดและเสื่อมโทรมของที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อม ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของประชากรในพื้นที่ รวมถึงข้อมูลของศูนย์ศึกษามหานครและเมือง พบว่า เมืองของไทยขยายตัวมากขึ้นตลอดช่วงปี 2546–2557 ในระยะ 10 ปีนี้ ประชากรในเขตเมืองเพิ่มขึ้นเท่าตัวจาก 22.06% เป็นร้อยละ 43.79 และ UN ได้คาดการณ์ว่า ใน พ.ศ. 2573 ประเทศไทยจะมีประชากรอาศัยอยู่ในเมืองราวร้อยละ 63.9 ซึ่งยังใช้พื้นที่เทศบาลเป็นตัวบ่งบอกความเป็นเมือง ในปัจจุบันประเทศไทยมีเทศบาลทั้งหมด 2,441 แห่ง แบ่งเป็นเทศบาลนคร 30 แห่ง เทศบาลเมือง 178 แห่ง และเทศบาลตำบลอีก 2,233 แห่ง จึงเป็นข้อมูลที่ยืนยันว่าไทยเข้าสู่สังคมเมืองมากขึ้นแล้ว เพียงแต่ระดับความเป็นเมืองอาจจะแตกต่างกันไปตามแต่ละพื้นที่ ดังนั้นเมืองจึงเป็นแหล่งรวมของความเจริญทุกด้านที่จะช่วยตอบโจทย์คุณภาพชีวิตของคน แต่อย่างไรก็ตาม การกระจุกตัวของคนเมืองก็อาจเป็นแหล่งรวมของปัญหาและความเสี่ยงต่อสุขภาพได้เช่นกัน

ด้วยเหตุนี้การสานพลังเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ในการตั้งรับและปรับตัวต่อสถานการณ์ทั้งในสภาวะปกติและสภาวะวิกฤต โดยใช้องค์ความรู้ในชุมชนและเครือข่ายมารับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งสร้างนวัตกรรม ปรับพฤติกรรมของชุมชนและสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสภาวะของคนในชุมชน จึงมีความสำคัญที่จะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ดังคำกล่าวที่ว่า “ชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง นำมาสู่การมีสุขภาวะที่ดี” ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการมีสุขภาวะที่ดีของคนในชุมชน เป้าหมายในทศวรรษหน้าคือการต่อยอดสภาวะของคนในพื้นที่ให้เกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

4. สถานการณ์สำคัญของชุมชนท้องถิ่น

ข้อมูลของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่จากระบบข้อมูลตำบลโดยการสำรวจ (Thailand Community Networking Appraisal Program: TCNAP) ในปี 2564 ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2564 จำนวน

2,179 ตำบล มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 8,585,621 จากครัวเรือนจำนวน 2,738,723 ครัวเรือน มีข้อมูลสถานการณ์สำคัญของชุมชนท้องถิ่นใน 13 ประเด็น ดังนี้

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

จากข้อมูลทำให้ชุมชนท้องถิ่นสร้างมาตรการหรือข้อตกลงร่วมของชุมชนและบังคับใช้กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ สร้างผู้นำต้นแบบ ลด ละ เลิกยาสูบ พัฒนานวัตกรรมช่วยเหลือ สื่อสารรณรงค์สร้างความตระหนัก และสร้างเงื่อนไขการควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นเงื่อนไขของการพัฒนาพื้นที่

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

จากพฤติกรรมของประชากรทำให้ต้องมีการสร้างมาตรการของชุมชน บังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด พัฒนาศักยภาพผู้นำ เกิดเป็นผู้นำต้นแบบ สร้างเครือข่ายชุมชนปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และนำใช้ข้อมูลตำบลอย่างต่อเนื่องในการจัดการปัญหาและสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพให้กับคนในชุมชน

3) การจัดการอาหารชุมชน พบว่าจำนวนของประชากรที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวนทั้งสิ้น 2,493,303 คน คิดเป็นร้อยละ 32.58 จำแนกตามการประกอบอาชีพเกษตรกรรมได้ 7 ประเภท ได้แก่ ทำนา จำนวน 249,841 คน คิดเป็นร้อยละ 9.12 ทำสวน จำนวน 115,673 คน คิดเป็นร้อยละ 4.22 ปศุสัตว์ จำนวน 7,930 คน คิดเป็นร้อยละ 0.29 ทำไร่ จำนวน 54,788 คน คิดเป็นร้อยละ 2.00 เกษตรผสมผสาน จำนวน 5,211 คน คิดเป็นร้อยละ 0.19 ทำประมง จำนวน 3,726 คน คิดเป็นร้อยละ 0.14 เพาะเลี้ยงสัตว์น้ำ จำนวน 1,457 คน คิดเป็นร้อยละ 0.05 ตามลำดับ

เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่มีเป้าหมายของสุขภาวะชุมชนในการสร้างความเข้มแข็งของการจัดการอาหารโดยชุมชนท้องถิ่นเพื่อลดผลกระทบด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจ เช่น ระดมทรัพยากรเพื่อส่งเสริมการผลิต การกระจายเพื่อการบริโภคอาหารปลอดภัยอย่างครอบคลุมทุกกลุ่มวัยที่จะส่งผลให้เกิดความมั่นคงทางอาหารในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์วิกฤตของชุมชนท้องถิ่น

4) กิจกรรมทางกาย พบว่าประชากรมีพฤติกรรมเสี่ยงที่จำแนกตามกิจกรรม คือ ไม่ได้ออกกำลังกาย 520,421 คน คิดเป็นร้อยละ 29.66 ไม่ได้ตรวจสุขภาพประจำปี 425,820 คน คิดเป็นร้อยละ 24.84 ทำงานหนัก พักผ่อนน้อย จำนวน 335,805 คน คิดเป็นร้อยละ 19.14 และมีความเครียด จำนวน 54,677 คน คิดเป็นร้อยละ 3.12 เมื่อพิจารณาตามประชากรที่ไม่ออกกำลังกาย จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ วัยผู้ใหญ่ (20-59 ปี) จำนวน 107,193 คน คิดเป็นร้อยละ 56.52

จากข้อมูลปัจจัยหนึ่งที่สามารถเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายของชุมชนให้มากขึ้นและลดความเสี่ยงทางสุขภาพ คือ การส่งเสริมและกระตุ้นวัฒนธรรมของชุมชนในการมีกิจกรรมทางกาย จึงกำหนดให้กิจกรรมทางกายเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมชุมชนตามวาระต่างๆ สร้างผู้นำ “คนต้นแบบ” โดยใช้บทเรียนความสำเร็จเป็น

ตัวแบบ และกลุ่มทางสังคม องค์กร ชุมชน ในการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย รวมถึงผลักดันนโยบายด้าน กีฬาและกิจกรรมทางกายให้อยู่ในแผนพัฒนาท้องถิ่นและกองทุนหลักประกันสุขภาพ

5) อุบัติเหตุจราจร ในกลุ่มประชากรมีพฤติกรรมเสี่ยงในการขับขี่ (ผู้มีอายุ 15 ปีขึ้นไป) พบว่า ต้มสุรา แล้วขับขี่ยานพาหนะ จำนวน 34,468 คน คิดเป็นร้อยละ 0.61 มีพฤติกรรมการขับเร็วเกินกว่าที่กฎหมาย กำหนด จำนวน 39,149 คน คิดเป็นร้อยละ 0.69 ขับขี่รถยนต์โดยไม่คาดเข็มขัดนิรภัย จำนวน 29,423 คน คิด เป็นร้อยละ 0.52 ขับขี่รถจักรยานยนต์โดยไม่สวมหมวกนิรภัย จำนวน 169,316 คน คิดเป็นร้อยละ 2.99 เมื่อ จำแนกตามประเภทรถของคร่าวเรือน รถจักรยานยนต์ จำนวน 2,148,306 คร่าวเรือน คิดเป็นร้อยละ 78.44 รถจักรยาน จำนวน 1,189,354 คร่าวเรือน คิดเป็นร้อยละ 43.43 และรถยนต์ จำนวน 1,131,199 คร่าวเรือน ร้อยละ 41.30

จากพฤติกรรมเสี่ยงในการขับขี่จึงมีการสร้างข้อตกลงร่วมกันของเครือข่ายผู้นำในการชี้้นำการ แก้ปัญหา และเชื่อมประสานความร่วมมือเชิงนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหา รวมทั้งเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงและจุดเสี่ยง โดยการปรับสภาพจราจรที่ครอบคลุมจุดเสี่ยง เสริมความรอบรู้ให้กับประชาชน ตลอดจนการนำใช้ข้อมูลและ เทคโนโลยีดิจิทัลสนับสนุนการรณรงค์

6) สุขภาพจิต พบว่า กลุ่มอายุของผู้พิการทางจิต พฤติกรรมทางเพศ อันดับมากที่สุด คือ วัยผู้ใหญ่ (20-59 ปี) จำนวน 10,190 คน คิดเป็นร้อยละ 0.20 รองลงมาวัยผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) จำนวน 4,520 คน คิดเป็นร้อยละ 0.22 พิจารณาถึงปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต พบว่ามีความเครียด จำนวน 54,677 คน คิดเป็น ร้อยละ 3.12 เจ็บป่วยเป็นโรคทางจิตเวช ซึมเศร้า จำนวน 11,660 คน คิดเป็นร้อยละ 1.06 และมีการฆ่าตัว ตาย จำนวน 8,435 คิดเป็นร้อยละ 0.10 จำแนกตามกลุ่มประชากรที่ต้องการความช่วยเหลือ ผู้พิการทางกาย/ การเคลื่อนไหว จำนวน 81,572 คน คิดเป็นร้อยละ 9.98 ผู้พิการทางการได้ยิน/สื่อความหมาย จำนวน 27,660 คน คิดเป็นร้อยละ 3.38 และผู้พิการทางสติปัญญา/การเรียนรู้ จำนวน 26,032 คน คิดเป็นร้อยละ 3.18

เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ยังคงเน้นการใช้ทุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพจิตของกลุ่ม เปราะบางตามวิถีของแต่ละชุมชน การทำงานร่วมมือกันของ 4 องค์กรหลัก (ท้องถิ่น ท้องที่ องค์กรชุมชน หน่วยงานรัฐในพื้นที่) โดยใช้ศักยภาพของเครือข่ายผู้นำชุมชนท้องถิ่น ในการระดมทรัพยากรเพื่อการเข้าถึง สิทธิ การให้การช่วยเหลือ และการสร้างโอกาส รวมถึงการให้บริการที่เร่งด่วนและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้กลุ่ม เปราะบางได้เข้าถึงบริการและการดูแลที่ครอบคลุม

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

การจัดการมลพิษหรือมลภาวะต่างๆ คร่าวเรือนมีการจัดการมลพิษหรือมลภาวะ จำนวน 2,043,185 คร่าวเรือน คิดเป็นร้อยละ 79.17 การจัดการน้ำเสียกรณีบ้านอยู่ใกล้แหล่งน้ำหรือท่อระบายน้ำเชื่อม กับรางระบายน้ำสาธารณะ มีการตักเศษขยะก่อนปล่อยสู่รางระบายน้ำ จำนวน 252,160 คร่าวเรือน คิดเป็น ร้อยละ 46.92 การจัดการมลพิษ (ฝุ่น) โดยการใช้วัสดุหรืออุปกรณ์ป้องกันการเกิดควันหรือฝุ่นละออง จำนวน 83,798 คร่าวเรือน คิดเป็นร้อยละ 15.59

การดำเนินงานขับเคลื่อนของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ สนับสนุนให้กำหนดเรื่องการจัดการสิ่งแวดล้อมเป็นเรื่องสำคัญผ่านการดำเนินงาน พัฒนาคุณภาพระบบข้อมูล การถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม การพัฒนาศักยภาพกลไกอาสาสมัครในชุมชน

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

การดำเนินงานขับเคลื่อนของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่สนับสนุนให้ชุมชนเสริมศักยภาพผู้นำชุมชนให้สามารถวางแผนในการรับมือสถานการณ์ภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน พัฒนาศักยภาพกลไกอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) และอาสาสมัครของชุมชน โดยจัดหลักสูตรการฝึกอบรม พร้อมทั้งสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานยุทธศาสตร์เพื่อใช้พื้นที่ขยายผลในเชิงนโยบายได้

9) การดูแลผู้สูงอายุ พบว่า มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 2,040,451 คิดเป็นร้อยละ 23.77 ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่สุขภาพดี 38,643 คน คิดเป็นร้อยละ 0.45 ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีทุพพลภาพ 431,431 คน คิดเป็นร้อยละ 5.05 มีพฤติกรรมเสี่ยงไม่ได้ออกกำลังกาย 189,472 คน คิดเป็นร้อยละ 35.98 โรคเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบมากที่สุด 5 อันดับ คือ 1) กลุ่มโรคความดันโลหิต 696,168 คน คิดเป็นร้อยละ 55.53 2) โรคเบาหวาน 378,511 คน คิดเป็นร้อยละ 30.19 3) โรคกระดูก กล้ามเนื้อและข้อ 266,505 คน คิดเป็นร้อยละ 21.26 4) โรคภูมิแพ้ 89,577 คน คิดเป็นร้อยละ 7.15 และ 5) โรคหอบหืด 84,369 คน คิดเป็นร้อยละ 6.73

การขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่น เพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุนั้น ควรคำนึงถึงการทำงานร่วมกันของ 4 องค์หลักในการประสานและบริการ รวมถึงจัดบริการในการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุม ทั้งถึง และมีคุณภาพ อีกทั้งครอบครัวและผู้สูงอายุเองที่จะต้องพัฒนาตนเองและช่วยเหลือตนเอง และจัดการภายในท้องถิ่นให้ตั้งรับกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ โดยการใช้ข้อมูลและทุนทางสังคมทุกมิติที่สามารถทำงานและสร้างผลกระทบต่อผู้สูงอายุได้ในทุกโอกาสและทุกสถานการณ์ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ทุกคนในชุมชนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชมรมหรือโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชน พร้อมขับเคลื่อนความร่วมมือกับภาคยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง และสถาบันวิชาการหนุนเสริมการทำงาน เป็นกลไกร่วมในการขับเคลื่อนงานเพื่อการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ

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

การดำเนินงานขับเคลื่อนของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ สนับสนุนให้กำหนดเรื่องการพัฒนาเด็กและเยาวชนให้อยู่ในแผนพัฒนาท้องถิ่น สนับสนุนการพัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์เพื่อเปิดโอกาสให้เด็กได้เรียนรู้และให้ความสามารถของเด็กถูกนำไปใช้ในการพัฒนาชุมชน สร้างเครือข่ายสภาเด็กและเยาวชนอาสาพัฒนาท้องถิ่น และพัฒนาศักยภาพผู้นำต้นแบบในการถ่ายทอดวัฒนธรรม ภูมิปัญญา ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตและสร้างคุณค่าความเป็นพลเมือง

11) การควบคุมโรคติดต่อ พบว่า ประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงคือ (1) กลุ่มเด็ก 0-5 ปี จำนวน 138,883 คน คิดเป็นร้อยละ 1.62 และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 2,040,451 คน คิดเป็นร้อยละ 23.77 และโรคติดต่อที่พบมากในเครือข่ายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา 5 อันดับแรก คือ 1) โรคอุจจาระร่วง จำนวน 6,253 คน คิดเป็นร้อยละ 25.26 2) โรคไข้เลือดออก จำนวน 5,868 คน คิดเป็นร้อยละ 23.71 3) โรคซิฟิลิส จำนวน 2,200 คน คิดเป็นร้อยละ 8.89 4) วัณโรค จำนวน 2,004 คน คิดเป็นร้อยละ 8.10 และ 5) โรคมาลาเรีย จำนวน 1,220 คน คิดเป็นร้อยละ 4.93

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อส่งผลกระทบต่อชุมชนท้องถิ่น ควรมุ่งเน้นการสร้างระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อโดยชุมชนท้องถิ่น เพื่อลดอัตราการเกิดโรคติดต่อ โดยสร้างการมีส่วนร่วมของทุนทางสังคมทุกฝ่ายในพื้นที่เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ โดยผู้นำชุมชนท้องถิ่นจากทั้ง 4 องค์กรหลัก และผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังควบคุมโรคต้องทำความเข้าใจ สร้างนวัตกรรมสำคัญ กำหนดกติกา จัดทำแผน จัดสภาพแวดล้อมของครัวเรือนและชุมชน และเชื่อมโยงการทำงานระหว่างพื้นที่เพื่อควบคุมการแพร่ระบาด รวมไปถึงความพร้อมของบุคคลและครอบครัวเอง เพื่อจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อตัวกำหนดสุขภาวะชุมชนที่เกี่ยวข้องตามมาตรการ/กิจกรรม ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการจัดการพื้นที่ การขับเคลื่อนความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ และการหนุนเสริมจากสถาบันวิชาการที่เกี่ยวข้อง ในการป้องกัน เฝ้าระวัง และควบคุมโรคติดต่อโดยชุมชนท้องถิ่น

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

เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ มีเป้าหมายในการสร้างความเข้มแข็งของเศรษฐกิจชุมชน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีจากระบบเศรษฐกิจที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม จึงได้ส่งเสริมให้เกิดการบูรณาการร่วมกันของ 4 องค์กรหลักในการส่งเสริมเศรษฐกิจชุมชนที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม พัฒนากลุ่มวิสาหกิจชุมชน สร้างความยั่งยืนในของเศรษฐกิจชุมชนท้องถิ่น รวมทั้งสร้างความร่วมมือกับสถาบันวิชาการเพื่อสนับสนุนการสร้างมูลค่าเพิ่มทรัพยากรท้องถิ่นในการจำหน่ายและแปรรูปสินค้าทางการเกษตรให้เกิดรายได้และให้ทุกครัวเรือนในชุมชนท้องถิ่นสามารถพึ่งพาตนเองได้

13) โครงข่ายความคุ้มครองทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 2,040,451 คน คิดเป็นร้อยละ 23.77 ผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 1,095,491 คน คิดเป็นร้อยละ 12.76 เด็กและเยาวชน (13-24 ปี) 925,618 คน คิดเป็นร้อยละ 10.78 เด็กอายุ 6-12 ปี 865,617 คน คิดเป็นร้อยละ 10.08 เด็กอายุ 3-5 ปี 129,408 คน คิดเป็นร้อยละ 1.51 ผู้พิการทางกาย/การเคลื่อนไหว 81,572 คน คิดเป็นร้อยละ 0.95 ผู้พิการ

ทางการได้ยิน/สื่อความหมาย 27,660 คน คิดเป็นร้อยละ 0.32 ผู้พิการทางสติปัญญา/การเรียนรู้ 26,032 คน คิดเป็นร้อยละ 0.30 ผู้พิการทางการมองเห็น 24,265 คน คิดเป็นร้อยละ 0.28

จากความต้องการที่หลากหลายกลุ่ม เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่มีการสร้างระบบการดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมของ 4 องค์กรหลักในพื้นที่ ใช้ทุนทางสังคมที่เป็นคนเก่ง คนสำคัญ กลุ่มองค์กร หน่วยงาน เครือข่ายในพื้นที่ที่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหาทั้งในสถานการณ์ปกติ และเมื่อเกิดภาวะวิกฤต

5. ภาพกรอบแนวคิดการดำเนินงานของแผน (conceptual framework)

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



ภาพที่ 1 กรอบแนวทางการดำเนินงานของแผนสุขภาพชุมชน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2570

6. คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

1) ชุมชน หมายถึง หมู่คน กลุ่มคนหรือครอบครัวที่อยู่รวมกันเป็นสังคมขนาดเล็ก อาศัยอยู่ในอาณาบริเวณเดียวกันและมีผลประโยชน์ร่วมกัน

2) ชุมชนท้องถิ่น หมายถึง ชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งระดับหมู่บ้าน กลุ่มของหมู่บ้าน และตำบล

3) สุขภาวะชุมชน หมายถึง ความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งด้านการเมืองการปกครอง สังคม เศรษฐกิจ สภาวะแวดล้อม และสุขภาพโดยตรง

4) การจัดการสุขภาวะเขตเมือง หมายถึง การดำเนินงานของภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม หรือชุมชน เพื่อการสนับสนุนให้ประชาชนที่อยู่อาศัยในพื้นที่ความเป็นเมืองมีวิถีชีวิต ที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี มี คุณภาพชีวิตที่ดี เข้าถึงบริการสุขภาพ โดยอาจเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อสุขภาวะ การ บริหารจัดการพื้นที่ การบริการด้านสาธารณสุข การสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมหรือป้องกันโรค การดูแล ประชาชนตามกลุ่มวัย การบริหารจัดการขยะ เป็นต้น

5) ชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง หมายถึง คุณลักษณะของชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ 7 ประการ ดังนี้ (1) สร้าง การเรียนรู้ มีกระบวนการเรียนรู้ และสร้างความเข้าใจร่วมกัน (2) มีองค์กรที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนให้เกิดการ แก้ปัญหาและพัฒนาครอบคลุมทุกด้าน (3) สร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลง (4) สร้างโอกาสให้ทุกภาคส่วนร่วม แก้ปัญหาและพัฒนา (5) สามารถระดมเงินและทรัพยากรเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนา (6) มีข้อตกลงและกติกา ของชุมชน และ (7) สร้างความร่วมมือกับองค์กร หน่วยงานภายใน และภายนอกพื้นที่ได้

6) ทูทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์เชื่อมโยงของคนในชุมชนทั้งงาน เงิน และข้อมูลเสริมสร้าง ความเข้มแข็งในการจัดการตนเองที่เกิดขึ้นในพื้นที่ โดยมี 3 องค์ประกอบหลัก คือ (1) ทูทุนมนุษย์ (human capital) (2) ทูทุนองค์กร/สถาบัน (institute capital) และ (3) ทูทุนภูมิปัญญา/วัฒนธรรม (wisdom capital) ทั้งนี้ทูทางสังคมแบ่งได้เป็น 6 ระดับ ประกอบด้วย ระดับบุคคลและครอบครัว ระดับกลุ่มทางสังคม องค์กร ชุมชน ระดับหน่วยงานและแหล่งประโยชน์ ระดับชุมชนหรือหมู่บ้าน ระดับตำบล และ ระดับเครือข่าย

7) องค์กรหลัก หมายถึง องค์กรในชุมชนท้องถิ่น ประกอบด้วย 4 องค์กรเป็นอย่างน้อย คือ องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องที่ (กำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน) องค์กรชุมชน และหน่วยงานรัฐในพื้นที่ (ในบางพื้นที่อาจจะมี องค์กรศาสนาเข้าร่วมเป็นองค์กรหลักด้วยตามบริบทของพื้นที่)

8) องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล หมายถึง กลไกที่ได้รับการยอมรับในระดับตำบล มี 2 ลักษณะ ประกอบด้วย 1) มีกฎหมายรองรับ เช่น สภาองค์กรชุมชน มูลนิธิ สมาคม เป็นต้น และ 2) เกิดจาก รวมตัวกันของบุคคลหรือคณะบุคคล เช่น คณะกรรมการพัฒนาตำบล คณะกรรมการบูรณาการการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับตำบล เป็นต้น

9) พื้นที่ตัวอย่าง/ศูนย์เรียนรู้ หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือโดย องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล มีทูทางสังคมและศักยภาพในการออกแบบ สนับสนุนและสร้างการ เรียนรู้ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ภาคยุทธศาสตร์ สถาบันวิชาการ องค์กร บุคคลและผู้สนใจ

10) เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ หมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องที่ (กำนัน- ผู้ใหญ่บ้าน) องค์กรชุมชน กลุ่มทางสังคม หน่วยงานรัฐ สถาบันวิชาการหรือองค์กรทางวิชาการ องค์กร ภาคเอกชน ศูนย์สนับสนุนวิชาการของแผนสุขภาวะชุมชนและสำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชน (สำนัก 3) ที่มี เป้าหมายเพื่อร่วมขับเคลื่อนชุมชนท้องถิ่นให้น่าอยู่ โดยมีบทบาทสำคัญในการสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน การ ผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะระดับตำบล อำเภอ เครือข่าย และจังหวัด รวมถึงการขับเคลื่อนและรณรงค์ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน รวมถึงร่วมผลักดันให้มีการคืนอำนาจให้ชุมชนท้องถิ่น

11) สดยอดผู้นำชุมชนท้องถิ่น หมายถึง บุคคลที่มีความรู้ ความสามารถและมีความเชี่ยวชาญ โดยมี คุณสมบัติเป็นไปตามสัตยาบัน 10 ประการ ที่เป็นข้อตกลงในการปฏิบัติร่วมกันของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชน ท้องถิ่นน่าอยู่ ได้ประกาศไว้เมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2561 ดังนี้ (1) คำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ ส่วนตน (2) ตั้งใจ เอาใจใส่ และรับผิดชอบต่อหน้าที่ (3) ซื่อสัตย์ สุจริต โปร่งใส ตรวจสอบได้ (4) รักษาไว้ซึ่ง

คุณธรรม มีจริยธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ ไม่ขัดต่อศีลธรรม ประเพณี กติกาและข้อตกลงของสังคม (5) ประพฤติตนให้เป็นที่ยอมรับนับถือจากสังคม (6) เรียนรู้และพัฒนางานด้วยข้อมูลที่เป็นความจริง และใช้ข้อมูลในการพัฒนางาน (7) คิดริเริ่ม สร้างสรรค์ หาทางออกให้กับชุมชนท้องถิ่น และไม่หยุดนิ่ง (8) ร่วมสร้างผู้นำชุมชนท้องถิ่นรุ่นใหม่ (9) สร้างและสานเครือข่ายในหลากหลายลักษณะ และ (10) ทำงานร่วมกับทุกฝ่ายทุกภาคส่วน

12) สถาบันวิชาการ หมายถึง หน่วยงาน องค์กร สถาบัน ที่ทำหน้าที่สนับสนุนให้เกิดการจัดการความรู้และสร้างความรู้ใหม่เพื่อหนุนเสริมการดำเนินงานของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ พร้อมทั้งผลักดันกระบวนการกำหนดยุทธศาสตร์ในการสร้างการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย

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

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

จุดเน้นของแผน

1. สร้างความร่วมมือและเพิ่มขีดความสามารถกับภาคีที่เกี่ยวข้องเพื่อขยายแนวคิด ศูนย์เรียนรู้พื้นที่ต้นแบบ และแนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งชุมชนท้องถิ่นที่สามารถรองรับวิถีชีวิตใหม่ ใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อสร้างการพัฒนาแบบก้าวกระโดดในการสร้างเสริมสุขภาวะในระบบการทำงานและการพัฒนาบุคลากร

2. พัฒนาพื้นที่ตัวอย่าง ศูนย์เรียนรู้ รูปแบบการทำงานและเสริมพลังบุคคล ชุมชน และองค์กรทุกภาคส่วนในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นรองรับชุมชนที่หลากหลาย ในเขตชนบท³⁸ เขตเมือง³⁹ กรุงเทพมหานคร และพื้นที่ที่มีลักษณะพิเศษอื่น⁴⁰

3. ใช้ศักยภาพเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ในการรับมือกับวิกฤติจากปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่ ปัจจัยเสี่ยงอื่น และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

4. การทำงานในพื้นที่ของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ต้องคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล สังคม และบริบทของพื้นที่เพื่อก่อให้เกิดความเสมอภาคหรือเพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพของคนในชุมชน

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

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

⁴⁰ พื้นที่ที่มีลักษณะพิเศษ เช่น พื้นที่อนุรักษ์ พื้นที่ชายแดน พื้นที่ที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ พื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ เป็นต้น

5. สานพลังและบูรณาการภายใน สสส. อย่างมีเอกภาพและมีประสิทธิภาพในการประสานความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์และสถาบันวิชาการ

ตัวชี้วัดการดำเนินงาน

ชุมชนท้องถิ่นมีความเข้มแข็งในการจัดการสุขภาวะชุมชนและการลดความเหลื่อมล้ำ รับมือกับภาวะวิกฤตและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต

1. กลไกชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งและเครือข่าย นำใช้หรือประยุกต์นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนสู่การปฏิบัติ ไม่น้อยกว่า 10 เรื่อง⁴¹ โดยคำนึงถึงความเหลื่อมล้ำตามบริบทของกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ในการดำเนินงาน
2. ผู้นำชุมชนท้องถิ่น มีสมรรถนะในการขับเคลื่อนเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพชุมชนและแก้ปัญหาพื้นที่จากปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น ไม่น้อยกว่า 5 ประเด็น⁴²
3. การพัฒนาระบบข้อมูลและเครื่องมือทางวิชาการ ร่วมกับภาคียุทธศาสตร์และ/หรือสถาบันวิชาการ เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือสภาพแวดล้อมของชุมชนท้องถิ่นตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี ของ สสส.
4. พัฒนาเครือข่ายทางเลือกเชิงพื้นที่ โดยการยกระดับหรือขยายผลกลไกเดิมหรือเครือข่ายเดิมจากแผนสุขภาพชุมชนของ สสส. หรือพัฒนากลไกใหม่ เพื่อใช้เป็นฐานในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพชุมชน เช่น เครือข่ายระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด เป็นต้น จำนวนไม่น้อยกว่า 2 กลไก⁴³
5. การบูรณาการตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี ของ สสส. ในพื้นที่เขตชนบท เขตเมือง จังหวัด กรุงเทพมหานคร และพื้นที่ที่มีลักษณะพิเศษอื่น

วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการสุขภาวะชุมชนและการลดความเหลื่อมล้ำรับมือกับภาวะวิกฤตและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต

2. วัตถุประสงค์รอง

- 1) เพื่อยกระดับชุมชนท้องถิ่น (พื้นที่) ที่มีความเข้มแข็งในการทำหน้าที่ ขยายผลโดยการถ่ายทอดองค์ความรู้และนวัตกรรมการจัดการสุขภาวะชุมชนและรับมือภาวะวิกฤต ให้เป็นพื้นที่ตัวอย่าง ศูนย์เรียนรู้ และรูปแบบการจัดการสุขภาวะชุมชนในเขตชนบท เขตเมือง กรุงเทพมหานคร และพื้นที่ที่มีลักษณะพิเศษอื่น
- 2) เพื่อเสริมศักยภาพผู้นำชุมชนท้องถิ่นให้มีทักษะและขีดความสามารถในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการสุขภาวะชุมชน การพัฒนาอย่างยั่งยืน การรับมือภาวะวิกฤตและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

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

⁴² 5 ประเด็น ประกอบด้วย ประเด็นที่สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายทิศทางระยะ 10 ปี ของ สสส. และประเด็นสำคัญของชุมชนท้องถิ่น

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

3) เพื่อพัฒนาระบบหรือกลไกสนับสนุนในการขยายพื้นที่ตัวอย่าง ศูนย์เรียนรู้ รูปแบบการทำงานและแนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นที่สามารถรองรับวิถีชีวิตใหม่ การใช้ดิจิทัลเทคโนโลยีที่เหมาะสมและปรับตัวตามเทคโนโลยีที่ก้าวกระโดด

4) เพื่อใช้ศักยภาพของกลไกของแผนสุขภาพะชุมชนร่วมขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านกลไกทั้งภายในและภายนอก สสส. เพื่อการประสานความร่วมมือกับภาคยุทธศาสตร์ ภาคปฏิบัติการ และสถาบันวิชาการ

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

แผนสุขภาพะชุมชนใช้ “ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น: S-2I (เอสทูไอ)” ในการหนุนเสริม “ยุทธศาสตร์สามพลัง” ของ สสส. คือ พลังทางปัญญา พลังทางสังคม และพลังทางนโยบาย มาดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2560 ประกอบด้วยกิจกรรมเชิงยุทธศาสตร์ 3 ประการ ได้แก่ (1) การจัดการพื้นที่ (2) การสร้างและพัฒนานวัตกรรมชุมชน และ (3) การบูรณาการภายในชุมชนท้องถิ่นและร่วมมือกับหน่วยงานสนับสนุนจากภายนอก ร่วมกับการสรุปทริเียนจากประสบการณ์ร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ในทศวรรษที่ผ่านมาพบว่าหากพื้นที่ใดสามารถสาน 5 พลัง คือ สามพลังพื้นที่ สามพลังผู้นำ สามพลังนวัตกรรม สามพลังองค์กร และสามพลังข้อมูลได้สำเร็จแล้วนั้นการทำงานย่อมราบรื่นสามารถสร้างการมีส่วนร่วม สร้างการเรียนรู้ สร้างความเปลี่ยนแปลง และทำให้พื้นที่พัฒนาไปอย่างมีทิศทางและเป้าหมายที่มั่นคง พอเพียง มั่งคั่ง และยั่งยืน ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น: S-2I (เอสทูไอ)

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

การสร้างและพัฒนานวัตกรรมชุมชน (Innovative Creation) กระตุ้นให้ 4 องค์กรหลักพัฒนาแนวทางและวิธีการใหม่ๆ ในการจัดการสุขภาวะชุมชนที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการแก้ปัญหาเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและมีแนวโน้มที่จะนำไปสู่ความยั่งยืน

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

ในช่วง 5 ปี แผนสุขภาวะชุมชนร่วมกับกลุ่มแผนเชิงพื้นที่ องค์กร กลุ่มประชากรกำหนดแผนขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะในพื้นที่กรุงเทพมหานครให้เป็นเมืองที่น่าอยู่ โดยมีกรอบการดำเนินงานสอดคล้องตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) มีรายละเอียดดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แผนขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

เป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ต้องการให้ประชาชนในกรุงเทพมหานครมีวิถีชีวิต สังคม และสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาวะที่ดี

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

จุดเน้น ประกอบด้วย 1) การพัฒนาระบบ/ฐานข้อมูลที่จะใช้ประโยชน์ในการทำงานร่วมกันในรูปแบบต่าง ๆ อาทิ ฐานข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมาย (ระดับเขต) รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและทุนทางสังคมในพื้นที่ ฐานข้อมูล/แผนที่ศักยภาพของภาคีเครือข่าย เป็นต้น 2) การสร้างกลไกความร่วมมือทั้งในระดับเขตและระดับกรุงเทพมหานคร ที่ครอบคลุมทั้งเรื่องข้อมูล ภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชนและชุมชน ชุมชนความรู้/สื่อการเรียนรู้ และเครื่องมือ/คู่มือประกอบการปฏิบัติงานต่างๆ และ 3) การสร้างพื้นที่การทำงาน

ร่วมกัน (sandbox) ด้วยการบูรณาการประเด็นงานสำคัญเข้าด้วยกันและทดลองนำร่องในบางพื้นที่ เพื่อสรุป ถอดบทเรียนและพัฒนาเป็นต้นแบบสำหรับขยายผลในประเด็นงานอื่น ๆ และพื้นที่เขตอื่น ๆ ต่อไป

กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

1. กลุ่มเป้าหมาย

1) กลุ่มประชากร⁴⁴ (setting) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา ตำบล

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

3) ระบบ (system) ประเด็นและวาระสำคัญของ สสส. และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ท้องถิ่น

2. ขอบเขตการดำเนินงาน

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

2) ความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นขับเคลื่อนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่การมีพฤติกรรม สุขภาพและความพร้อมในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในทุกมิติ

งบประมาณ

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

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

7. แผนสุขภาพวัยเด็ก เยาวชนและครอบครัว

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

แผนสุขภาพวัยเด็ก เยาวชนและครอบครัว สนองตอบกรอบนโยบายการจัดทำแผนหลัก 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) แผนการดำเนินงานและข้อเสนอวาระกลางประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 อีกทั้งเป็นส่วนหนึ่งของห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome) ตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) โดยจัดวางบทบาทหน้าที่ของแผนให้เป็นแพลตฟอร์มของความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มประชากรวัยเด็กและเยาวชน ซึ่งถือเป็นวัยแห่งการสร้างฐานทุนสุขภาพตลอดช่วงชีวิต (lifelong health) โดยห้วงเวลาห้าปีจากนี้ แผนต้องการให้เกิดการสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดดผ่านการขยายผลต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพวัยเด็ก เยาวชนและครอบครัว การผลักดันนโยบาย การขับเคลื่อนกระบวนการเรียนรู้และการสื่อสารแบบมุ่งเป้าที่มีประสิทธิผลและยั่งยืน การสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลให้เกิดประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพวัยเด็ก เยาวชนและครอบครัว โดยไม่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำ โดยให้ความสำคัญอย่างยิ่งยวดกับผลกระทบต่อเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และปัจจัยเสี่ยงอุบัติใหม่ที่จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมชีวิตและสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก เยาวชนและครอบครัวที่มีภาวะเปราะบาง เพื่อให้มีความพร้อมสามารถรับมือกับวิกฤติการณ์ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ตลอดจนยกระดับการพัฒนาศักยภาพภาคีและเชื่อมโยงเครือข่ายการทำงาน เพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพวัยเด็ก เยาวชนและครอบครัว ทั้งระดับเครือข่าย ระดับพื้นที่ จนถึงระดับประเทศ

1. ที่มาและความสำคัญ ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ แผนเฉพาะในแต่ละด้าน และทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี

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

1) ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ชาติในการส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์

2) แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติฯ ประเด็นที่ 11 การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต มุ่งเน้นการพัฒนาคนทุกช่วงวัยอย่างสมดุลทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา คุณธรรม จริยธรรม เป็นผู้มีความรู้และทักษะในศตวรรษที่ 21 รักการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต

3) แผนปฏิรูปประเทศด้านสังคม ในประเด็น “ปลดอุปสรรค” ให้กลุ่มผู้เสียเปรียบในสังคม เข้าถึงการคุ้มครองทางสังคม และประเด็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วม การเรียนรู้ การรับรู้ และการส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม โดยยกระดับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สนับสนุนให้สภาเด็กและเยาวชนดำเนินกิจกรรมจิตอาสาในด้านต่างๆ และการพัฒนาพื้นที่ศูนย์การเรียนรู้ทักษะชีวิตในชุมชน

4) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ในหมวดหมายที่ 9 ไทยมีความยากจนข้ามรุ่นลดลง มุ่งสนับสนุนครัวเรือนยากจนข้ามรุ่นให้สามารถเลี้ยงดูเด็กได้อย่างมีศักยภาพ และส่งเสริมการจัดตั้งศูนย์เลี้ยงเด็กที่มีคุณภาพใน setting ต่างๆ และ หมวดหมายที่ 12 ไทยมีกำลังคนสมรรถนะสูง มุ่งเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ตอบโจทย์การพัฒนาแห่งอนาคต มุ่งพัฒนาเด็กช่วงตั้งครรภ์ถึงปฐมวัยให้มีพัฒนาการ

รอบด้าน มีอุปนิสัยที่ดี และพัฒนาระบบนิเวศเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิตและสร้างการสื่อสารการเรียนรู้ ที่ไม่ทิ้งใครไว้เบื้องหลัง

5) แผนยุทธศาสตร์กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. 2560-2579

โดยสอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาศักยภาพคน ครบถ้วน ชุมชนให้มีความเข้มแข็งและสร้างระบบที่เอื้อต่อการพัฒนาคนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างหลักประกันทางสังคมที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ และประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบสู่การเป็นหุ้นส่วนทางสังคม

6) แผนยุทธศาสตร์กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น พ.ศ. 2560-2569 ในประเด็น

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การส่งเสริมและพัฒนาบริการสาธารณะของท้องถิ่นที่มีคุณภาพเพื่อคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นการพัฒนาทุนมนุษย์ ผ่านการสนับสนุนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน กิจกรรมนันทนาการและการเรียนรู้

7) แผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2564-2570 สอดคล้องกับยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาเด็ก

ปฐมวัยทั้ง 7 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (1) การจัดและการให้บริการแก่เด็กปฐมวัย (2) การพัฒนาและสร้างความเข้มแข็งให้กับสถาบันครอบครัวในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย (3) การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการพัฒนาเด็กปฐมวัย (4) การพัฒนาระบบและกลไกการบูรณาการสารสนเทศด้านเด็กปฐมวัย และการนำไปใช้ประโยชน์ (5) การจัดทำและปรับปรุงกฎหมาย กฎระเบียบ ที่เกี่ยวกับเด็กปฐมวัย และดำเนินการตามกฎหมาย (6) การวิจัยพัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ และ (7) การบริหารจัดการ การสร้างกลไกการประสานการดำเนินงาน และการติดตามประเมินผล

8) แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560-2564 ซึ่งขยายเวลาการดำเนินงาน

เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ของแผน ได้แก่ “เด็กและเยาวชนไทย มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีพัฒนาการเหมาะสมตามวัย เป็นพลเมืองสร้างสรรค์และมีส่วนร่วมในฐานะภาคีที่มีพลังในกระบวนการพัฒนา” ภายใต้ยุทธศาสตร์ 5 ด้าน ประกอบด้วย (1) การพัฒนาศักยภาพและสร้างภูมิคุ้มกันเด็กและเยาวชน (2) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการพัฒนาเด็กและเยาวชนอย่างมีประสิทธิภาพ (3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชน (4) การส่งเสริมบทบาทและระดมความร่วมมือของทุกภาคส่วน ในการพัฒนาเด็กและเยาวชน และ (5) การพัฒนานวัตกรรมการบริหารจัดการในการพัฒนาเด็กและเยาวชน

9) (ร่าง) แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว (พ.ศ. 2565-2580) ใน

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างครอบครัวที่มีคุณภาพ และพัฒนาระบบที่เอื้อต่อการมีและเลี้ยงดูบุตร โดยมีแนวทางในการพัฒนา 6 แนวทาง ประกอบด้วย (1) ผลักดันประเด็นการพัฒนาครอบครัวเป็นวาระสำคัญของชาติ (2) เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจสำหรับการมีบุตรและการดูแลครอบครัว (3) สนับสนุนให้หน่วยงานภาครัฐและเอกชนสร้างความสมดุลระหว่างการทำงานและการดูแลครอบครัว รวมถึงระบบสนับสนุนครอบครัวหลากหลายรูปแบบ (4) จัดหาสิทธิประโยชน์ในการจูงใจและลดภาระจากการมีบุตร (5) ส่งเสริมการมีบุตรในกลุ่มประชากรที่ต้องการมีบุตรหรือกลุ่มผู้มีบุตรยาก และ (6) สร้างศูนย์ดูแลและพัฒนาเด็กเล็กที่มีคุณภาพ

10) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ในตัวชี้วัด

ที่ 2.1.1 อัตราความชุกของการขาดอาหาร หรือภาวะทุพโภชนาการ ตัวชี้วัดที่ 2.2.2 อัตราความชุกของคนที่มีความแคระแกร็น (ความสูงต่ำกว่าเกณฑ์) ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ตัวชี้วัดที่ 4.2.1 ร้อยละของเด็กอายุ 5 ปีขึ้นไปที่มีการติดตามการพัฒนาทางด้านสุขภาพ การเรียนรู้ และจิตวิทยาสังคมที่ดี และตัวชี้วัดที่ 16.2.1 ร้อยละของเด็กที่มีอายุ 1-14 ปีที่ประสบการลงโทษทางร่างกายโดยผู้ดูแลในเดือนที่ผ่านมา

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

2. การดำเนินงานที่ผ่านมา

แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว และภาคีเครือข่าย ได้ร่วมกันดำเนินงานและสะสมฐานทุนในการทำงานที่สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายของแผนหลักระยะ 5 ปี ดังนี้

2.1 พื้นที่นำร่องและต้นแบบ ประกอบด้วยพื้นที่หลากหลายรูปแบบด้วยจุดเน้นที่แตกต่างกัน อาทิ พื้นที่นำร่องด้านการส่งเสริมการเล่นอิสระสำหรับเด็กเล็ก พื้นที่เรียนรู้และกิจกรรมสร้างสรรค์สำหรับวัยรุ่น 66 แห่ง ต้นแบบศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยกระดับมาตรฐานแบบก้าวกระโดด 23 แห่ง โรงเรียนสร้างเสริมสุขภาวะแบบพัฒนาทั้งระบบ (whole school approach) 15 แห่ง โรงเรียนนำร่องพัฒนาความร่วมมือครูและผู้บริหารบนฐานจิตวิทยาเชิงบวก 16 แห่ง ตำบลนำร่องการปฏิบัติการแบบบูรณาการภารกิจเพื่อสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัวในชุมชน และตำบลนำร่องโปรแกรมอาสาสมัครเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และการเลี้ยงดูที่เหมาะสม 104 ตำบล ศูนย์เรียนรู้ในชุมชนเพื่อถ่ายทอดหลักสูตรเสริมสร้างทักษะการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึงสามปี ศูนย์เรียนรู้เพื่อจัดกิจกรรมหลังเลิกเรียน (After School Club) เป็นต้น

2.2 ชุดความรู้และเครื่องมือพร้อมใช้ สำหรับเด็กและเยาวชน พ่อแม่ ครู ผู้ดูแลเด็ก คนทำงานด้านเด็กและเยาวชน อาทิ หลักสูตรเสริมสร้างทักษะการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึงสามปีแบบเอาใจใส่ (Nurturing Care Framework) ชุดเครื่องมือเสริมสร้างทักษะชีวิตแบบ active learning สำหรับเด็กวัย 6-12 ปี (survival kits) เครื่องมือสำหรับครูปฐมวัยเพื่อช่วยวิเคราะห์และออกแบบการจัดประสบการณ์ที่ส่งเสริมทักษะสมอง EF ของเด็ก คู่มือพัฒนาทักษะสมอง (Executive Functions: EF) 4 ช่วงวัย (ตั้งแต่ปฐมวัย-18 ปี) ชุดเครื่องมือส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะด้วยกระบวนการพัฒนาคุณธรรมในโรงเรียน หลักสูตรสร้างเสริมศักยภาพบุคลากรท้องถิ่นด้านเยาวชน สื่อนวัตกรรมเสริมศักยภาพการเรียนรู้สำหรับเด็กปฐมวัยที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 “Co-wish Empower Box: กล่องของขวัญจากมนุษย์อวกาศ” หลักสูตรการจัดอบรมผู้อำนวยการเล่น (play worker) สำหรับพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู และคนทำงานด้านเด็กให้มีความพร้อม ความเข้าใจเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัยผ่านการเล่น คู่มือแนวทางจัดสภาพแวดล้อมการเล่นสำหรับเด็ก “เล่นเพื่อสร้างโลกที่เป็นสุข” สำหรับส่งเสริมการเล่นและการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเล่นของเด็กแบบมีส่วนร่วม

2.3 แพลตฟอร์มออนไลน์เพื่อการเรียนรู้ การจัดทำฐานข้อมูลและเครื่องมือดิจิทัล ประกอบด้วยแพลตฟอร์มการเรียนรู้สำหรับเด็ก แพลตฟอร์มการเรียนรู้สำหรับพ่อแม่ ผู้ดูแลเด็ก และแพลตฟอร์มการเรียนรู้สำหรับคนทำงานด้านเด็ก แพลตฟอร์ม Child Impact เป็นดิจิทัลแพลตฟอร์มที่เชื่อมโยงองค์ความรู้ เครื่องมือ ผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งระดมทรัพยากรและความร่วมมือพหุภาคีในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กและเยาวชน โปรแกรมสอนเทคนิคการปรับพฤติกรรมเด็ก สำหรับผู้ปกครองผ่านระบบอินเทอร์เน็ต หรือ เน็ตปาม้า (First Internet-based Parent Management Training in Thailand: Net Pama) แพลตฟอร์มคุณเปลี่ยนลูกเปลี่ยน ห้องเรียนในระบบไลน์ที่เปิดโอกาสให้พ่อแม่ผู้ปกครองได้เรียนรู้ทักษะการสื่อสาร และการเลี้ยงลูกเชิงบวก Mappa แพลตฟอร์มเพื่อการเรียนรู้แบบไฮบริด

เป็น EdTech ที่ออกแบบการเรียนรู้แนวผจญภัยทั้งครอบครัวไปพร้อมกัน **แซทบอท** ช่วยแก้ปัญหาและส่งเสริมสุขภาพวัยเรียนวัยรุ่น ได้แก่ แซทบอท “ไม่ช้า” ช่วยเหลือเด็กจากการถูกกลั่นแกล้งรังแก แซทบอท “เจน เซ็กส์” ให้คำปรึกษาเรื่องเพศวัยรุ่น แซทบอท “ใจดี” ให้คำปรึกษาปัญหาชีวิตวัยรุ่น แพลตฟอร์ม **Coach for Change** ที่รวบรวมเครื่องมือสำหรับพี่เลี้ยง โค้ช หรือบุคคลที่ทำงานกับสภาเด็กและเยาวชน แกนนำเด็กและเยาวชน **พื้นที่รังสรรค์นวัตกรรม (innovation sandbox) ในกรุงเทพมหานคร** ที่เชื่อมโยงบริการทุกด้านบนฐานข้อมูลได้รายบุคคลเพื่อให้เกิดการร่วมจัดบริการแบบไร้รอยต่อ (seamless co-production) แก่เด็กตลอดช่วงวัย

2.4 งานศึกษาวิจัยที่สำคัญต่อการผลักดันเชิงนโยบายและการประยุกต์ใช้ในบริบทต่าง ๆ

ประกอบด้วย การศึกษาชุมชนนิเวศน์ (child ecology) ของประชากรเจนเนเรชั่น Z-Alpha การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเป็นสาวก่อนวัยของเด็กไทย การศึกษาเพื่อพัฒนาตัวชี้วัดและฐานข้อมูลเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของเด็กในโรงเรียน การศึกษางบประมาณรายจ่ายภาครัฐเพื่อการพัฒนาเด็กในช่วงอายุ 0-3 ปี ในประเทศไทย การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างครอบครัวประเภทต่าง ๆ บทบาทของบิดาและมารดาต่อการดูแลทางสาธารณสุขและการพัฒนาของเด็กช่วงอายุปฐมวัยในประเทศไทย สุขภาพของเด็กไทยในวัยเรียน (6-12 ปี) การกวดวิชาในบริบทของระบบการศึกษาไทย ณ ศตวรรษที่ 21 การศึกษาการเล่นของเด็กไทย การพัฒนาความฉลาดรู้ด้านSTEMศึกษาของเด็กไทยเพื่อให้ก้าวไกลทันยุค 4.0 การพัฒนาองค์ความรู้และขับเคลื่อนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเยาวชนที่ไม่ได้อยู่ในการจ้างงาน การศึกษาหรือการฝึกอบรม และเยาวชนที่ไม่ได้อยู่ในกิจกรรมการสะสมทุนมนุษย์ (Not in Education, Employment, or Training: NEETs) เพื่อส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพเยาวชนให้เข้าสู่ตลาดแรงงานอย่างเหมาะสม และการวิจัยเพื่อประเมินผลกระทบของโครงการเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิดซึ่งร่วมดำเนินการกับสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) และองค์การยูนิเซฟ รายงานการศึกษานโยบายเด็กและครอบครัวแห่งอนาคต: ขยายพื้นที่ปฏิรูปสาธารณะเพื่ออนาคตของเด็กไทย ซึ่งเป็นรายงานวิชาการที่ทบทวนสถานการณ์ ทิศทางและแนวโน้มของการพัฒนาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของเด็ก เยาวชนและครอบครัว และการร่วมก่อตั้งศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว (คิด for คิดส์) ทำหน้าที่เป็นแหล่งผลิตงานวิชาการ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสำคัญ และแหล่งสร้างเครือข่ายความรู้ เพื่อเป็นฐานในการผลักดันนโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาพเด็ก เยาวชนและครอบครัว

2.5 ศักยภาพของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย เครือข่ายขับเคลื่อนสวัสดิการสำหรับเด็กเล็ก 340 องค์กร เครือข่ายสถานประกอบการที่เป็นมิตรกับครอบครัว 31 องค์กร เครือข่ายศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในตำบลสุขภาพ เครือข่ายตำบลสนับสนุนสุขภาพเด็ก เยาวชนและครอบครัว (ครอบครัวยิ้ม) เครือข่ายบัณฑิตอาสาสมัครนักสร้างสรรค์กระบวนการพัฒนาเยาวชนในท้องถิ่น เครือข่ายนวัตกรรมคนรุ่นใหม่สร้างสรรค์สังคม เครือข่ายสนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพนักเรียน เครือข่ายสภาเด็กและเยาวชน เครือข่าย Thailand EF Partnership เป็นต้น ถือเป็นฐานทุนภาคีเครือข่ายที่กว้างขวาง เข้มแข็งและมีศักยภาพในการสานพลังเพื่อกำหนดเป้าหมายร่วมและยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนสังคมในระยะยาวเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับนโยบายและระบบที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชากรเด็กและเยาวชนทุกคน

2.6 ความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ ปัจจุบันแผนสุขภาพเด็ก เยาวชนและครอบครัวได้พัฒนาความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์หลายภาคส่วน ได้แก่ ร่วมกับกรมอนามัยในการขยายผลการขับเคลื่อนนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก ร่วมกับกรมกิจการเด็กและเยาวชนในการขับเคลื่อนนโยบายสวัสดิการเงินอุดหนุนเด็กเล็กแบบถ้วนหน้า ร่วมกับสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษาในการขับเคลื่อนระบบและกลไกการพัฒนาเด็กปฐมวัย ร่วมกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นในการหนุนเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้าน

การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสภาเด็กและเยาวชน และการขยายผลศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแบบก้าวกระโดด ร่วมกับกรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัวในการขับเคลื่อนสมัชชาครอบครัวระดับชาติเรื่องสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อครอบครัว: สร้างสุข ทุกพื้นที่ปลอดภัย การขยายเครือข่ายสถานประกอบการที่เป็นมิตรกับครอบครัว (Family-friendly Workplace Network) และร่วมกับกรุงเทพมหานครและสำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัลในโครงการพัฒนานวัตกรรมต้นแบบที่ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กแบบไร้รอยต่อ

2.7 ข้อเสนอแนะจากการประเมินผลความสำเร็จของแผนสุขภาพะเด็ก เยาวชน และครอบครัว พ.ศ. 2561-2563

(1) กรอบคิดทฤษฎี (Program Theory) ของแผนช่วยก่อให้เกิดทิศทางการทำงานที่ตอบโจทย์สังคม วัตถุประสงค์ และเอื้อให้เกิดผลสัมฤทธิ์และความสำเร็จของแต่ละแผนงานย่อยและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะได้อย่างชัดเจนแต่ยังมีข้อจำกัดของการสร้างความเชื่อมโยงในรูปแบบการประสานแผนหรือประเด็นระหว่างแผนย่อยเพื่อการขับเคลื่อนสุขภาพะเด็ก เยาวชน และครอบครัว ที่กำลังทวีความสลับซับซ้อนมากขึ้นในสังคมไทย

(2) กระบวนการทำงานกับกลุ่มเป้าหมายและชุมชน พบว่าเป็นข้อดีที่สนับสนุนให้โครงการต่างๆ วางแผนการทำงานผ่านข้อมูลกลุ่มเป้าหมายในระดับชุมชน ในอนาคตควรเพิ่มการเชื่อมโยงข้อมูลเหล่านี้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและทำให้เป็นฐานข้อมูลที่มีชีวิต มีการเคลื่อนไหว และปรับปรุงให้ทันสมัย

(3) ระบบกลไกสนับสนุนภาคี มีการออกแบบกระบวนการดำเนินงานที่เน้นเสริมพลังการทำงานให้แก่ภาคี และกระตุ้นให้เกิดการต่อยอดความสำเร็จที่สอดคล้องกับทิศทางและแนวโน้มในอนาคต เช่น การต่อยอดเป็นธุรกิจขนาดเล็ก การเป็นผู้ประกอบการทางสังคม และการต่อยอดธุรกิจเพื่อสังคม

(4) การสนับสนุนการวิจัยและลงทุนในงานพัฒนาองค์ความรู้ ที่เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับเด็ก เยาวชน และครอบครัว ควรเพิ่มการเชื่อมโยงเพื่อการประยุกต์ใช้จริงในการขับเคลื่อนหรือคืนประเด็นสู่นักปฏิบัติ/นักขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคม

(5) การพัฒนา “สื่อ” และ “ช่องทางการสื่อสาร” ในฐานะที่เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพควรเสริมขั้นตอนและกระบวนการประเมินความต้องการของผู้รับสารหรือตกตะกอนความต้องการจากผลการดำเนินงานของแผนงานย่อยต่างๆ เพื่อทำให้เกิดการบูรณาการที่สอดคล้องกันอย่างเป็นระบบ

(6) การดำเนินงานภายใต้กรอบการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา พบว่าโครงการทั้งหมดมีส่วนสนับสนุนส่งเสริมและพัฒนาทักษะระดับบุคคล รองลงมาคือการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพโดยก่อให้เกิดความหลากหลายของการทำงานแบบสหวิทยาการ การสนับสนุนความเข้มแข็งของชุมชน โดยมากกว่าร้อยละ 40 มีแนวทางในการรื้อสร้าง ปรับเปลี่ยน หรือพัฒนาปัจจัยสนับสนุนเชิงสภาพแวดล้อม จัดปัจจัยคุกคาม แต่ในภาพรวมยังดำเนินงานที่สัมพันธ์กับการพัฒนานโยบายสาธารณะค่อนข้างน้อย

(7) การดำเนินงานที่สอดคล้องกับการส่งเสริมทักษะในศตวรรษที่ 21 ของเด็กและเยาวชน พบว่า การดำเนินงานเกินร้อยละ 90 สามารถพัฒนาระบบคิดและทักษะการแก้ปัญหา พัฒนาทักษะและศักยภาพในการสื่อสาร พัฒนาความคิดสร้างสรรค์ แต่ยังไม่บรรลุผลในการพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีมเนื่องจากข้อจำกัดของกรอบเวลาในการทำกิจกรรมและเงื่อนไขความรับผิดชอบที่อาจเกิดศักยภาพการบริหารจัดการของเด็กและเยาวชน เป็นจุดสำคัญที่ควรหาแนวทางพัฒนาในอนาคต

2.8 ข้อเสนอแนะสำคัญของภาคีปฏิบัติการ ภาควิทยาศาสตร์ คณะกรรมการกำกับทิศทางแผนสุขภาพ
ภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว และคณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ 4 ต่อการขับเคลื่อนแผน
สุขภาพภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว ช่วง พ.ศ. 2566-2570⁴⁵

(1) การออกแบบแผนให้สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายของกองทุน โดยมุ่งให้เกิดการ
เปลี่ยนแปลงระดับผลลัพธ์ ผลกระทบ แต่ต้องเป็นแผนที่สามารถยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนแผนเพื่อรองรับ
สถานการณ์ที่อาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

(2) ให้ความสำคัญกับเด็ก เยาวชน และครอบครัวที่มีความเปราะบาง อาทิ เด็กพิเศษ เด็กที่
หลุดจากระบบการเลี้ยงดูของครอบครัว เด็กในครอบครัวคนจนเมือง เด็กที่ติดตามผู้ปกครองที่เป็นแรงงานย้าย
ถิ่น ครอบครัวที่มีความเปราะบางด้านต่างๆ และความยากจน

(3) ส่งเสริมครอบครัวแห่งการเรียนรู้ เสริมศักยภาพและความเข้มแข็งแก่ครอบครัว ชุมชน
และระบบนิเวศ ในการเลี้ยงดูและพัฒนาเด็กและเยาวชน

(4) สนับสนุนให้เกิดระบบข้อมูล เชื่อมโยงฐานข้อมูลเด็กกับฐานข้อมูลสวัสดิการ เพื่อการ
ดูแล ค้ำครองสิทธิของเด็กและครอบครัวให้เข้าสู่บริการภาครัฐได้อย่างทั่วถึง ติดตามช่วยเหลือไม่ให้เกิดตก
หล่น

(5) สื่อสารสังคม 1) สื่อสารความรู้ ความเข้าใจและวิธีการเลี้ยงดูและพัฒนาเด็กในรูปแบบที่
เข้าใจง่าย ทันสถานการณ์ 2) สื่อสารให้สังคมรับรู้ ช่วยเฝ้าระวังปัญหาเด็กเยาวชน และ 3) สื่อสารให้สังคมรับรู้
ประโยชน์ของงานด้านเด็กเยาวชนที่ สสส. และภาคีเครือข่ายช่วยกันขับเคลื่อน

(6) ในระดับปฏิบัติการ ควรเน้นความร่วมมือและเชื่อมโยงทรัพยากรกับท้องถิ่น เพราะ
ท้องถิ่นเป็นจุดจัดการสำคัญที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน

(7) พัฒนาศักยภาพคนทำงานด้านเด็กเยาวชน และผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ เติบโตความรู้ สร้าง
ทีมชุมชนทำงานเกาะติดพื้นที่

(8) เสนอประเด็นสำคัญที่ควรผลักดันให้สำเร็จ ได้แก่ สวัสดิการเด็กแบบรอบด้านและทั่วถึง
การแก้ปัญหาการเรียนรู้ถดถอย (learning loss) เนื่องจากการปิดสถานศึกษาช่วงการระบาดของโรคโควิด-19
ความยากจนของครัวเรือนที่เพิ่มความเปราะบางแก่คุณภาพชีวิตและการพัฒนาของเด็ก ส่งเสริมความสัมพันธ์
ที่ดีและลดความขัดแย้งระหว่างคนต่างรุ่น รวมถึงการลดปัญหาการเลี้ยงดูเด็กโดยปู่ย่าตายาย (กรณีเด็กไม่ได้
อาศัยอยู่กับพ่อแม่) การมีส่วนร่วมอย่างมีความหมายของเด็กและเยาวชน มีพื้นที่ปลอดภัยให้เด็กได้แสดง
ความคิดเห็น แสดงออก รับฟังเสียงเด็ก โดยให้เด็กเป็นศูนย์กลาง

3. สถานการณ์และแนวโน้มที่เกี่ยวข้อง

1) สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำรุนแรง: เด็กถูกทิ้งไว้ข้างหลัง ข้อมูลจากรายงานนโยบายเด็ก
และครอบครัวแห่งอนาคต: ขยายพื้นที่ปฏิรูปนโยบายสาธารณะเพื่ออนาคตของเด็กไทย⁴⁶ ระบุว่า ความเหลื่อม
ล้ำเป็นปัญหาที่กีดกันสังคมไทยมาอย่างยาวนาน และรุนแรงมากขึ้นจากผลกระทบจากโรคโควิด-19 ไม่เพียง
ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในวัยเด็กเท่านั้น แต่ส่งผลต่อความเหลื่อมล้ำตลอดช่วงชีวิต งานวิจัยจำนวนมากยืนยันว่า
เด็กยากจนมีความเสี่ยงที่จะมีสุขภาพและการพัฒนาการแย่กว่า มีโอกาสเข้าถึงรู้น้อยกว่า ทำให้มีทักษะที่

⁴⁵ จากการประชุมคณะกรรมการกำกับทิศทางแผนสุขภาพภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว ครั้งที่ 5/2565 เมื่อ 24 พฤษภาคม 2565 และการประชุม
คณะกรรมการบริหารแผน ครั้งที่ 6/2565 เมื่อ 10 มิถุนายน 2565

⁴⁶ บริษัท ดี วันโอวัน เปอร์เซนต์ จำกัด. (2564). “รายงานการศึกษานโยบายเด็กและครอบครัวแห่งอนาคต: ขยายพื้นที่ปฏิรูปนโยบาย
สาธารณะเพื่ออนาคตของเด็กไทย”

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

ตารางแสดงข้อมูลจำนวนเด็กในแต่ละกลุ่มครัวเรือนจำแนกตามรายได้

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

ที่มา: รายงานการศึกษานโยบายเด็กและครอบครัวแห่งอนาคต : ขยายพื้นที่ปฏิรูปนโยบายสาธารณะเพื่ออนาคตของเด็กไทย , อ้างแล้ว.

ความยากจนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโดยตรง งานศึกษาชี้ว่า เด็กยากจนมีอัตราภาวะทุพโภชนาการมากกว่า โดยเฉพาะเด็กที่ตกอยู่ในความเหลื่อมล้ำแนวนาน (horizontal inequality) ซึ่งเป็นความเหลื่อมล้ำอันเนื่องมาจากคุณลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมของกลุ่ม (เช่น กลุ่มเด็กชาติพันธุ์จะเป็นกลุ่มที่ลำบากมากกว่าเด็กไทยส่วนใหญ่) มีสัดส่วนเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ถึงร้อยละ 14 นอกจากนี้ เด็กยากจนยังมีต้นทุนที่สูงกว่าในการเข้าถึงการศึกษาและทักษะที่จำเป็นสำหรับการหลุดจากความยากจน เช่น ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายทางการศึกษาสูงกว่าคือร้อยละ 22 ของรายได้ ในขณะที่เด็กร่ำรวยจ่ายเพียงร้อยละ 6 อีกทั้งสิ่งที่ใช้จ่ายไปก็ต่างกันมาก เด็กยากจนจำเป็นต้องใช้เงินส่วนใหญ่ไปกับค่าเครื่องแบบและค่าเดินทาง ส่วนเด็กฐานะดีสามารถนำเงินไปใช้เรียนพิเศษเพิ่มเติม หรือทำกิจกรรมนอกห้องเรียนที่เพิ่มพูนทักษะได้ นอกจากนี้เด็กที่เติบโตมาในพื้นที่ต่างจังหวัดยังมีโอกาสน้อยกว่าในการเข้าถึงแหล่งเรียนรู้นอกห้องเรียนที่มีคุณภาพอย่าง ห้องสมุด พิพิธภัณฑ์ สนามเด็กเล่น ฯลฯ เมื่อเทียบกับเด็กในกรุงเทพมหานคร ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อโอกาสในการพัฒนาสติปัญญาและทักษะการอยู่ในสังคมของเด็ก

2) โลกใหม่และความท้าทายต่อการพัฒนาเด็กและเยาวชน: เด็กและเยาวชนในยุคปัจจุบันต้องเผชิญกับความท้าทายและความเปลี่ยนแปลงในระดับโลกและสังคมไทยใน 6 ด้านสำคัญ ได้แก่ (1) ความผันผวน-ซับซ้อน-ไม่แน่นอน-คลุมเครือของโลกใหม่ (VUCA world) ส่งผลให้เด็กและเยาวชนที่เติบโตขึ้นในยุคนี้ต้องเผชิญกับปัญหาใหม่และความท้าทายใหม่ที่คนรุ่นก่อนไม่เคยเผชิญมาก่อน (2) ความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม ประเทศไทยยังมีเด็กเพียงร้อยละ 57 ที่สามารถเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ ซึ่งเป็นผลจากความยากจนและการอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลที่สัญญาณเข้าไม่ถึง โดยในกลุ่มที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ต อีกร้อยละ

ละ 45.1 ก็ยังขาดทักษะทางดิจิทัลที่จำเป็นต่อการเรียนรู้และการทำงาน (3) **การก้าวข้ามสู่ความเป็นพลเมืองโลก** ข้อมูลผลการประเมินสมรรถนะนักเรียนมาตรฐานสากล (PISA) ปี 2018 พบสิ่งที่น่าสนใจคือ แม้คะแนนสมรรถนะของเด็กไทยจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ย (423 คะแนน ค่าเฉลี่ยรวม 474 คะแนน) แต่เด็กไทยมีลักษณะความเป็นพลเมืองโลกในหลายประเด็น ซึ่งค่าเฉลี่ยความสนใจและความตระหนักรู้ที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของนักเรียนในกลุ่มประเทศ OECD (4) **ค่านิยมและชุดคุณค่าที่ไม่ลงรอยกันของคนต่างรุ่น** การเติบโตภายใต้เงื่อนไขและสภาพแวดล้อมต่างแบบทำให้คนแต่ละรุ่นความไม่ลงรอยทางความคิด ความเชื่อ การให้คุณค่า และพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญ (5) **โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนไปสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์** เด็กเกิดใหม่และวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้เด็กรุ่นปัจจุบันจะต้องรับภาระหนักขึ้นในการขับเคลื่อนประเทศเมื่อเข้าสู่วัยแรงงาน ซึ่งในปี 2563 อัตราการพึ่งพิง (dependency ratio) หรือภาระการดูแลประชากรวัยเด็กและผู้สูงอายุของสังคมไทยอยู่ที่ 41.9 คนต่อวัยแรงงาน 100 คน คาดการณ์ว่า เมื่อสังคมไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดในปี 2578 อัตราการพึ่งพิงจะเพิ่มขึ้นเป็น 57.6 คนต่อวัยแรงงาน 100 คน ภายใต้แนวโน้มที่ผลิตภาพทางเศรษฐกิจลดลงและอัตราส่วนการพึ่งพิงที่เพิ่มขึ้นนั้น เด็กไทยในยุคปัจจุบันจะต้องเก่งกว่าคนรุ่นก่อน จึงจะสามารถรักษาระดับคุณภาพชีวิตและสวัสดิการโดยรวมของสังคมได้ และ (6) **ความเหลื่อมล้ำที่ถ่างกว้างขึ้น** งานวิจัยจำนวนมากยืนยันว่า เด็กยากจนมีความเสี่ยงที่จะมีสุขภาพและพัฒนาการแย่กว่า มีโอกาสเข้าถึงความรู้น้อยกว่า ทำให้มีทักษะที่ด้อยกว่าและมีรายได้ต่ำกว่าในอนาคต อีกทั้งยังมีแนวโน้มที่จะส่งต่อความเหลื่อมล้ำในรุ่นต่อไปด้วย ทั้งนี้พบว่า ปัจจุบันมีเด็กไทย (อายุไม่เกิน 20 ปี) กว่า 2.18 ล้านคน อยู่ในครัวเรือนยากจนที่สุด ซึ่งสมาชิกมีรายได้เฉลี่ยต่อคนต่อเดือนอยู่ที่ 2,044 คน ในขณะที่เด็กในครัวเรือนร่ำรวยที่สุดมีจำนวนเพียง 5 แสนคน กลับอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้เฉลี่ยต่อคนต่อเดือน 32,997 บาท หรือมากกว่าเด็กยากจนที่สุด 16 เท่า⁴⁷

3) **แนวโน้มการเลี้ยงดูเด็กอย่างไม่เหมาะสม พบปัญหาทั้งด้านโภชนาการ พัฒนาการ และการเรียนรู้** ส่งผลต่อพฤติกรรมและสุขภาพในทุกกลุ่มวัย โดยในกลุ่มเด็กปฐมวัยพบภาวะทุพโภชนาการที่ส่งผลทั้งเรื่องน้ำหนักเกิน ผอมแห้ง เตี้ยแคระแกร็น น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ พบทั้งในเขตเมืองและชนบท เด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการมักเข้าไม่ถึงระบบการดูแลรักษา เด็กปฐมวัยมีระดับทักษะสมอง EF และ EQ ต่ำกว่าเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 30 และร้อยละ 25 มีระดับ IQ ต่ำกว่าเกณฑ์ นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กเล็กจำนวนมากถึง 2 ใน 3 มีหนังสือเด็กที่บ้านไม่ถึง 3 เล่ม ผู้เลี้ยงดูเกือบครึ่งหนึ่งเชื่อว่าการลงโทษทางกายเป็นสิ่งจำเป็น จึงพบว่า มีเด็กที่ถูกเลี้ยงดูด้วยวินัยเชิงบวกเพียงร้อยละ 19 และถูกใช้ความรุนแรงในการเลี้ยงดูเกินร้อยละ 50 ในเกือบทุกช่วงอายุ ผลลัพธ์ของการเลี้ยงดูในวัยเด็กส่งผลต่อเนื่องเมื่อเข้าสู่วัยเรียนและวัยรุ่น โดยยังพบปัญหาจากภาวะโภชนาการทั้งโรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกิน ทั้งกลุ่มเพศหญิงและชายโดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และเกือบ 1 ใน 4 ของวัยรุ่นชายบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ กว่าร้อยละ 70 ของทั้งวัยรุ่นหญิงและชายมีกิจกรรมทางกายต่อวันไม่เพียงพอ เป็นไลฟ์สไตล์ที่ส่งผลต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่⁴⁸ และในรายงานจับตาสถานการณ์สุขภาพ Thai Health Watch โดย สสส. ยังพบสถิติเกี่ยวเนื่องกับปัญหาทางสุขภาพจิตของกลุ่มวัยรุ่นที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างน่าเป็นห่วงทุกปีด้วย

⁴⁷ บริษัท ดี วันโอวัน เปอร์เซนต์ จำกัด. (2564). “รายงานการศึกษานโยบายเด็กและครอบครัวแห่งอนาคต: ขยายพื้นที่ปฏิรูปนโยบายสาธารณะเพื่ออนาคตของเด็กไทย”

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

4) ผลกระทบของโควิด-19 ต่อครัวเรือนที่มีเด็กเล็ก : ผลการสำรวจออนไลน์ที่เป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย และสำนักงานสถิติแห่งชาติระหว่างวันที่ 27 เมษายนถึงวันที่ 18 พฤษภาคม 2563 (จำนวนตัวอย่าง 27,986 มีผู้ตอบแบบสอบถามจากทุกจังหวัดในประเทศไทย) พบว่า **ครอบครัวที่มีเด็กเล็กถูกกระทบจากโควิด-19 มากกว่าครอบครัวที่ไม่มีเด็กเล็กในเกือบทุกด้าน ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ** พบว่า รายได้ลดมากกว่า (ร้อยละ 81 ในกลุ่มครัวเรือนที่มีเด็กเล็ก เทียบกับร้อยละ 70 ในกลุ่มครัวเรือนที่ไม่มีเด็กเล็ก) เพราะมีสัดส่วนที่เป็นคนทำงานไม่ประจำ หรือธุรกิจนอกระบบมากกว่า รายจ่ายเพิ่มกว่าร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับช่วงก่อนโควิด และคิดเป็นสัดส่วนครัวเรือนมากกว่า (ร้อยละ 13 เทียบกับร้อยละ 10) **หนี้ในระบบเพิ่มขึ้นในสัดส่วนที่มากกว่า** (ร้อยละ 18 เทียบกับร้อยละ 13) และ **หนี้นอกระบบก็เพิ่มในสัดส่วนที่มากกว่า** (ร้อยละ 13 เทียบกับร้อยละ 9) **ผลกระทบด้านสังคมและสุขภาพ** พบว่า **ด้านการเลี้ยงดู** เด็กขาดผู้ดูแลทำให้บางครอบครัวต้องพาเด็กออกไปทำงานด้วย ซึ่งบางครั้งสถานที่ทำงานไม่เหมาะสมสำหรับเด็กเล็ก เช่น งานเก็บขยะ งานตัดต้นไม้ งานก่อสร้าง เป็นต้น หรือบางครอบครัวต้องทิ้งเด็กเล็กไว้ตามลำพัง **ด้านโภชนาการ** เด็กที่อยู่ศูนย์เด็กเล็กจะได้รับอาหารและนมตามเวลา แต่เมื่อเด็กต้องอยู่บ้านบางครั้งต้องกินอาหารเหมือนของผู้ใหญ่หรือต้องกินข้าวกับบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปหรือไข่ หลายครอบครัวต้องเปลี่ยนมาซื้อนมกล่องแทนนมผงซึ่งมีราคาแพง ทำให้เด็กได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน **ด้านการพัฒนาการ** แม้ว่าการที่ศูนย์เด็กเล็กปิดจะทำให้พ่อแม่มีเวลาอยู่กับลูกมากขึ้น แต่เด็กก็ขาดกิจกรรมหรือของเล่นที่ช่วยเสริมสร้างพัฒนาการ และการที่ผู้ปกครองเกรงว่าเด็กจะติดโควิดจึงไม่ค่อยให้ออกไปข้างนอก เด็กถูกจำกัดพื้นที่เล่น ส่งผลให้ดูโทรทัศน์หรือเล่นมือถือมากขึ้นจนเกิดการยึดติด เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เอาแต่ใจตัวเอง ขาดระเบียบวินัย นอกจากนี้ จากสถิติการให้บริการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการของกรมอนามัย พบว่าเด็กได้รับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการตามช่วงวัยลดลงมากเมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปี 2562 (ร้อยละ 63.7 เทียบกับร้อยละ 91.2) หากเด็กมีพัฒนาการล่าช้าก็จะเสียโอกาสในการได้รับการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม⁴⁹

4. ค่านิยมเชิงปฏิบัติการ

1) **เด็กและเยาวชนกลุ่มเปราะบาง**⁵⁰ หมายถึง เด็กและเยาวชนที่ประสบปัญหาทางสังคม อยู่ในสภาวะยากลำบากในการดำรงชีวิต อันเป็นผลกระทบมาจากปัจจัยด้านครอบครัว สังคม และรัฐ เช่น เด็กกำพร้า เด็กที่ถูกปล่อยปละละเลย เด็กเร่ร่อน เด็กยากจน แรงงานเด็ก เด็กถูกทำร้ายทารุณ เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ เด็กในกระบวนการยุติธรรม เด็กพลัดถิ่น เด็กลูกแรงงานต่างชาติ เด็กกลุ่มชาติพันธุ์ รวมถึงเด็กที่มีเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ หรือเด็กที่มีสมาชิกในครอบครัวมีเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์

2) **ครอบครัวเปราะบาง** หมายถึง ครอบครัวที่กำลังเผชิญภาวะ/สถานการณ์ที่จะก่อ/เหนี่ยวนำให้เกิดปัญหาแก่สมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะเด็กและเยาวชน ทั้งในเรื่อง กาย จิต สังคม โดยภาวะ/สถานการณ์เหล่านั้นมีปัจจัยสำคัญ จากเศรษฐกิจครัวเรือน โครงสร้าง/สัมพันธภาพและการเลี้ยงดูในครอบครัว การรับรู้และเข้าถึงสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย สถานะสุขภาพและสังคมของสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวยากจน ครอบครัวพ่อหรือแม่เลี้ยงเดี่ยว ครอบครัวแม่วัยรุ่น ครอบครัวแห้วกลาง ครอบครัวที่ประสบปัญหาความรุนแรงในครอบครัว เป็นต้น รวมทั้ง ครอบครัวในพื้นที่เฉพาะที่มีปัญหาหลากหลายและซับซ้อน เช่น ชุมชนแออัดในเมือง ชุมชนชายแดน ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท เป็นต้น

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

⁵⁰ คู่มือนิยามศัพท์ของ สสส.

3) **พื้นที่การเรียนรู้/พื้นที่เรียนรู้**⁵¹ หมายถึง พื้นที่กายภาพที่จับต้องได้ อาทิ ครอบครัวยุคใหม่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สถานศึกษา ชุมชน องค์กร พื้นที่สำหรับเด็กและเยาวชน และ/หรือพื้นที่เสมือน อาทิ พื้นที่ออนไลน์ แพลตฟอร์มออนไลน์ที่สามารถสร้างการเรียนรู้ ถ่ายทอดความรู้และแนวปฏิบัติที่ดี เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ เพิ่มทักษะและขีดความสามารถแก่กลุ่มเป้าหมายได้

4) **โรงเรียนสุขภาวะ**⁵² หมายถึง โรงเรียนหรือสถานศึกษาที่มีกลไกเชิงระบบ นโยบายและการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในมิติต่างๆ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง เพิ่มพฤติกรรมที่ดีทางสุขภาพ โดยรูปแบบการดำเนินงานนั้นแตกต่างกันตามสถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพและสภาพบริบทของโรงเรียน

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

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

จุดเน้นของแผน

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

แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัวยุคใหม่ กำหนดจุดเน้นของการดำเนินงานภายใต้กรอบห่วงโซ่ผลลัพธ์ รวม 3 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมขีดความสามารถของครอบครัวและชุมชน การส่งเสริมพื้นที่เรียนรู้ของ

⁵¹ คู่มือนิยามศัพท์ของ สสส.

⁵² คู่มือนิยามศัพท์ของ สสส.

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

เด็กและครอบครัวในชุมชน และการขับเคลื่อนสู่ความยั่งยืนและเสมอภาคในระดับสังคม โดยมีรายละเอียดของจุดเน้นแต่ละด้าน ดังนี้

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

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

2) ส่งเสริมศักยภาพท้องถิ่นให้สามารถทำงานพัฒนาเยาวชนเชิงบวก (positive youth development) และสนับสนุนการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมาย (meaningful participation) ของเยาวชน โดยเปิดพื้นที่ในการแสดงออก และเสริมสร้างโอกาสในการทำงานร่วมกับกลุ่มคนที่หลากหลาย

3) สนับสนุนให้เกิดนโยบายและมาตรการในการบูรณาการภารกิจทุกภาคส่วนทั้งระดับประเทศ ระดับท้องถิ่น ระดับองค์กร ที่มุ่งเป้าผลลัพธ์ที่ตัวเด็กครบทุกกลุ่มวัย โดยเน้นการเพิ่มทรัพยากรให้ครอบครัวสามารถดูแลเด็กได้อย่างมีคุณภาพและประกันสิทธิเด็กในการเข้าถึงระบบคุ้มครองสังคม บริการและสวัสดิการต่าง ๆ

4) ส่งเสริมและสนับสนุนความเข้มแข็งของเครือข่ายสถานประกอบการที่มีนโยบายเป็นมิตรต่อครอบครัว (Family-friendly Workplace Network) เพื่อเอื้อให้คนวัยแรงงานสามารถดูแลครอบครัวอย่างมีคุณภาพ และขับเคลื่อนนโยบายเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน

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

1) สนับสนุนและพัฒนายกระดับประสิทธิภาพของพื้นที่เรียนรู้หลากหลายรูปแบบเพื่อเป็นนิเวศการเรียนรู้ ครอบคลุมทั้งเรื่องทักษะการเลี้ยงดู ทักษะการเรียนรู้ และการส่งเสริมสมรรถนะเด็กและเยาวชนที่สอดคล้องกับโลกพลิกผัน (VUCA life skills) ครอบคลุมทั้งพื้นที่เรียนรู้ที่เป็นสถานศึกษา และพื้นที่เรียนรู้ในชุมชน

2) พัฒนานิเวศสนับสนุนพื้นที่การเรียนรู้ (supportive ecosystem for learning space) โดยสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ-ภาคเอกชน-ภาคประชาสังคม-ภาควิชาการ อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อส่งเสริมการดำเนินงานพื้นที่การเรียนรู้ในชุมชนให้ยั่งยืนและครอบคลุมทั่วประเทศ

3) สื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจและสะสมพลังสังคมที่สนับสนุนพื้นที่การเรียนรู้ที่หลากหลาย สอดคล้องกับความต้องการของเด็กและเยาวชน

4) พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและผลักดันสู่การปฏิบัติในระดับต่าง ๆ ร่วมกับภาคีผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และภาคยุทธศาสตร์ เพื่อส่งเสริมให้เด็กและครอบครัวมี “พื้นที่เรียนรู้ในบ้านและใกล้บ้าน” อย่างทั่วถึงและยั่งยืน

3. ส่งเสริมการขับเคลื่อนสู่ความยั่งยืนและเสมอภาคในระดับสังคม ด้วยการสร้างและจัดการความรู้ให้ทันต่อสถานการณ์สังคมอยู่เสมอ สื่อสารความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจและเกิดกระแสสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ การศึกษาวิจัยและการรณรงค์นวัตกรรมที่สำคัญและจำเป็นต่อการดำเนินงาน การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายและส่งเสริมองค์กรคนรุ่นใหม่/เยาวชนที่ต้องการร่วมขับเคลื่อนสังคมสุขภาวะ โดยในการดำเนินงานจะมุ่งเน้นต่อยอดและขยายผลฐานทุนการทำงานของแผนสุขภาวะเด็กเยาวชนและครอบครัว โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ทางสุขภาพและเข้าถึงองค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการสร้างเสริมสุขภาวะของเด็ก เยาวชน และครอบครัว โดยมีแนวทางสำคัญในการดำเนินงาน ดังนี้

1) สนับสนุนการสร้าง การจัดการความรู้ และการสื่อสารความรู้ให้ทันต่อสถานการณ์สังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งบทเรียนที่ดีจากการทำงานของภาคีเครือข่าย ชุดความรู้ใหม่และเครื่องมือสนับสนุนการทำงานที่ผ่านการพิสูจน์ประสิทธิภาพ เพื่อเตรียมพร้อมสู่การนำไปใช้ในวงกว้าง

2) ส่งเสริมการศึกษาวิจัยและการรณรงค์นวัตกรรมที่ช่วยสนับสนุนการทำงาน/การจัดบริการ และการพัฒนาสมรรถนะ ตลอดจนการสร้างเสริมสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว และพัฒนาแนวทางนำใช้และขยายผลนวัตกรรมสู่การใช้จริงในสังคมอย่างยั่งยืน

3) สนับสนุนพื้นที่ปฏิบัติการนโยบายและสกัดข้อเสนอเชิงนโยบายในมิติและระดับต่างๆ สื่อสารผลักดันให้เกิดความเปลี่ยนแปลงเชิงระบบและกลไกที่จำเป็น เพื่อประกันสิทธิเด็กในการเข้าถึงระบบคุ้มครองทางสังคม สวัสดิการและบริการพื้นฐานเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และเพิ่มทรัพยากรให้แก่เด็กและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่มีภาวะเปราะบาง

4) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย ตลอดจนการส่งเสริมสนับสนุนองค์กรคนรุ่นใหม่/เยาวชนเพื่อให้เกิดเครือข่ายคนรุ่นใหม่ที่เข้มแข็งและมีส่วนร่วมขับเคลื่อนสังคมสุขภาวะ

เป้าหมายและผลลัพธ์การดำเนินงาน

1. เป้าหมาย: เด็กและเยาวชนมีสุขภาพดี มีความรอบรู้ทางสุขภาพ มีสมรรถนะในโลกพลิกผัน

2. ผลลัพธ์:

(1) เด็กปฐมวัยได้รับการเลี้ยงดูและพัฒนาให้มีสุขภาวะและมีพัฒนาการสมวัย

(2) เด็กวัยเรียน วัยรุ่นและเยาวชน มีความสุข มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับโลกยุคพลิกผัน และมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมสุขภาวะ

(3) ครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี มีขีดความสามารถในการเลี้ยงดูเด็ก และสามารถเข้าถึงความช่วยเหลือที่จำเป็น

(4) ข้อเสนอแนะนโยบายที่เอื้อให้เกิดระบบ กลไก และมาตรการที่สนับสนุนทรัพยากรให้ครอบครัว มีขีดความสามารถในการเลี้ยงดูและพัฒนาเด็ก สนับสนุนโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงพื้นที่ เรียนรู้ใกล้บ้าน และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชน ได้เข้าสู่กระบวนการพิจารณา เติบโตในนโยบายในระดับประเทศ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมการบูรณาการภารกิจของภาคส่วนต่างๆ ที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กและเยาวชน โดยครอบคลุมการดำเนินงานแบบพื้นที่เป็นฐาน และแบบประเด็นเป็นฐาน
2. เพื่อส่งเสริมให้เกิดพื้นที่การเรียนรู้ (learning space) ที่ส่งเสริมสุขภาพและสมรรถนะเด็กและเยาวชนในโลกพลิกผัน (VUCA Life Skills)
3. เพื่อส่งเสริมการขับเคลื่อนสังคม ครอบคลุมการสร้างและจัดการความรู้ การสื่อสารความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจและเกิดกระแสสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ การวิจัยและสร้างสรรค์นวัตกรรม และการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย
4. เพื่อสร้างประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงานของแผนสุขภาพเด็ก เยาวชนและครอบครัว ให้สามารถดำเนินงานสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายของกองทุน และกรอบห่วงโซ่ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง

ตัวชี้วัด เป้าหมายและผลลัพธ์ที่จะบรรลุในปี 2570

1. ต้นแบบบูรณาการระดับพื้นที่ ที่มีการทำงานเชิงระบบและสามารถวัดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของเด็ก/เยาวชน/ครอบครัว อาทิ สัมพันธภาพในครอบครัว พัฒนาการของเด็กปฐมวัย ความรอบรู้ทางสุขภาพ สุขภาพ สุขสมรรถนะที่สอดคล้องกับโลกพลิกผัน และการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมาย ไม่น้อยกว่า 300 พื้นที่/ตำบล
2. ดิจิทัลแพลตฟอร์มและกลไกความร่วมมือพหุภาคีเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ และสุขภาพของเด็กและเยาวชน ที่สามารถวิเคราะห์ความต้องการ แนะนำ สนับสนุน และกำกับติดตามผล ตลอดจนสรุปผลลัพธ์ พัฒนาการของเด็กและเยาวชนผู้รับประโยชน์ สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้อย่างกว้างขวางและมีความยั่งยืนเชิงงบประมาณ
3. ข้อเสนอเชิงนโยบายที่ช่วยเพิ่มทรัพยากรในการสนับสนุนการเลี้ยงดูและพัฒนาเด็ก หรือสนับสนุนพื้นที่เรียนรู้ที่ส่งเสริมสุขภาพและสมรรถนะเด็กและเยาวชนในโลกพลิกผัน อย่างน้อย 2 ประเด็น

กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

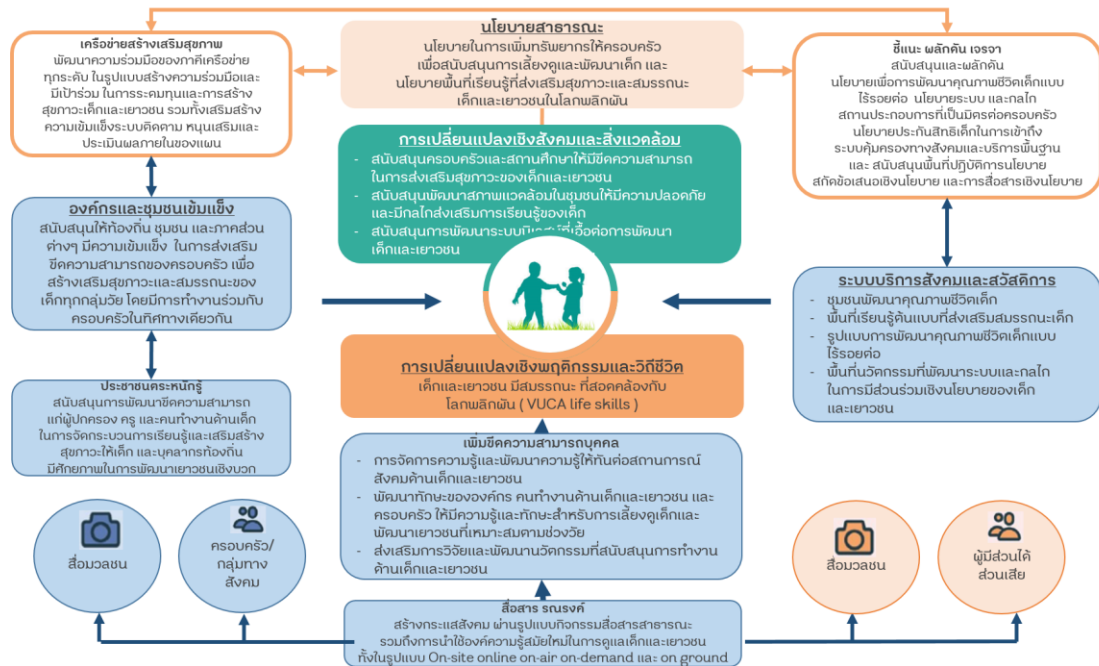
แผนได้กำหนดเป้าหมายสูงสุด วิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับภาพรวมทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565–2574) ของกองทุน โดยแผนทำหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพระยะเริ่มต้นของเส้นทางชีวิตอันนำไปสู่ “สุขภาพดีตลอดช่วงชีวิต” (lifelong health) โดยมุ่งเน้น **ดำเนินงานภายใต้ 4 ยุทธศาสตร์** คือ ได้แก่ 1) เพิ่มทรัพยากรให้ครอบครัว ให้มีขีดความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กทุกช่วงวัย 2) เพิ่มพื้นที่เรียนรู้ ที่มีคุณภาพใกล้บ้าน ในชุมชนส่งเสริมกิจกรรมสร้างสรรค์ยามว่าง 3) คัดกรองเด็กในการเข้าถึงระบบคุ้มครองทางสังคมและบริการพื้นฐาน สนับสนุนพลเมืองให้เข้มแข็ง และ 4) สนับสนุนให้เด็กและเยาวชนมีส่วนร่วม เพื่อพร้อมรับโลกยุคใหม่และสังคมสูงวัย โดยจัดโครงสร้างแผนให้

ประกอบด้วยกลุ่มแผนงานย่อย 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแผนงานสนับสนุนพื้นที่การเรียนรู้ กลุ่มแผนงานสนับสนุนภาคีความร่วมมือ กลุ่มแผนงานสนับสนุนการขับเคลื่อนสังคม และกลุ่มแผนงานพัฒนาและบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพทำหน้าที่เป็นกลไกการสนับสนุนการดำเนินงานตามกรอบแนวคิดภาพรวมของแผน



รูปแบบการดำเนินงาน

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



กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

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

งบประมาณ

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

8. แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร

สรุปภาพรวมระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570)

1. ทิมาและความสำคัญ ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ แผนเฉพาะในแต่ละด้าน และทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี

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

ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ แผนเฉพาะในแต่ละด้าน และทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี

การดำเนินงานของแผนสร้างเสริมสุขภาพองค์กร ได้ใช้แนวคิดองค์กรสุขภาพ (Happy Workplace) ที่มุ่งการดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายหลักคือ “คนทำงาน ในองค์กร” ที่ถือเป็นบุคคลสำคัญและเป้าหมายหลักของทั้งครอบครัว องค์กร ชุมชน และสังคม การสร้างสุขในที่ทำงาน นับว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการบริหารองค์กร มุ่งเน้นให้บุคลากรทุกคนในองค์กร มีความสุขในการทำงาน ความสุขที่เกิดขึ้นนั้นก่อให้เกิดกระบวนการทางความคิด ทำให้งานที่ได้รับมอบหมายมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดความตึงเครียดจากการทำงาน สภาพแวดล้อม รวมทั้งลดความขัดแย้งภายในองค์กร ความสุขที่เกิดขึ้นจากการทำงานเปรียบเสมือนน้ำหล่อเลี้ยงให้พฤติกรรมคนปรับเปลี่ยนและพัฒนาในแนวโน้มที่ดีขึ้น โดยใช้ความสุขพื้นฐานแปดประการ (Happy 8) เป็นแนวทางในการบริหารจัดการชีวิตให้มีความสุข อย่างยั่งยืน สร้างทัศนคติบวกต่อมุมมองในการดำเนินชีวิต การอยู่ร่วมกับผู้อื่น การรับผิดชอบต่อสังคม เป็นสมาชิกที่ดีต่อครอบครัว องค์กร และสังคม โดยมีความสุขที่แท้จริงบนพื้นฐาน ความสุขแปดประการที่สมดุลกับชีวิต ซึ่งมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) กล่าวคือ

1) ด้านความมั่นคง สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในกำลังพลกองทัพ และตำรวจ อันจะเป็นการช่วยสนับสนุนการบริหารจัดการสภาวะแวดล้อมของประเทศให้มีความมั่นคง ปลอดภัย และมีความสงบเรียบร้อยในทุกระดับ และทุกมิติ และสนับสนุนการทำงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มองค์กร พระพุทธศาสนา โดยสถาบันศาสนา เป็น 1 ใน 3 สถาบันหลักของชาติที่เป็นแกนหลักแห่งความมั่นคงของชาติ และศาสนาพุทธเป็นศาสนาที่ประชาชนชาวไทยส่วนใหญ่นับถือ

2) ด้านการสร้างขีดความสามารถในการแข่งขัน เน้นการยกระดับศักยภาพของภาคีภาคสาธารณะและภาคเอกชน

3) ด้านพัฒนาและเสริมสร้างทรัพยากรมนุษย์ สนับสนุนสร้างเสริมสุขภาวะภาคีภาคสาธารณะ และภาคเอกชนให้มีความพร้อมทั้งกาย ใจ สติปัญญา มีทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 มีทักษะสื่อสาร และมีคุณธรรม

4) ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม คำนึงถึงความยั่งยืนของฐานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของภาคีให้เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม เกิดผลลัพธ์ต่อความยั่งยืน

5) ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารภาครัฐ สนับสนุนการปรับเปลี่ยนภาครัฐ ยึดหลัก “ภาครัฐของประชาชนเพื่อประชาชนและประโยชน์ส่วนรวม”

และเมื่อพิจารณาประกอบกับ แผนปฏิรูปประเทศ พบว่าแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร มีความเชื่อมโยง ดังนี้

1) ด้านการบริหารราชการ เน้นการเชื่อมโยงข้อมูล จัดระบบบริหารและบริการให้เป็นดิจิทัล จัดระบบบุคลากรให้มีมาตรฐานกลาง มีคุณธรรมและจริยธรรม และสร้างวัฒนธรรมต่อต้านการทุจริต

2) ด้านเศรษฐกิจ สนับสนุนให้เกิดผลิตภาพและความสามารถในการแข่งขันของภาคีเครือข่าย ที่มุ่งเน้นการใช้ระบบมาตรฐานและนวัตกรรมในการพัฒนาเศรษฐกิจ อันเป็นการลดความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ

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

4) ด้านสื่อสารมวลชน เทคโนโลยี สนับสนุนการใช้พื้นที่ดิจิทัลเพื่อการสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรอย่างมีจรรยาบรรณ การรับรู้ของประชาชน และ ในการให้ความรู้แก่ประชาชน ปลุกฝัง วัฒนธรรมของชาติ และปลูกฝังทัศนคติที่ดี

5) ด้านสังคม สนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายมีความตระหนักรู้ในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี มีจิตสาธารณะเพิ่มขึ้น เป็นสังคมแห่งโอกาสและไม่แบ่งแยก และมีความเข้มแข็งสามารถบริหารจัดการองค์กรได้ด้วยตนเอง

ทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี ของแผนสร้างเสริมสุขภาวะองค์กร

แผนสร้างเสริมสุขภาวะองค์กร มีวิสัยทัศน์ “องค์กรมีวิถีชีวิต สังคมและสิ่งแวดล้อม ที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาวะที่ดี” โดยมีเป้าหมายยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานคือ การส่งเสริมและพัฒนาให้องค์กรเครือข่าย สุขภาวะมีความเข้มแข็งรองรับการส่งเสริมสุขภาวะเชิงประเด็นของ สสส. ได้แก่ การรณรงค์เรื่องยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สิ่งเสพติด ส่งเสริมเรื่องการเมืองการปกครองที่ดี กิจกรรมทางกาย อุบัติเหตุบนท้องถนน ปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น โดยใช้แนวคิดองค์กรสุขภาวะ (Happy Workplace) และความสุขพื้นฐานแปดประการ (Happy 8) เป็นแนวทางการการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร มุ่งเน้นการสานเสริมพลังภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม และชุมชนครอบคลุมบุคลากรในระบบนิเวศขององค์กร โดยสนับสนุนการพัฒนาวัฒนธรรม งานวิชาการและความรู้ พัฒนาศักยภาพของบุคคล องค์กร และชุมชน พัฒนา และสนับสนุนให้มีนโยบายสาธารณะ หรือมาตรการด้านการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร พัฒนาระบบข้อมูล และการจัดการความรู้ การกำกับติดตามและประเมินผล การสื่อสาร รณรงค์และชี้แนะสังคมเพื่อสร้างความเข้าใจและบรรลุเป้าหมายร่วมกัน โดยมีเป้าหมายใน ระยะ 10 ปี เพื่อให้คนวัยทำงานมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. การดำเนินงานที่ผ่านมา

แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพองค์กรอย่างต่อเนื่องมากกว่า 10 ปี จนถึงปัจจุบันสามารถแบ่งระดับการพัฒนา (maturity level) ของแผนงานได้ ดังนี้

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

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

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

ระยะที่ 4 ปี พ.ศ. 2565-2570 เป็นการเน้นสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพที่องค์กรเป็นฐาน ในการพัฒนาและรองรับการส่งเสริมสุขภาพเชิงประเด็นของ สสส. ซึ่งได้แก่ การรณรงค์เรื่องยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สิ่งเสพติด ส่งเสริมเรื่องการมีโภชนาการที่ดี กิจกรรมทางกาย อุบัติเหตุบนท้องถนน ปัญหาสุขภาพ อุบัติเหตุและปัจจัยเสี่ยงอื่น ให้เป็นองค์กรสุขภาพอย่างยั่งยืน โดยการสนับสนุนให้องค์กรภาคีเครือข่ายมีความเข้มแข็งควบคู่ไปกับการสนับสนุนให้เกิดการสร้างองค์ความรู้ ขยายพื้นที่สร้างเครือข่าย ผลักดันเข้าสู่ระบบเพื่อสร้างความยั่งยืนในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และเน้นการสนับสนุนเครือข่ายองค์กรสุขภาพให้มีความเข้มแข็ง เพื่อสร้างรูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพองค์กร และให้ความสำคัญกับการพัฒนางานพัฒนาระบบฐานข้อมูลองค์กรเครือข่ายเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน รวมถึงการออกแบบกลไกการบริหารจัดการภาคีเครือข่ายองค์กรสุขภาพ โดยมีจุดจัดการที่เป็นระบบมากขึ้น ในรูปแบบของศูนย์สนับสนุนวิชาการด้านสุขภาพองค์กร และศูนย์สนับสนุนงานองค์กรสุขภาพในระดับพื้นที่

3. วิเคราะห์สถานการณ์เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

สถานการณ์ทั้งภายนอกและภายในประเทศ มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง อีกทั้งวิกฤตโรคระบาด โควิด-19 ส่งผลกระทบอย่างมากต่อการดำเนินชีวิต และในการทำงาน ในส่วนของภาคเอกชน บางธุรกิจได้รับผลกระทบเกิดสภาวะการว่างงาน ยอดการผลิต และส่งออกลดลง การลงทุนธุรกิจชะลอตัวหรือ บางธุรกิจต้องปิดตัวลง เนื่องจากมีการชะลอการซื้อ ส่วนองค์กรภาครัฐในภาพรวมอาจเห็นว่าได้รับผลกระทบ น้อย เนื่องจากมีรายได้ค่อนข้างมั่นคง มีอำนาจซื้อในระดับปานกลาง แต่หากพิจารณาภาพรวมพบว่าบุคลากรภาครัฐทุกประเภทยังคงต้องทำงานเพื่อช่วยเหลือประชาชนในการรับมือกับวิกฤตของประเทศ ในบางกลุ่มกลับต้องมีภาระที่หนักขึ้นกว่าเหตุการณ์ปกติเสียด้วยซ้ำ เนื่องจากภาครัฐต้องขับเคลื่อนงานตามนโยบายของรัฐบาล เพื่อการพัฒนาประเทศ ในส่วนภาคสังคมมีข้อจำกัดในเรื่องการปฏิสัมพันธ์ การห้ามชุมนุม การลดการมีกิจกรรมร่วมกัน การรับประทานอาหารร่วมกัน ทำให้มีการหันมาใช้สื่อโซเชียลมากขึ้น ทั้งการทำงานที่บ้าน

การใช้แอปพลิเคชันในการทำธุรกรรมทางการเงินมากขึ้น รวมทั้งการติดต่อสื่อสารกับเครือข่าย การจัดประชุม ก็นิยมใช้สื่อมากขึ้น จึงทำให้หลายคนต้องมีการเรียนรู้การใช้สื่อโซเชียล รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตัวเองและบุคคลในครอบครัวให้มีการป้องกันโรคโควิด-19 ระบาดระลอกใหม่ให้มีความปลอดภัย สำหรับเรื่อง สิ่งแวดล้อม ผลของการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา ทั้งภาครัฐและเอกชนให้ความสำคัญ เรื่องสิ่งแวดล้อมมากขึ้น มีการจัดระเบียบ ทำความสะอาดสถานที่ที่เป็นสาธารณะมีการออกมาตรการป้องกัน กันแพร่ระบาดของเชื้อโรค ทำให้เกิดผลดีแก่ส่วนรวม ทั้งที่ทำงานและที่บ้าน ให้ความสำคัญกับความตระหนักรู้ เพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นในระยะยาว เพื่อปรับตัวให้เข้าสถานการณ์เศรษฐกิจ สังคม และ สิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน

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

ข้อมูลจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 วิเคราะห์สังคมไทยกำลังมุ่งหน้าสู่การ เป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” ภายในปี 2577 มีสัดส่วนของประชากรสูงวัยสูงถึงร้อยละ 28.1 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งการที่ประเทศไทยมีโครงสร้างประชากรเป็นสังคมสูงวัย และมีสัดส่วนวัยแรงงาน ลดลงนั้น จะทำให้อัตราส่วนพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อวัยแรงงานและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่ม สูงขึ้น ส่งผลให้ภาครัฐจำเป็นต้องพิจารณาการพัฒนาคนทุกช่วงวัยให้เต็มตามศักยภาพ นอกจากนี้ กำลัง แรงงานที่ลดลงอาจส่งผล ให้เกิดการพึ่งพาแรงงานข้ามชาติมากขึ้น จนนำไปสู่การขยายตัวของการเคลื่อนย้าย แรงงานทั้งภายในและระหว่างประเทศ ซึ่งจะทำให้รูปแบบของสังคมไทยปรับเปลี่ยนไปสู่การเป็นสังคมพหุ วัฒนธรรมในที่สุด นอกจากนี้ยังรูปแบบของงานในอนาคตมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญ เน้น ความยืดหยุ่นและความสมดุลระหว่างการทำงานและการใช้ชีวิต การจ้างงานในระยะต่อไปมีรูปแบบ ที่หลากหลาย โดยมีแนวโน้มว่าจะมีการจ้างงานที่มีรูปแบบมาตรฐานเพิ่มมากขึ้น อาทิ การจ้างงานชั่วคราว การจ้างงานบางช่วงเวลา การจ้างงานตามความต้องการ และงานอิสระ ควบคู่ไปกับรูปแบบใหม่ในการทำงาน อาทิ การทำงานทางไกล การทำงานจากบ้านหรือจากที่อื่น ๆ ผ่านระบบออนไลน์ โดยอยู่ภายใต้ชั่วโมงการ ทำงานที่ยืดหยุ่นพฤติกรรมกระตือรือร้นชีวิตใหม่ ๆ นำไปสู่การขยายโอกาสการมีส่วนร่วม ในกำลังแรงงานและ เป็นแหล่งรายได้เสริม อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อาจส่งผลให้เกิดการขยายตัว ของแรงงานนอก ระบบ ซึ่งขาดความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์ที่เหมาะสม รวมถึงแรงงานอาจเผชิญความ เสี่ยงจากความ มั่นคงในการจ้างงานที่ลดลง นอกจากนี้ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจะส่งผลให้ งานบางประเภทเลือนหายไป และเกิดงานประเภทใหม่ขึ้นมาทดแทน โดยระบบอัตโนมัติและหุ่นยนต์ มีแนวโน้มจะเข้ามาทดแทนงานที่ใช้เวลาดำเนินการหรือเป็นแบบแผน ส่งผลให้เกิดความต้องการแรงงานที่มี ทักษะ ความสามารถเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีมากขึ้น อาทิ วิศวกรหุ่นยนต์ หรือผู้เชี่ยวชาญ ปัญญาประดิษฐ์ และการเข้าสู่สังคมสูงวัยยังมีแนวโน้มทำให้งานในอุตสาหกรรมบริการและสุขภาพมีจำนวน เพิ่มขึ้น ตลอดจนกระแสความใส่ใจด้านสิ่งแวดล้อมจะส่งผลให้งานสีเขียวทวีความสำคัญในตลาดแรงงานมาก ยิ่งขึ้น นำไปสู่การเกิดขึ้นของงานในอาชีพใหม่ ๆ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงข้างต้น นำไปสู่ความต้องการทักษะของ แรงงาน ในลักษณะใหม่ ๆ โดยนอกเหนือจากทักษะทางปัญญาหรือทักษะเชิงเทคนิค ยังเป็นที่คาดการณ์กันว่า ทักษะทางพฤติกรรมหรือทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ความคิดสร้างสรรค์ การสื่อสาร หรือ การทำ งานเป็นทีม จะ

เป็นที่ต้องการและเป็นงานสำหรับอนาคต เนื่องจากเป็นทักษะเฉพาะที่เทคโนโลยี สมัยใหม่ยังไม่สามารถทดแทนแรงงานมนุษย์ได้

สถานการณ์คุณภาพชีวิตของกลุ่มข้าราชการพลเรือน

จากรายงานข้อมูลกำลังคนภาครัฐในฝ่ายพลเรือนของสำนักงานข้าราชการพลเรือน (กพ.) ปี พ.ศ. 2563 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนประชากร 66.19 ล้านคน ในจำนวนนี้ประกอบด้วยประชากรที่เป็นกำลังแรงงาน (อายุ 15 ปีขึ้นไป) จำนวน 39 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 59 ของจำนวนประชากร โดยกำลังแรงงานนี้เป็นกำลังคนภาครัฐในฝ่ายพลเรือน 2.12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5 ของกำลังแรงงานในประเทศ หรือคิดเป็นกำลังคนภาครัฐในฝ่ายพลเรือน 1 คน ต่อประชากร 31 คน ซึ่งกำลังแรงงานเหล่านี้อยู่ภายใต้การกำหนดการนโยบายและยุทธศาสตร์การบริหารทรัพยากรบุคคลภาครัฐ โดยสำนักงานข้าราชการพลเรือน (กพ.) ซึ่งปัจจุบันมียุทธศาสตร์ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560–2579) มีวิสัยทัศน์ให้ *ปฏิรูปการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล พัฒนาคุณภาพ คุณธรรม ของข้าราชการและบุคลากรภาครัฐ เพื่อสร้างให้เกิดความเชื่อมั่น ความไว้วางใจ และแรงสนับสนุนในการปฏิบัติงานราชการเพื่อประเทศชาติและประชาชนทุกฝ่าย (To restore trust in Thai public servants)* โดยพันธกิจข้อที่ 3 กำหนดให้พัฒนาข้าราชการและบุคลากรภาครัฐให้ปฏิบัติหน้าที่ราชการอย่างมีคุณธรรม มีความเป็นมืออาชีพ ควบคู่กับการสร้างสมดุลของคุณภาพงานและคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมกับความจำเป็น ความต้องการและความคาดหวังของผู้ปฏิบัติงานทุกฝ่ายทุกระดับ (improving quality of work & life of Thai public servants)

“การสร้างสมดุลของคุณภาพงานและคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมกับความจำเป็น” ของกำลังคนภาครัฐ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการบริหารทรัพยากรบุคคลภาครัฐอย่างยิ่ง แต่ด้วยสถานการณ์กำลังคนภาครัฐช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ในภาพรวมกำลังคนภาครัฐฝ่ายพลเรือนมีแนวโน้มลดลงเพียงเล็กน้อย โดยประเภทกำลังคนภาครัฐที่มีแนวโน้มลดลงมากที่สุด คือ ลูกจ้างประจำ ส่วนกำลังคนภาครัฐที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้แก่ พนักงานจ้าง ซึ่งเป็นไปตามการดำเนินการตามมาตรการบริหารจัดการกำลังคนภาครัฐ ปี พ.ศ. 2562–2565 ตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 19 มีนาคม 2562 ที่กำหนดให้ส่วนราชการ ดำเนินการทดแทนอัตราว่างจากผลการเกษียณอายุ ด้วยการจ้างงานรูปแบบอื่น เช่น พนักงานราชการ เป็นต้น เพื่อให้สอดคล้องและเป็นไปตามเป้าหมายของแผนการปฏิรูปประเทศด้านการบริหารราชการแผ่นดิน จึงเป็นความท้าทายของหน่วยงานภาครัฐในการบริหารทรัพยากรบุคคลด้านการบริหารจัดการกำลังคนให้สอดคล้องและเป็นไปตามเป้าหมายของแผนการปฏิรูปประเทศในการที่จะทำให้น้ำหนักกำลังคนภาครัฐลดลง เพื่อชะลอ/ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านบุคคลในระยะยาว ภายใต้สถานการณ์โลกที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ในอนาคตขนาดขององค์กรภาครัฐสมัยใหม่ (new organizational themes) จึงมุ่งให้มีการปรับลดขนาดด้วยการลดจำนวนบุคลากร โครงสร้างองค์กรลดลำดับของการบังคับบัญชาแนวราบ 3) ว่องไวโดยสามารถปรับกลยุทธ์ให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง 4) ตอบสนองความต้องการผู้รับบริการยุคใหม่ และ มีนวัตกรรม (innovative) โดยสามารถนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการ

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

จากบริบทดังกล่าว ประสิทธิภาพของระบบราชการไทยจึงขึ้นอยู่กับ การเตรียมบุคลากรภาครัฐให้มีความพร้อมที่จะทำงานราชการได้ดีภายใต้สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงอย่างมีพลวัต พัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานมากยิ่งขึ้นโดยให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาวะและวัฒนธรรมองค์กรที่สร้างความสุขในชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยมีกลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะองค์กรภาคสาธารณะ สำนักสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร เป็นจุดขับเคลื่อนสำคัญในการเสริมสุขภาวะในองค์กรภาครัฐ ภายใต้กรอบแนวคิด องค์กรสุขภาวะ (Happy Workplace) ความสุข 8 มิติ (Happy 8) ซึ่งมีการกิจหลักคือ “สนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของคนทำงานในองค์กร การดำเนินงานสนับสนุนสุขภาวะเชิงรุกจึงเป็นพื้นฐานที่ดีให้เกิดความยั่งยืนในการจัดการปัญหาท้าทายทางสุขภาวะบุคลากรภาครัฐ สอดคล้องเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ขององค์กรสหประชาชาติ เป้าหมายที่ 3 ประเด็นสุขภาพและสุขภาวะที่ดี (Good health and Well-being) ทั้งนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ในด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารภาครัฐ สนับสนุนการปรับเปลี่ยนระบบภาครัฐ ยึดหลัก “ภาครัฐของประชาชน เพื่อประชาชนและประโยชน์ส่วนรวม” โดยมีแนวโน้มว่าการจัดทำนโยบายภาครัฐนั้นจากนี้จะเป็นนโยบายเชิงป้องกันปัญหาล่วงหน้า (anticipatory policy making) เป็นนวัตกรรมนโยบายที่ใช้ข้อมูลสารสนเทศจำนวนมาก (big data) ความรู้ในการพยากรณ์และวางภาพในอนาคต (scenario) และสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ซึ่งมีกรอบแนวคิดและหลักการวางแผนที่สำคัญ คือ การน้อมนำและประยุกต์ใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มุ่งเน้นให้ “คน” ซึ่งเป็นทรัพยากรมนุษย์ เป็นศูนย์กลางของการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดการสนับสนุนและส่งเสริมแนวคิดการปฏิรูปประเทศ และการพัฒนาสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

การดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะองค์กรภาครัฐ 10 ปีที่ผ่านมา มีการสนับสนุนให้ขับเคลื่อนโครงการเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะองค์กรภาครัฐ สามารถผลักดันให้เกิดเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิตองค์กรภาครัฐ 77 องค์กร ที่มาจากหน่วยงานราชการ รัฐวิสาหกิจ องค์กรมหาชน และหน่วยงานอิสระ ฯลฯ มีจำนวนนักสร้างสุของค์กรองค์กรภาครัฐ (นสอ.) มากกว่า 2,000 คน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงสุขภาวะทั้งในเชิงปัจเจกและการอยู่ร่วมกับคนอื่นในองค์กร

สถานการณ์องค์กรภาครัฐในปัจจุบัน มีความท้าทายประการสำคัญจากการที่สำนักงาน ก.พ. ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมินผู้บริหารของหน่วยงานภาครัฐ โดยให้พิจารณานำดัชนีชี้วัดสุขภาพองค์กรนำมาใช้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 นับเป็นจุดเริ่มต้นที่ควรหนุนเสริมช่วยแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งนอกเหนือไปจาก พ.ร.บ.ข้าราชการพลเรือนสามัญ พ.ศ. 2551 มาตรา 34 และมาตรา 72 ที่ทำให้สำนักงาน ก.พ. มีนโยบายตาม ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. 2547 ด้านสวัสดิการ และสำนักงาน ก.พ.ร. กำหนดการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award: PMQA) เรื่องการสร้างความสุข อย่างไรก็ตาม แม้ว่าหน่วยงานราชการบางหน่วยงานจะมีนโยบายและวิธีปฏิบัติเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร หากแต่โครงสร้างระบบบริหารกำลังคนภาครัฐที่ยังประสบปัญหาหลายประการ กอปรกับหลักเกณฑ์ในการบริหารกำลังคน และกฎ ระเบียบ ข้อบังคับในการบริหารกำลังคนภาครัฐยังไม่ยืดหยุ่น จึงอาจไม่ตอบสนองเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตบุคลากรภาครัฐได้อย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ แนวปฏิบัติและองค์ความรู้ในการเชื่อมโยงนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคลากรภาครัฐสู่การปฏิบัติอย่างยั่งยืน ยังต้องประกอบด้วยความเท่าทันการเปลี่ยนแปลงของระบบราชการและบริบทโดยรอบ จึงควรมีการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานยุทธศาสตร์ระดับชาติที่กำหนดนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตบุคลากรภาครัฐ เช่น สำนักงาน ก.พ.ร. สำนักงาน ก.พ. กระทรวงการคลัง สำนักนายกรัฐมนตรี เป็นต้น ภาควิทยาศาสตร์อื่น ๆ เช่น สถาบันบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี เป็นต้น รวมทั้งทุก

ภาคส่วนราชการ โดยนำหลักการองค์การสุขภาวะมาเป็นกรอบดำเนินการผลักดัน รวมถึงการสร้างองค์ความรู้ เพื่อให้เกิดการจัดการสุขภาวะบุคลากรอย่างเป็นระบบควรมีส่วนงานรับผิดชอบเป็นกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน

สถานการณ์คุณภาพชีวิต กลุ่มบุคลากร นิสิต นักศึกษาในมหาวิทยาลัย

จากข้อมูล รายงานผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563⁵⁴ โดยทำการสำรวจทั้งในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะโรคที่สามารถตรวจวัดพื้นฐาน ครอบคลุม ทั้งในวัยทำงาน และผู้สูงอายุ พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งที่ 5 ในปี 2557 พบว่าความชุกของภาวะอ้วน ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในผู้หญิงความชุกเพิ่มจากร้อยละ 41.8 เป็นร้อยละ 46.4 ส่วนในผู้ชายเพิ่มจากร้อยละ 32.9 เป็น ร้อยละ 37.8 ขณะที่ภาวะอ้วนลงพุงมีความชุกเพิ่มขึ้นเฉพาะในเพศชาย โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.0 เป็นร้อยละ 27.7 ส่วนในผู้หญิงค่อนข้างคงเดิม สำหรับความชุกของเบาหวาน ในคนอายุ 15 ปีขึ้นไป สูงกว่าความชุกจากการสำรวจครั้งที่ 5 จากร้อยละ 8.9 เป็นร้อยละ 9.5 สัดส่วนของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยลดลงจากร้อยละ 43.1 เป็นร้อยละ 30.6 นอกจากนี้ จากการสำรวจยังพบว่าร้อยละ 30.6 ของผู้ที่เป็นเบาหวาน ไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานมาก่อน ส่วนผู้ที่เป็นเบาหวานมีร้อยละ 13.9 ไม่ได้รับการรักษา และในส่วนของ การรักษาและสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ ($FPG < 130 \text{ มก./ดล.}$) เพิ่มจากร้อยละ 23.5 เป็นร้อยละ 26.3 ในส่วนของความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในคนอายุ 15 ปีขึ้นไป ก็เพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.7 เป็นร้อยละ 25.4 หากจำแนกตามเพศทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความชุกเพิ่มขึ้นทั้งคู่ โดยเพศชายเพิ่มจากร้อยละ 25.6 เป็นร้อยละ 26.7 เพศหญิงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.9 เป็นร้อยละ 24.2

จากข้อมูลการสำรวจภาคีเครือข่ายมหาวิทยาลัยแห่งความสุข พ.ศ. 2564 – 2565⁵⁵ ด้วยเครื่องมือวัดความสุขระดับบุคคล (Happinometer) โดยทำการสำรวจทั้งในกลุ่มบุคลากร และนิสิต นักศึกษา ในเครือข่าย พบว่า ในกลุ่มบุคลากรในมหาวิทยาลัยภาคีเครือข่ายมหาวิทยาลัยแห่งความสุข ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขโดยรวมอยู่ในระดับมีความสุข โดยมีจิตวิญญาณดี (Happy Soul) เป็นมิติที่มีคะแนนสูงที่สุด ค่าเฉลี่ยคะแนนองค์การสุขภาวะจัดอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณามิติการเงินดี (Happy Money) พบว่ากลับเป็นมิติที่มีค่าคะแนนต่ำที่สุด จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการปรับทัศนคติ พัฒนาทักษะชีวิต แสวงหาความช่วยเหลือจากผู้บริหารองค์กร ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อน หรือชุมชน เพื่อบุคคลให้สามารถแก้ปัญหาหรือบรรเทาปัญหาได้

ในส่วนข้อมูลการสำรวจความสุขกลุ่มนักศึกษา พบว่า มิติครอบครัวดี (Happy Family) เป็นมิติที่มีคะแนนสูงสุด และมิติการเงินดี (Happy Money) ที่ได้คะแนนต่ำสุด แต่เมื่อพิจารณาถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพและสังคม พบว่า มีแนวโน้มที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้ในหลายประเด็น ซึ่งประกอบไปด้วย ประการแรก คือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเหล้าเป็นเป็นจำนวนมากถึงร้อยละ 64.9 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2560 ประการที่สอง คือ พฤติกรรมการกลั่นแกล้งในมหาวิทยาลัยโดยจะพบว่านิสิตนักศึกษาที่ถูกกลั่นแกล้งที่พบเจอบ่อยครั้ง คือ การกลั่นแกล้ง

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

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

ทางสังคม และการกลั่นแกล้งทางวาจา จนทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านการเรียน และทางจิตใจเกิดขึ้น⁵⁶ ประการที่สาม คือ พฤติกรรมทางเพศนั้น พบว่า การเข้าบ้านอยู่หอพักเองตามลำพังหรือเข้าบ้านร่วมกับเพื่อน จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูง และการมีสื่อที่คอยกระตุ้นความรู้สึกทางเพศและการได้รับการเลี้ยงดูแบบ ปลอ่ยปละละเลย จนทำให้เกิดแนวโน้มมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ดีเกิดขึ้นในหมู่นิสิตนักศึกษา⁵⁷ และอาจจะกล่าวได้ว่าพฤติกรรมความเสี่ยงทางเพศจะส่งผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเนื่องจากปัจจัยทั้งทางด้านสิ่งแวดล้อม สื่อ และวัฒนธรรมที่สามารถส่งผลทำให้เกิดเหตุการณ์เสี่ยงจนทำให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในหมู่ของวัยรุ่นขึ้นได้⁵⁸ และยังมีปัญหาต่อการใช้จ่ายเสพติดเพราะเมื่อนิสิตนักศึกษา อยู่หอพักตามลำพังหรือเข้าบ้านร่วมกับเพื่อน จึงอาจจะมีพฤติกรรมการอยากลองหรือถูกเพื่อนชักชวนได้ง่าย⁵⁹ ประการที่สี่ คือ พฤติกรรมการออกกำลังกาย นั้นพบวานิสิตนักศึกษาในปัจจุบันยังไม่ค่อยให้ความสำคัญในเรื่องออกกำลังกายเท่าที่ควร⁶⁰ และประการที่ห้า คือ สุขภาพจิตในระดับมหาวิทยาลัยนั้นพบว่านักศึกษาที่เรียนชั้นปีสูง ยังมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้ามากขึ้น และมีมากกว่าร้อยละ 6.4 ที่ฆ่าตัวตายที่เกี่ยวกับการเรียนหนังสือ และสาเหตุการฆ่าตัวตายมาจาก ปัญหาการทะเลาะกับคนใกล้ชิด รวมถึงปัญหาจากการเรียนหนังสือ เช่น การสอบได้คะแนนไม่ตรงตามความคาดหวัง คือตัวแปรที่ทำให้เด็กอาจเกิดการเสียศูนย์ เด็กที่สอบได้คะแนนดีมาตลอดแต่เมื่อได้คะแนนลดลงอาจเกิดอาการไม่คาดคิดจนเกิดเป็นความเศร้า ขณะเดียวกันเด็กที่สอบได้คะแนนไม่ดีมาตลอดก็เห็นคุณค่าตัวเองน้อยอีกด้วย⁶¹

สถานการณ์คุณภาพชีวิตของกลุ่มข้าราชการตำรวจ และข้าราชการทหาร

จากข้อมูลในการดำเนินการวิจัยที่ผ่านมา พบว่าสถานการณ์คุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ เมื่อวิเคราะห์ตามความสุขระดับบุคคลทั้ง 8 มิติ (Happy 8) อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่า คุณภาพชีวิตของบุคลากรกลุ่มข้าราชการตำรวจในแต่ละด้านยังมีประเด็นที่ต้องแก้ไข และส่งเสริมคุณภาพชีวิตใน 3 มิติ คือ

1) มิติด้านสุขภาพ (Happy Body) ข้าราชการตำรวจโดยส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจกับสุขภาพกายในระดับปานกลาง และเมื่อมีการเก็บข้อมูลโดยการศึกษาปัญหาด้านการสร้างเสริมสุขภาพของตำรวจแล้วยังพบว่า การติดตามในเรื่องของการดูแลสุขภาพของตำรวจ ยังไม่มีความต่อเนื่อง และไม่ได้ช่วยส่งเสริมในการรักษาพยาบาลของตำรวจที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในพื้นที่ต่างจังหวัดทั่วประเทศ เมื่อพิจารณาถึงข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ จากการประเมินผ่านแอปพลิเคชัน “Thai Police Health” พบว่า ข้าราชการตำรวจส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ทั้งเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา

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

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

⁵⁸ มาลีวัลย์ เลิศสาครศิริ. (2557). “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่น ตามการรับรู้ของนักศึกษาชั้นปีที่1 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์”. วารสารพยาบาลทหารบก ปีที่ 15 ฉบับที่ 1.

⁵⁹ เจริญ แดกพิมาย และปณิดา ศรีนสาร. (2557). “พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ”. วารสารวิชาการครุศาสตร์อุตสาหกรรม พระจอมเกล้าพระนครเหนือ ปีที่ 5 ฉบับที่ 1.

⁶⁰ กนิษฐ์ ไ้วศิริ และคณะ. (2560). “วิจัยเรื่อง พฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา”.

⁶¹ ณัฐสุดา เต็มพันธ์ และคณะ. (2562). “เข้าใจโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น”. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. เข้าถึงได้จาก

<https://www.chula.ac.th/cuinside/17693/>

2) มิติด้านผ่อนคลาย (Happy Relax) ข้าราชการตำรวจโดยส่วนใหญ่ มีภาพรวมความเครียดในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่า จากสถิติของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำหรับสถิติสาเหตุตำรวจฆ่าตัวตาย ตั้งแต่ปี 2551-2564 มีตำรวจเสียชีวิต 443 นาย เกิดจากปัญหาสุขภาพ 129 นาย ปัญหาอื่นๆ 121 นาย ปัญหาครอบครัว 98 นาย ปัญหาส่วนตัว 39 นาย ปัญหาหนี้สิน 38 นาย ปัญหาเรื่องงาน 18 นาย โดยในปี 2564 มีการสรุปสาเหตุการตาย 21 นาย เกิดจากปัญหาสุขภาพ 11 นาย ปัญหาหนี้สิน 5 นาย ปัญหาส่วนตัว 3 นาย ปัญหาเรื่องงาน 1 นาย และปัญหาอื่นๆ 1 นาย

3) มิติด้านสุขภาพเงิน (Happy Money) ข้าราชการตำรวจโดยส่วนใหญ่มีค่าตอบแทนที่ได้รับทั้งหมดในแต่ละเดือนกับรายจ่ายทั้งหมดในแต่ละเดือน กล่าวคือ รายได้ใกล้เคียงกับรายจ่าย ดังนั้นเมื่อมีปัญหาที่จำเป็นต้องใช้เงิน จึงทำให้เกิดการกู้ยืมเงินตามมา เนื่องจากข้าราชการตำรวจโดยส่วนใหญ่ไม่มีเงินเก็บ โดยปัจจุบันข้าราชการตำรวจมีหนี้สินคิดเป็นกว่าร้อยละ 90 ของข้าราชการตำรวจทั้งหมด จากข้อมูลสถานภาพกำลังพลข้าราชการตำรวจในภาพรวมเมื่อเดือน กันยายน 2564 มีข้าราชการตำรวจทั้งสิ้น 219,551 คน แยกเป็นชั้นสัญญาบัตร 89,430 คน ชั้นประทวน 130,121 คน เป็นหนี้สินกับสหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจประมาณ 245,535 ราย วงเงินหนี้สินประมาณ 203,217 ล้านบาท ส่วนข้อมูลหนี้สินกับสถาบันการเงิน ได้แก่ ธนาคารอาคารสงเคราะห์ มีผู้เป็นหนี้สินประมาณ 37,197 ราย วงเงินหนี้สินจำนวน 28,129 ล้านบาท ธนาคารออมสิน มีผู้เป็นหนี้สินประมาณ 36,102 ราย วงเงินหนี้สินจำนวน 21,140 ล้านบาท ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) มีผู้เป็นหนี้สินประมาณ 58,936 ราย วงเงินหนี้สินจำนวน 20,500 ล้านบาท รวมยอดหนี้สินทั้งหมด ประมาณ 272,986 ล้านบาท

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

สถานการณ์คุณภาพชีวิตของกลุ่มองค์กรพระพุทธศาสนา

จากข้อมูลสถิติจำนวนพระภิกษุและสามเณร พบว่า ปัจจุบันวัดในประเทศไทยมีจำนวน 41,654 วัด มีพระสงฆ์ จำนวน 215,871 รูป และมีสามเณร จำนวน 36,980 รูป⁶² จากจำนวนประชากรประเทศไทย 66,558,935 คนและเป็นพุทธศาสนิกชนจำนวน 65,855,352 คน ซึ่งร้อยละ 32.45 ของพระสงฆ์ เป็นพระสงฆ์ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (พระสงฆ์สูงอายุ) ดังนั้นพระสงฆ์ได้เข้าสู่สังคมพระสงฆ์สูงอายุระดับสุดยอด (super-aged society) และมีแนวโน้มเป็นพระสงฆ์สูงอายุมากขึ้น⁶³ จากธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช

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

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

2560 จัดทำขึ้นภายใต้มติมหาเถรสมาคม ครั้งที่ 7/2560 เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2560 มติที่ 191/2560 เรื่อง การดำเนินงานพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะที่กำหนดให้ดำเนินการวัดส่งเสริมสุขภาพและธรรมนุญสุขภาพ พระสงฆ์แห่งชาติ เพื่อเป็นกรอบและแนวทางการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ทั่วประเทศตามหลักการของ ธรรมนุญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติและเป้าหมายการขับเคลื่อนมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 3 ประเด็น คือ พระสงฆ์กับการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัย ชุมชนและสังคมกับการดูแลปฏิภพพระสงฆ์ ที่ถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย และบทบาทของพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาวะของชุมชนและสังคม ที่จะนำไปสู่การส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม ตลอดจนการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพโดยก่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างวัด กับชุมชนทำให้พระแข็งแรง วัดมั่นคง ชุมชนเป็นสุข การดำเนินงานภายใต้ความร่วมมือดังกล่าวของหน่วยงาน ที่ร่วมลงนามในประกาศเจตนารมณ์ร่วมขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ประกอบด้วย สสส. สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ (พศ.) กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ซึ่งมีการดำเนินการและขับเคลื่อนอย่างเป็น รูปธรรมในหลายองค์กร เกิดเครือข่ายความร่วมมือระหว่างพุทธบริษัท ในการสนับสนุนและดูแลสุขภาพองค์ รวมพระสงฆ์ในทุกระดับอย่างบูรณาการ รวมทั้งบทบาทพระสงฆ์ในการส่งเสริมสุขภาพชุมชนภายใต้หลักการ “ทางธรรมนำทางโลก” ซึ่งมีผลต่อการขับเคลื่อนธรรมนุญไปสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง ทำให้ประเด็น “สุข ภาวะพระสงฆ์” ได้รับการกำหนดให้เป็นยุทธศาสตร์สำคัญของประเทศ โดยเน้นการเชื่อมโยงความร่วมมือ และ บูรณาการองค์ความรู้ ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพบนพื้นฐานการสร้างประโยชน์สูงสุดต่อคณะสงฆ์ชุมชน และสังคม ภายใต้ความร่วมมือองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นนโยบายในการขับเคลื่อนเป็นมติมหาเถร มีการ จัดทำฐานข้อมูลพระภิกษุและสามเณร เพื่อพระภิกษุและสามเณรจักได้รับบริการสาธารณสุขและสิทธิ ประโยชน์ที่มีมาตรฐาน โดย พศ. ร่วมกับ สปสช. เชื่อมโยงกับการยกระดับกองทุนสุขภาพพระสงฆ์ในการ ส่งเสริมบทบาทพระสงฆ์ในการเสริมสร้างสุขภาวะองค์กรสงฆ์และชุมชนผ่านกลไกกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น มีแกนนำพระสงฆ์ในวัดภายใต้งานพระคิลาณีปฏิภพ สนับสนุนวัดส่งเสริมสุขภาพที่มีโครงสร้าง พื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ และการตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ โดยกรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข

สสส. ก็เป็นหนึ่งในองค์กรสำคัญที่ได้ร่วมลงนามความร่วมมือในการขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพ พระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 และร่วมขับเคลื่อนประเด็นสุขภาวะร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับองค์กร พระพุทธศาสนาในการ ดำเนินการตามกรอบธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์ อันสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) และแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา พ.ศ. 2560-2564

นอกจากการทำงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นพระสงฆ์กับ สุขภาวะแล้ว สสส.ก็มีการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น พัฒนาสื่อสงฆ์ไทยไกลโรค ที่ทำงานควบคู่กับโครงการ 1 วัด 1 รพ.สต.ของกระทรวงสาธารณสุข ในการให้ชุดความรู้เพื่อสื่อสารงานความรู้ ด้านโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์เพื่อให้พระสงฆ์มีสุขภาพกายที่ดี มีการบริโภคผักผลไม้ตามทิศทาง และเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) โดยร่วมมือกับคณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยใน โครงการสงฆ์ไทยไกลโรค

พร้อมกันนั้น ส่วนงานที่เกี่ยวข้องการพัฒนาวัดในฐานะที่เป็นพื้นที่สาธารณะและสภาพแวดล้อมที่ สามารถเอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ หลังจากฝ่ายสาธารณสุขของมหาเถรสมาคมได้ประกาศให้กิจกรรมวัด ประชา รัฐ สร้างสุขเป็นกิจกรรมโครงการเชิงยุทธศาสตร์ หนึ่งใน 15 โครงการตามที่คณะกรรมการประสานงาน

แผนยุทธศาสตร์ในการปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา (คปพ.) ได้กำหนดไว้ ก็เกิดความตื่นตัวในการปฏิบัติการ เพื่อนำแนวคิดเรื่องการจัดการสภาพแวดล้อมในวัด โดยนำแนวคิดด้านการจัดการองค์กรเรื่อง 5 ส. ซึ่งได้แก่ สะสาง สะดวก สะอาด สร้างมาตรฐานและสร้างวินัย เข้าสู่วัด อย่างเป็นรูปธรรม

ในส่วนของการทำงานตามบทบาทของพระสงฆ์เพื่อการพัฒนาสุขภาวะ จากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้ประชาชนดำเนินชีวิตประจำวันด้วยความยากลำบาก ขาดงาน ขาดรายได้ประจำ ส่งผลกระทบทางสุขภาพโดยตรง และส่งผลกระทบทางอ้อมวงกว้างในหลายระดับทั้งระดับเมืองและในระดับชุมชน ท้องถิ่น กระทบต่อสภาพจิตใจเกิดความเครียด โรคซึมเศร้า อาทิ ปัญหาการตกงานขาดรายได้ ปัญหาปิดกิจการร้านค้า หรือการวิตกกังวลต่อการติดเชื้อจากคนรอบข้าง ตลอดจนการวิตกกังวลจากการเสพยา และการรักษาสุขภาพจิตใจภายหลังจากการรักษาเมื่อติดเชื้อเป็นต้น ปัญหาเหล่านี้ล้วนเป็นผลกระทบทางจิตใจ โดยตรงต่อประชาชน พระสงฆ์ในวัดในฐานะผู้นำทางความเชื่อและคำสอนทางพระพุทธศาสนา โดยกลไกการทำงานของคณะสงฆ์และการส่งเสริมสนับสนุนขององค์กรภาคีเครือข่ายมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนภาครัฐในการช่วยเหลือคณะสงฆ์กันเองและช่วยสังคมในพื้นที่ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ศูนย์พักคอยในวัด โรงพยาบาล การสงเคราะห์เผาศพผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด-19 ที่สำคัญพระสงฆ์ที่เป็นแกนนำในพื้นที่ที่ผ่านการพัฒนาให้มีภาวะผู้นำ/แกนนำที่สามารถมีบทบาทในสังคมต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้ และยังสามารถช่วยเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้อย่างเป็นรูปธรรมโดยได้นำแนวคิด/ปรัชญาเชิงพุทธต่าง ๆ ไปสร้างเสริมสุขภาวะทางปัญญา และดูแลสังคมไทย หลังจากสถานการณ์โควิดได้

สถานการณ์ด้านสุขภาพของวัยทำงานภาคเอกชน

กลุ่มวัยทำงานเป็นกลุ่มประชากรที่อยู่ในช่วงวัย 15-60 ปี จากผลการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า โครงสร้างของประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงทำให้ประชากรวัยทำงานที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กลุ่มคนวัยทำงานนับได้ว่าเป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ คือเป็นกำลังสำคัญในการหารายได้ เพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัว และเป็นคนสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กร ทำให้เกิดการพัฒนาระดับประเทศ ดังนั้นการมีสุขภาพที่ดีในวัยทำงานจึงเป็นสิ่งสำคัญ

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

จากรายงานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จากคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ปี 2563 พบว่า แนวโน้มโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมของกลุ่มวัยทำงานมีอัตราการป่วยลดลงอย่างต่อเนื่องและบางโรคมีอัตราการป่วยเป็น 0 ติดต่อกันมาหลายปี นั้นแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพและผลสำเร็จของการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการ

ป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพของประเทศไทย แต่กลับพบอัตราการป่วยอุบัติใหม่ด้วยโรคกลุ่มไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากผลการสำรวจระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (Behavioral Risk Factor Surveillance System: BRFSS) พบว่า กลุ่มวัยทำงานอายุ 18-59 ปี มีดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่าเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้นทุกปี และพบว่าสถานการณ์ภาวะอ้วนลงพุงของประชากรกลุ่มวัยทำงานเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในทุกจังหวัด โดยข้อมูลจากระบบรายงาน HDC พบว่าความชุกของภาวะอ้วนในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคมะเร็ง และมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางตา ภาวะไตวายเรื้อรัง โรคเครียดจากการทำงาน ซึ่งโรคดังกล่าวมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี ทำให้แนวโน้มการเข้ารับการรักษาตัวในสถานพยาบาลเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อการทำงาน และส่งผลกระทบต่อองค์กร จากสถิติอัตราการรักษาพยาบาลของ สปสช. และสถิติการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับพนักงานในหลาย ๆ องค์กร พบว่า กำลังสูญเสียงบประมาณด้านค่ารักษาพยาบาลจำนวนมากไปกับค่ารักษาจากการเจ็บป่วยในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของพนักงานทำให้เกิดภาระและสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมากมหาศาลเช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมัน โรคมะเร็ง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองใหญ่ (อัมพฤกษ์อัมพาต) นอกจากนี้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ยังรายงานว่ากลุ่มวัยทำงานอายุ 15- 59 ปี ตายจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อในสัดส่วนที่สูงสุดของกลุ่มอายุอื่น ในประชากรไทย

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

ศูนย์วิจัยอนาคตศึกษา ฟิวเจอร์เทลส์ แล็บ (FutureTales Lab by MQDC) ได้วิเคราะห์และคาดการณ์เกี่ยวกับ อนาคตของการทำงาน (future of work) ที่จะเป็ปัจจัยสำคัญต่อวิถีการทำงานของคนรุ่นใหม่ โดยจัดเวิร์กช็อปเพื่อเข้าใจข้อมูลเชิงลึก ร่วมกับ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่าปัจจัยสำคัญต่อวิถีการทำงานในอนาคต (future of work) แรงงาน (workforce) พื้นที่ทำงาน (workspace) และองค์กร (organization) เป็น 3 มิติสำคัญที่จะทำให้การทำงานในอนาคตเปลี่ยนไปอย่างสิ้นเชิง

- มิติด้าน แรงงาน (workforce) ปัจจุบันอยู่ระหว่าง workforce 3.0 แรงงานมีความต้องการเป็นเจ้าของกิจการ และ workforce 4.0 แรงงานที่เลือกทำงานหลากหลายและทำงานได้จากทุกที่ แต่ในอนาคตการพัฒนาเทคโนโลยีในด้านต่างๆ จะส่งผลให้คนมีอายุยืนยาวขึ้นหลังจากนี้ แรงงาน วัยทำงานจะเข้าสู่ workforce 5.0 จากการที่ยืดอายุเกษียณออกไปตามความสามารถ การเรียนรู้ตลอดชีวิต ความยืดหยุ่น และความคิดแบบเติบโต (resilience & growth mindset) โดยสิ่งเหล่านี้ถือเป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้คนทำงานปรับตัวได้ทัน ป้องกันการอยู่ในสถานะที่องค์กรไม่สามารถจ้างงานได้ (unemployable)

- มิติด้าน พื้นที่ทำงาน (workspace) พื้นที่ทำงานในปัจจุบันมีความคาบเกี่ยวกันระหว่าง ยุคการทำงานที่เป็นห้องสี่เหลี่ยม (cubicle nation) มีการแบ่งสัดส่วนชัดเจน กับ ยุคพื้นที่ทำงานเปิดโล่ง (co-working space) มีอิสระในการใช้พื้นที่ทำงาน เพื่อส่งเสริมให้เกิดไอเดียใหม่ ๆ จากการปฏิสัมพันธ์กันระหว่าง

พนักงาน อีกทั้งการพัฒนาเทคโนโลยีด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะเทคโนโลยีใน โลกเสมือน (Metaverse) จะส่งผลให้สถานที่ทำงานเข้าสู่ ยุคพื้นที่ทำงานที่เชื่อมโยงแบบไร้รอยต่อระหว่างพื้นที่ทำงานจริงและพื้นที่ในโลกเสมือน (virtual workspace) ซึ่งจะทำให้อุปสรรคด้านพื้นที่ทำงานหมดไป เกิดเป็นพื้นที่ทำงานรูปแบบใหม่ที่เอื้อต่อการสร้างสรรค์งาน การสร้างวัฒนธรรมองค์กรได้ตลอดเวลา ทุกสถานที่ และองค์กรส่วนใหญ่ก็จะปรับโลกการทำงานและการบริหารงานไปอยู่ใน Metaverse มากขึ้น

- มิติด้าน องค์กร (organization) ที่จะเปลี่ยนไป พบว่าปัจจุบันอยู่ในยุค organization 3.0 (ยุค machine) ที่องค์กรมุ่งเน้นความสำเร็จ ขับเคลื่อนธุรกิจด้วยนวัตกรรม และยุค organization 4.0 (ยุค family) ที่ไม่เน้นโครงสร้างองค์กรอย่างชัดเจน แต่ให้ความสำคัญกับวัฒนธรรมองค์กร และการเพิ่มอำนาจให้แก่พนักงาน เมื่อเข้าสู่ในยุค organization 5.0 (ยุค living system) องค์กรขนาดใหญ่จะถูกลดขนาดลงเพื่อให้เกิดความคล่องตัว เน้นการกระจายอำนาจ มีความยืดหยุ่น และเปิดโอกาสให้พนักงานสามารถบริการจัดการงานได้ด้วยตัวเอง ขณะเดียวกัน องค์กรจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงความหลากหลาย (diversity) และสร้างการมีส่วนร่วม (inclusion) เพื่อให้องค์กรเดินหน้าต่อไปได้อย่างราบรื่น

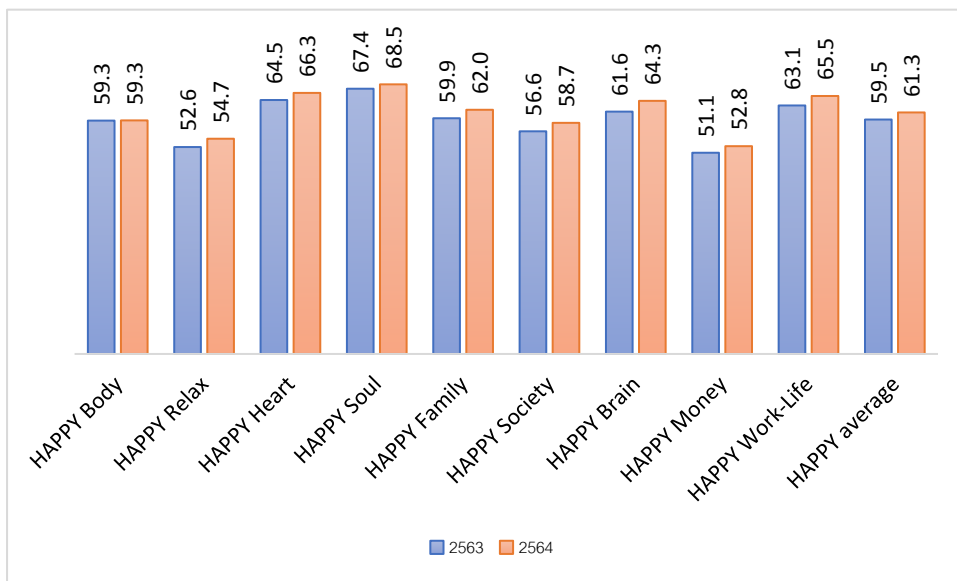
อีกทั้งยังพบว่าในประเด็นเรื่องของความเท่าเทียม ความหลากหลาย มีผลต่อการทำงานในกลุ่มวัยทำงานรุ่นใหม่ที่น่าสนใจประเด็นทางสังคมอย่างมาก โดยเฉพาะเรื่องความเท่าเทียม ความเหลื่อมล้ำ ช่องว่างของรายได้ที่มีแนวโน้มกว้างขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงในมิติของรูปแบบและพื้นที่ทำงาน ดังนั้น องค์กรจึงต้องคำนึงถึงการบริหารนโยบาย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

โดยได้มีข้อมูลการสำรวจในด้านสถิติ พบว่า กว่าร้อยละ 77 ของแรงงานมีประสบการณ์หมดไฟ ร้อยละ 91 ของแรงงานกล่าวว่า ความเครียดที่ไม่สามารถจัดการได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพงาน ร้อยละ 83 ของแรงงานบอกว่า ความเหนื่อยหน่ายอาจส่งผลเสียต่อความสัมพันธ์ส่วนตัว ร้อยละ 41 ของพนักงานทั่วโลกพิจารณาที่จะลาออก ในช่วงที่เกิดภาวะการลาออกกระลอกใหญ่ของมนุษย์เงินเดือนทั่วโลก (The Great Resignation) กว่า 11.5 ล้านคนลาออกจากงานในปีที่ผ่านมา และอีกร้อยละ 48 ของพนักงานมีแนวโน้มจะลาออก จากการปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงาน และการประชุมออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันต่าง ๆ มากขึ้นถึง ร้อยละ 200 ส่งผลให้พนักงานเกิดภาวะหมดไฟ" อีกว่าร้อยละ 60 ขององค์กรทั่วโลกมีโครงการริเริ่มด้านสุขภาพภายในองค์กร และร้อยละ 78 ของนายจ้างมองว่า ความเป็นอยู่ที่ดีของพนักงานเป็นส่วนสำคัญของแผนธุรกิจ ซึ่งจะช่วยให้องค์กรขับเคลื่อนไปข้างหน้าได้

สิ่งนี้เป็นปัจจัยที่ท้าทายมากในการดึงศักยภาพพนักงานและพยายามเก็บรักษากำลังสำคัญเอาไว้ภายใต้การคำนึงถึงสุขภาวะที่ดีของแรงงาน (employee well-being)"

และจากข้อมูลผลการสำรวจความสุขคนทำงานในองค์กรระดับประเทศ ปีพ.ศ 2564 โดย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล จากการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ มีนาคม 2565 มีจำนวนองค์กรที่ตอบรับและสำรวจเสร็จสิ้น จำนวน 345 องค์กร ใน 17 กลุ่มประเภทอุตสาหกรรม โดยมีจำนวนคนทำงานที่ตอบแบบสำรวจ จำนวน 22,196 คน และจำนวน

คนทำงานที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 20,980 คน ซึ่งจำนวนดังกล่าวสามารถแทนประชากรคนทำงานในองค์กร จำนวน 7.08 ล้านคน ในส่วนของการวิเคราะห์ผล พบว่าค่าคะแนนความสุขรวมจากผลการสำรวจระดับประเทศ ปี 2564 เท่ากับ 61.3 คะแนน (เพิ่มขึ้นจากค่าคะแนนความสุขรวมจากผลการสำรวจระดับประเทศ ปี 2563 ซึ่งเท่ากับ 59.5 คะแนน) เมื่อพิจารณาค่าคะแนนความสุขเป็นรายมิติความสุข พบว่า 3 มิติความสุขที่มีค่าคะแนนสูงที่สุด ได้แก่ จิตวิญญาณดี (68.5 คะแนน) น้ำใจดี (66.3 คะแนน) และการงานดี (65.5 คะแนน) ตามลำดับ ส่วน 3 มิติความสุขที่มีคะแนนต่ำที่สุด ได้แก่ สุขภาพเงินดี (52.8 คะแนน) ผ่อนคลายดี (54.7 คะแนน) และสังคมดี (58.7 คะแนน) ตามลำดับ และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับผลการสำรวจคุณภาพชีวิต ความสุข ความผูกพันองค์กร ระดับประเทศ ปี 2563 พบว่าค่าคะแนนความสุขของคนทำงานในปี 2564 เพิ่มขึ้นในทุกมิติ ยกเว้นแต่เพียงมิติสุขภาพกายดีที่ค่าคะแนนคงที่ คือ 59.3 คะแนน



บุคลากรองค์กรเอกชนส่วนใหญ่ประสบปัญหาความเครียด (Happy Relax) ทั้งเรื่องสุขภาพและเรื่องของรายได้ที่ไม่เพียงพอกับรายจ่ายที่มีในปัจจุบัน ขาดการการพักผ่อนที่เพียงพอ ขาดกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจคลายความเครียด มีความคาดหวังในชีวิตเพิ่มสูงขึ้น ต้องปรับตัวกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว จึงต้องมีทักษะการเรียนรู้เพื่อปรับตัวกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ทั้งด้านการเข้าใจตนเอง การยืดหยุ่นทางความคิด และการคิดสร้างสรรค์ทางออกใหม่ ๆ กล่าวคือมีสติกับการแก้ปัญหาและอยู่กับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนได้อย่างมีพลังใจ มีสติเพื่อการดูแลสุขภาพกายและจิตของตนเอง ครอบครัว และองค์กร มิติด้านสุขภาพแข็งแรง (Happy Body) ยังเป็นประเด็นที่น่ากังวล ในสถานการณ์ปกติคุณภาพชีวิตของคนวัยทำงานกลุ่มนี้มักพบปัญหาเรื่องสุขภาพ เนื่องจากมีความเหนื่อยล้าจากภาระงานจนทำให้ละเลยการดูแลสุขภาพโดยรวมของตนเอง ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ พบปัญหาค่าดัชนีมวลกาย BMI เกินเกณฑ์

นอกเหนือจากปัญหาสุขภาพแล้วพบว่ามิติด้านสุขภาพการเงิน (Happy Money) ที่เป็นประเด็นที่ต้องเร่งจัดการ ผลสำรวจพบว่าคนวัยทำงานขาดการวางแผนการดำเนินชีวิต ในระยะยาวจนเกษียณ ซึ่งองค์กรสามารถส่งเสริมการจัดระบบการจัดการหนี้สินรวมถึงระบบการออม และการสร้างรายได้เสริมให้แก่บุคลากร

ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้ส่งผลกระทบต่อธุรกิจขององค์กรอย่างมาก หลายองค์กรต้องปรับตัว มีทั้งลดเวลาทำงาน ลดเงิน บางองค์กรลดคน เพื่อให้สามารถประคองตัวผ่านจุดวิกฤตครั้งนี้ไปได้ บางองค์กรถึงกับต้องปิดตัวชั่วคราว ปรากฏการณ์ครั้งนี้ได้ส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของคนจำนวนมาก ปัญหาการเงินจึงเป็นผลพวงตามมา

อย่างไรก็ตามแม้ว่าค่าคะแนนความสุขภาพรวม “Happy” หรือ “ระดับความสุขตามเป้าหมาย” ยังเป็นระดับความสุขที่สะท้อนให้เห็นผลตามเป้าหมาย แต่ก็เป็นสัญญาณว่าผู้บริหารองค์กรควรให้การพัฒนานับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมความสุขในองค์กรต่อไป ด้วยเหตุนี้การสร้างเสริมให้เกิดองค์กรสุขภาวะ (Happy Workplace) นั้น จึงจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือทั้งในระดับผู้ปฏิบัติงาน และระดับผู้บริหารองค์กร ซึ่งผู้บริหารองค์กรจะเป็นแรงขับเคลื่อนหลักในพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคลากรในทุกด้าน

4. กรอบแนวคิดการดำเนินงานของแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

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



จุดเน้นของแผน

ในช่วงที่ผ่านมา แผนสร้างเสริมสุขภาพะในองค์กร ได้ดำเนินการทบทวนสถานการณ์และแนวทางการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย และผู้ทรงคุณวุฒิ พร้อมทั้งนำทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) เป็นกรอบแนวทางในการจัดทำแผนดำเนินการ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) โดยมีจุดเน้นหลักดังนี้

1. สนับสนุนการสร้างความเข้มแข็งภาคีเครือข่าย⁶⁴ทั้งในระดับบุคคล และองค์กร (impact) โดยดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร รวมทั้งการกำหนดบทบาท ทั้งการเป็นศูนย์สนับสนุนด้านวิชาการ ศูนย์เรียนรู้หรือแหล่งเรียนรู้ องค์กรสุขภาพะ หน่วยประสานงาน รวมทั้งวางแนวทางการประสานการทำงานระหว่างเครือข่ายต่างๆ

2. สนับสนุนให้เกิดการขยายผล⁶⁵การดำเนินงานองค์กรสุขภาพะไปสู่ผู้รับประโยชน์และเครือข่าย (scale up) โดยเน้นการขยายฐานผู้รับประโยชน์ทั้งระดับบุคคลและองค์กรทั้งทางตรงและทางอ้อม อาทิ บุคลากร ชุมชนและองค์กรที่มีศักยภาพและความพร้อมในการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายองค์กรสุขภาพะที่ผ่านมา เพื่อให้การขับเคลื่อนองค์กรสุขภาพะเกิดประโยชน์สูงสุดและเกิดผลเป็นรูปธรรม

3. สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) (alignment) โดยวางแผนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome) ของแผนหลักของ สสส.ร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานเชิงประเด็นของ สสส. ได้แก่ การรณรงค์เรื่องยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สิ่งเสพติด ส่งเสริมเรื่องกรรมโภชนาการที่ดี กิจกรรมทางกาย อุบัติเหตุบนท้องถนน ปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่รวมทั้งการสนับสนุนให้เกิดการปรับตัวกับวิถีชีวิตใหม่ (new normal) และปัจจัยเสี่ยงอื่นตามบริบทขององค์กรภาคีเครือข่าย

4. สนับสนุนให้เกิดกลไกในการขับเคลื่อนงานองค์กรสุขภาพะเพื่อให้เกิดความยั่งยืน (sustainability) โดยเน้นการทำงานร่วมกับภาคียุทธศาสตร์⁶⁶สำคัญ ในการผลักดันให้เกิดกลไกเพื่อสนับสนุนการทำงานองค์กรสุขภาพะในระยะยาว อาทิ นโยบายหรือมาตรการที่สนับสนุนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพะในองค์กรทั้งระดับประเทศหรือระดับองค์กร กลไกสนับสนุนการสร้างและพัฒนาศักยภาพนักสร้างสุของค์กร หรือแกนนำนักสร้างสุขรุ่นใหม่ การจัดทำฐานข้อมูลเพื่อสนับสนุนการทำงานในระดับองค์กร รวมทั้งสนับสนุนให้กลไกต่างๆที่เกิดขึ้นมีความเข้มแข็งและสามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่องได้ในระยะยาว

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

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

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

5.สนับสนุนการใช้นวัตกรรม เทคโนโลยี เพื่อสร้างคุณค่าและยกระดับงานสร้างเสริมองค์กรสุขภาวะ (innovation) เพื่อให้เกิดความรวดเร็ว ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ และ
แนวทางการดำเนินงานองค์กรสุขภาวะในวงกว้าง

เป้าหมายและตัวชี้วัดในระยะ 5 ปี

1. ข้อเสนอเชิงนโยบาย มาตรการ หรือแนวทางการดำเนินงานที่สนับสนุนให้เกิดการขยายผลงานองค์กรสุขภาวะระดับชาติ เพื่อสนับสนุนการสร้างวัฒนธรรมองค์กรและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพในระดับบุคคล องค์กร และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 ประเด็น
2. การขยายผลองค์กรสุขภาวะ (Happy Workplace) ตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี ในเครือข่ายไม่น้อยกว่า 5,000 องค์กร ในทุกเครือข่าย (เครือข่ายภาคเอกชนและเครือข่ายภาคสาธารณะ)
3. พื้นที่/สังคม เรียนรู้แบบออนไลน์ที่มีการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้อย่างกว้างขวาง ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เพื่อส่งเสริมให้มีการนำชุดความรู้ นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีในการสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้งานองค์กรสุขภาวะ
4. กลไกสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรเพื่อหาหน้าที่ประสานและบริหารภาคีเครือข่าย จำนวนไม่น้อยกว่า 2 กลไก อาทิ กลไกศูนย์สุขภาพดีวัยทำงาน (Wellness Center) กลไกศูนย์ประสานงานสาธารณสุขสงเคราะห์ หรือ กลไกศูนย์สนับสนุนการเรียนรู้องค์กรสุขภาวะ
5. ระบบงาน หรือกลไกสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการ บุคลากร กรุงเทพมหานคร และประชาชนในพื้นที่ อย่างน้อย 3 พื้นที่ (ระดับเขต)

วัตถุประสงค์

1. สนับสนุนให้องค์กรมีนโยบายสาธารณะ มาตรการ หรือแผนงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งในระดับภาคีที่กำกับดูแลยุทธศาสตร์และระดับองค์กร
2. ส่งเสริมให้เกิดองค์ความรู้ งานวิชาการ ที่สนับสนุนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพประเด็นต่าง ๆ ในองค์กร ตลอดจนฐานข้อมูลองค์กรสุขภาวะเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน
3. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่าย และการสร้างเครือข่ายภายในและระหว่างกลุ่มองค์กร
4. สนับสนุนการพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
5. สนับสนุนการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

1. สร้างเสริมศักยภาพเครือข่ายองค์กรสุขภาวะและสนับสนุนนโยบายด้านการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตขององค์กรที่เอื้อต่อการเป็นองค์กรสุขภาวะ
2. พัฒนาให้เกิดองค์กรสุขภาวะและสนับสนุนองค์กรให้เป็นฐานรองรับการสร้างเสริมสุขภาพตามยุทธศาสตร์ของ สสส.
3. ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในองค์กรให้ตระหนักถึงความสำคัญด้านการสร้างคุณภาพชีวิตของบุคลากรในองค์กรและการมีสุขภาพที่ดี

4.สนับสนุนชุดความรู้ นวัตกรรม การจัดการความรู้ที่ใช้ขับเคลื่อนงานองค์กรสุขภาวะที่มีการนำไปใช้ขยายผลในองค์กร

5. ส่งเสริมการสื่อสารประชาสัมพันธ์งานองค์กรสุขภาวะในภาคีเครือข่ายองค์กรสุขภาวะและผู้ที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

1. กลุ่มเป้าหมายในกลุ่มองค์กรภาคสาธารณะ

ครอบคลุมบุคลากร ครอบครัวและผู้รับบริการในองค์กรข้าราชการ บุคลากร ครอบครัวและกลุ่มนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัย และพระสงฆ์ พุทธบริษัท และชุมชนที่เกี่ยวข้องในองค์กรพระพุทธศาสนา

2. กลุ่มเป้าหมายในองค์กรภาคเอกชน

ครอบคลุมบุคลากร ครอบครัว และชุมชนที่เกี่ยวข้องในกลุ่มภาคเอกชนที่แสวงหากำไร อันได้แก่สถานประกอบการ ภาคอุตสาหกรรม การค้าและบริการ ทั้งขนาดใหญ่ วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม และกลุ่มภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร เช่น องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรการกุศล หรือองค์กรสาธารณประโยชน์

ทั้ง 2 กลุ่มเป้าหมายนี้มีเป้าประสงค์ในการสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานในองค์กรและเกิดการเปลี่ยนแปลงสังคมสิ่งแวดล้อมในองค์กร ให้มุ่งไปสู่การเป็นองค์กรสุขภาวะและเครือข่ายองค์กรสุขภาวะที่เข้มแข็ง เพื่อเตรียมความพร้อมองค์กรให้เป็นฐานรองรับงานประเด็นสุขภาวะของสสส. และสร้างความยั่งยืนในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ด้วยการสนับสนุนระบบและกลไกร่วมกับภาคียุทธศาสตร์หลัก เพื่อผลักดันนโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีของคนทำงานในทุกมิตินำไปสู่การปฏิบัติ และเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม พัฒนานวัตกรรมทางสังคมและองค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

งบประมาณ

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

9. แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

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

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

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

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

กิจกรรมทางกายที่เพียงพอส่งผลดีทั้งในมิติของการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ จึงนับเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการยกระดับการมีสุขภาพของประชากรในสังคม เริ่มตั้งแต่ประชากรช่วงวัยเด็ก การมีกิจกรรมทางกายสามารถส่งเสริมพัฒนาการทางด้านสมองที่ส่งผลต่อการรับรู้ ความจำ และสมาธิ จึงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลสัมฤทธิ์ด้านวิชาการ ทักษะการรู้คิดเชิงบริหาร (Executive function: EF) ส่งเสริมพัฒนาการด้านอารมณ์และจิตใจ (ลดภาวะซึมเศร้า) ส่งเสริมทักษะในการเข้าสังคม ตลอดจนส่งผลดีอย่างชัดเจนต่อความแข็งแรงของระบบหัวใจและปอด กระดูกและกล้ามเนื้อทำให้ร่างกายมีความแข็งแรงและคล่องแคล่ว ในขณะที่เดียวกันยังช่วยลดความเสี่ยงในการเป็นโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อในอนาคตร

ประชากรวัยทำงาน การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอจะช่วยให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลายชนิด ทั้งโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ ทั้งช่วยให้สุขภาพจิตดี ทำให้สามารถลดอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า รวมถึงภาวะเครียดจากการทำงาน

กลุ่มประชากรวัยสูงอายุ กิจกรรมทางกายนับเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยขยายช่วงของการมีสุขภาพที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทั้งยังป้องกันการหกล้มและการบาดเจ็บจากการหกล้มในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันอันอาจนำไปสู่ภาวะการป่วยแบบติดเตียง สำหรับในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อ กิจกรรมทางกายยังสามารถช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วยจากโรคส่งเสริมให้เกิดสุขภาพจิตที่ดี ลดภาวะซึมเศร้าและความเครียด เกิดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นจากเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมด้วย

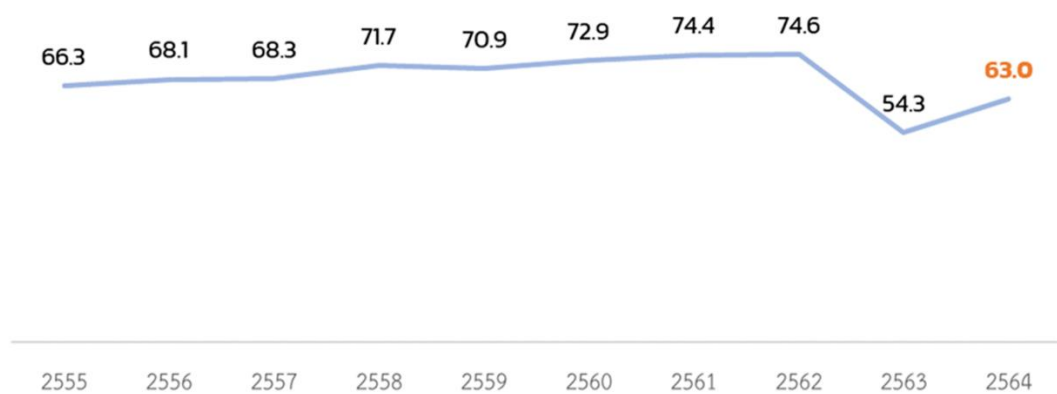
สถานการณ์กิจกรรมทางกายระดับประเทศตลอด 9 ปีที่ผ่านมา ผลจากการติดตามและเฝ้าระวังโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สสส. และกระทรวงสาธารณสุขแสดงให้เห็นว่า ภาพรวมระดับประเทศทิศทางการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อัตราการเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละประมาณร้อยละ 1.03 โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น คือ จากร้อยละ 66.3 ในปี 2555 (ปีฐานของการสำรวจ) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 74.6 ในปี 2562 (ก่อนสถานการณ์โควิด-19) อย่างไรก็ตาม ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในปี 2563 ด้วยข้อจำกัดในการใช้ชีวิตดังที่เคยเป็นตามปกติ ส่งผลให้ระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของคนไทยในภาพรวมลดลงเหลือเพียง ร้อยละ 54.3 โดยต่อมาในปี 2564 ระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของคนไทยในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากปีก่อนเล็กน้อย เป็นร้อยละ 63.0

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

อย่างไรก็ตาม แม้ผลจากการดำเนินงานในช่วงที่ผ่านมา (ระหว่างปี 2555-2562) จะแสดงให้เห็น แนวโน้มเชิงบวกและทิศทางที่เหมาะสมในแง่การกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โดยพิจารณาจากระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรทุกกลุ่มวัยอยู่ในระดับที่สูงเกินกว่าร้อยละ 70 นับเป็นหนึ่งในผลสำเร็จของการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องของแผนฯ และภาคีเชิงยุทธศาสตร์ที่ร่วมกันผลักดันกิจกรรมตามแผนงานกระทั่งเกิดเป็นผลลัพธ์ทางพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนในระยะยาว ทว่าจากสถานการณ์ที่ไม่เอื้ออำนวยทั้งในแง่ของมลภาวะทางอากาศจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM 2.5 ในช่วงปลายปี 2562 รวมถึงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานและชีวิตของประชากรตั้งแต่ช่วงต้นปี 2563 นับเป็นอุปสรรคที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการมีกิจกรรม

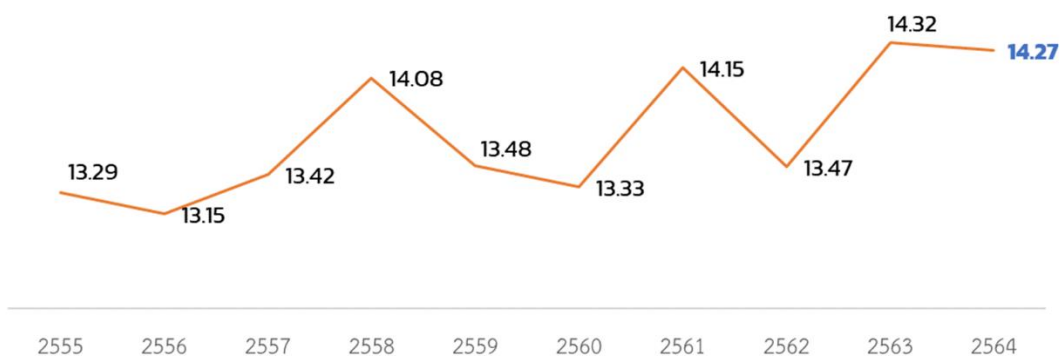
ทางกายของประชากรไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมนันทนาการ การออกกำลังกายและการเล่นกีฬา กลางแจ้งอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ในช่วงระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สสส. และภาคีทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ วิชาการ และภาคประชาสังคมต่าง ๆ ได้เร่งดำเนินการรณรงค์และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ในการป้องกันโรค สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพ ตลอดจนส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายที่บ้าน (Fit From Home) ด้วยวิธีการต่าง ๆ โดยมีประชาชนถึงร้อยละ 82.8 ที่ได้รับรู้ข่าวสารที่รณรงค์และสนับสนุนโดย สสส. และภาคี โดยเฉพาะกลุ่มประชาชนที่ได้มีการรับข้อมูล ข่าวสาร แนวทางการมีกิจกรรมทางกายที่บ้าน จะมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมากกว่ากลุ่มประชาชนที่ไม่ได้รับข่าวสารถึง 1.445 เท่า (ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมอื่นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 โดยศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค))



รูปที่ 1 ร้อยละการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอของประชากรไทย ระหว่างปี 2555-2564

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



รูปที่ 2 ระยะเวลาเฉลี่ยการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งของประชากรไทย ระหว่างปี 2555-2564 (ชั่วโมง/สัปดาห์)

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

ความสอดคล้องกับแผนระดับสากลและระดับชาติ

นับตั้งแต่กฎบัตรออตตาวา Ottawa Charter (1986) ที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่า 30 ปี โดยเมื่อปี พ.ศ. 2559 การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 9 ณ นครเซี่ยงไฮ้ เรื่องส่งเสริมสุขภาพในวาระ 2030 เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (Shanghai Declaration on Promoting Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development) ถือเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่กำหนดให้ สุขภาพ และสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยรับรองว่าสุขภาพเป็นสิทธิสากล เป็นทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตและการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นเป้าหมายทางสังคมร่วมกัน และทุกประเทศต้องให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นศูนย์กลางของการเปลี่ยนแปลงสำคัญของโลก “สุขภาพดีต้องมาจากการเมืองที่ดีด้วย การประชุมครั้งนี้จึงเรียกร้องให้ทุกภาคส่วนทั่วโลก ได้แก่ ผู้นำ ผู้นำกำหนดนโยบาย ชุมชน ต้องให้ความสำคัญกับสุขภาพและไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” โดยประกอบด้วย 1) good governance นโยบายที่มีธรรมาภิบาลผ่านการบูรณาการจากทุกภาคส่วนทั้งระดับชาติและท้องถิ่นเพื่อสร้างทางเลือกด้านสุขภาพที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้ 2) healthy cities การสร้างเมืองสีเขียวเพื่อให้ประชาชนสามารถอยู่อาศัย ทำงาน หรือใช้ชีวิตได้อย่างสุขภาพดี 3) health literacy การเพิ่มความรู้และทักษะทางสังคมเพื่อให้ประชาชนสามารถตัดสินใจเลือกที่ส่งผลดีต่อสุขภาพของตนเองและครอบครัว

แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ซึ่งการส่งเสริมกิจกรรมทางกายจะส่งผลโดยตรงต่อเป้าหมายที่ 3 คือ การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับคนในทุกวัย (ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages) โดยเฉพาะเกณฑ์การลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อโดยเน้นการป้องกันและลดความรุนแรงของโรคและการสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ภายในปี 2573 นอกจากนี้ยังมีส่วนสนับสนุน เป้าหมายที่ 2: ยุติความหิวโหย บรรลุความมั่นคงทางอาหารและยกระดับโภชนาการและส่งเสริมเกษตรกรรมที่ยั่งยืน (end hunger, achieve food security and improved nutrition and promote sustainable agriculture) ในส่วนของการร่วมสนับสนุนเกณฑ์พัฒนาการสมวัยของเด็กเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เป้าหมายที่ 11 ในเรื่องการทำให้เมืองและการอยู่อาศัยมีความปลอดภัย มีภูมิคุ้มกันและยั่งยืน ซึ่งสนับสนุนในส่วนเกณฑ์ของการจัดการที่อยู่อาศัยในชุมชนแออัดเมืองให้เข้าถึงสุขภาวะ และความพึงพอใจในการเข้าถึงขนส่งสาธารณะ

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

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

ในปี 2563 The International Society for Physical Activity and Health หรือ “ISPAH” ได้มีการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับกลยุทธ์การลงทุนส่งเสริมด้านกิจกรรมทางกายที่มีประสิทธิภาพ โดยทุกประเทศสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้เป็นแนวทางสำหรับการลงทุนทางนโยบายให้เหมาะสมกับความซับซ้อนทั้งด้าน

สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและบริบทของประเทศ โดยพบว่าการลงทุนที่คุ้มค่าและเหมาะสมต่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของประชากรทั่วโลก 8 ด้าน ได้แก่ 1. โปรแกรมเต็มรูปแบบของโรงเรียนในการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย 2. การสัญจรที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉงสำหรับประชากรทุกกลุ่มวัย 3. ผังเมืองที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายและนันทนาการ 4. ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพให้ความสำคัญและใช้กิจกรรมทางกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี 5. การสื่อสารรณรงค์สร้างวัฒนธรรมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน 6. การส่งเสริมกิจกรรมกีฬาระดับสากลและกิจกรรมมวลชนเพื่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย 7. การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในสถานที่ทำงาน และ 8. การจัดการสภาพแวดล้อมในชุมชนให้ประชาชนเข้าถึงการส่งเสริมกิจกรรมทางกายได้อย่างเท่าเทียมและทั่วถึง ซึ่งทั้งหมดมีความสอดคล้องและสนับสนุนกัน โดยแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้นำมาพัฒนาเป็นแนวทางกลยุทธ์ของแผนตามเป้าหมายในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง ระยะ 10 ปี และ 3 ปี

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

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

2. การดำเนินงานที่ผ่านมา

ระยะที่ 1 พ.ศ. 2546 – 2553 การส่งเสริมองค์กรกีฬาและพื้นที่ปลอดภัย ปลอดภัยเพื่อตอบสนองต่อนโยบายต่อต้านยาเสพติดของรัฐบาล แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายมียุทธศาสตร์สำคัญเพื่อประสานงานร่วมกับองค์กรกีฬา มีวัตถุประสงค์ทั้งต่อการสร้างโอกาสแก่การมีกิจกรรมทางกายเพื่อเป็นกิจกรรมทางเลือกหนีจากปัญหาเสพติด เช่น กีฬา 3 วัย กิจกรรมเครือข่ายผู้นำเยาวชนช่วงปิดเทอม เป็นต้น และเพื่อสร้างเครือข่ายองค์กรกีฬาไม่รับการอุปถัมภ์จากอุตสาหกรรมหรือธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ ตามมติกรม (เมื่อ 29 กรกฎาคม 2546) ว่าด้วยกีฬาสถานบันการศึกษา กีฬาระดับชาติต้องปลอดโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีข้อเสนอ: ให้สสส. จัดสรรงบประมาณสนับสนุนการจัดแข่งขันกีฬาในสถาบันการศึกษา การแข่งขันกีฬาระดับชาติในจำนวนไม่น้อยกว่าเดิม ในช่วงระยะเวลาดังกล่าวเกิดผลงานสำคัญ อาทิ ในปี 2552 แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย สสส. ร่วมกับ องค์การสหประชาชาติ จัดกิจกรรม “รวมพลังออกกำลังกายสู้หวัด 2009” โดยมีนายกรัฐมนตรี เป็นประธานในพิธีเปิดงานวิ่งวันสหประชาชาติ (UN Day Run 2009) ณ บริเวณหน้าอาคารสหประชาชาติ ถนนราชดำเนิน กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2552 ถือเป็นจุดเริ่มต้นของ

การใช้กิจกรรมเดิน-วิ่ง เป็นเครื่องมือในการรณรงค์ร่วมประเด็นอื่นๆ และงานนี้เป็นจุดเริ่มต้นการจัดกิจกรรม Thaihealth Day Run สสส. อีกด้วย

ระยะที่ 2 พ.ศ.2554 – 2563 จากการที่ประเทศไทยร่วมลงนาม Toronto Charter for Physical Activity: A Global Call for Action ณ ประเทศแคนาดา ร่วมกับอีก 55 ประเทศทั่วโลก เมื่อปี 2553 สำนักสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ สสส. ในฐานะผู้แทนหนึ่งที่ได้เข้าร่วมการลงนามในสนธิสัญญาดังกล่าว ซึ่งในขณะนั้นฐานข้อมูลและองค์ความรู้กิจกรรมทางกายยังไม่กว้างขวางนัก องค์การอนามัยโลกจึงได้พัฒนาเครื่องมือติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์การมีกิจกรรมทางกาย Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) ขึ้น แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย สสส. จึงได้สนับสนุนให้เกิดการพัฒนากระบวนการติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทยขึ้น โดยมีเป้าหมายให้ เป็นจุดเริ่มในการรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบการตัดสินใจทางนโยบายในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาให้เกื้อหนุนข้อมูลการเฝ้าระวังสถานการณ์การมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ การพัฒนาองค์ความรู้สนับสนุนกิจกรรมและนวัตกรรม เพื่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง

ในขณะเดียวกันแผนฯ ได้มุ่งเน้นการสรรค์สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย เนื่องจากปัจจัยแวดล้อมในการอยู่อาศัย มีอิทธิพลอย่างมากในการกำหนดพฤติกรรมทางสุขภาพ และความกระฉับกระเฉงในวิถีชีวิตของปัจเจกบุคคลและทั้งสังคม ซึ่งสัมพันธ์ส่งผลโดยตรงต่อความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้คน นำไปสู่การพัฒนาส่วนงานพื้นที่สุขภาพที่เน้นให้เกิดการบูรณาการความร่วมมือขององค์กรด้านสุขภาพ และองค์กรภายนอกสุขภาพ (non-health sectors) ทั้งการผังเมือง การคมนาคมและสัญจร สิ่งแวดล้อม การศึกษา วัฒนธรรม และท้องถิ่น เพื่อให้เกิดสร้างเสริมสุขภาวะที่ต่ออย่างยั่งยืนในสังคมไทย และปัจจุบันเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อน “NCD Global Monitoring Framework 9 Voluntary Targets” ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งประเด็นสำคัญที่แผนฯ จะร่วมผลักดันให้บรรลุตามเป้าหมาย คือ ลดการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอลงร้อยละ 10 และลดตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ได้อีก 25 ภายในปี ค.ศ. 2025 ในฐานะที่ประเทศไทยเป็นประเทศสมาชิกตามข้อตกลงขององค์การอนามัยโลก

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

นอกจากนี้ แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย สสส. มีบทบาทในการร่วมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ให้เกิดแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573 (แผนชาติ) รวมไปถึงการร่วมดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) นอกจากนี้การดำเนินงานขับเคลื่อนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในช่วงระยะนี้เกิดกระแสค่านิยมในการมีกิจกรรมทางกาย ไม่ว่าจะเป็น

วิสัยทัศน์ใหม่ที่สร้างกระแสการมีกิจกรรมกายด้วยการวิ่งอย่างกว้างขวาง ก่อให้เกิดอุตสาหกรรมการจัดกิจกรรม และการท่องเที่ยวเชิงกีฬาเพิ่มขึ้น ทำให้สถานการณ์มีกิจกรรมทางกายเพียงพอของไทยในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จนกระทั่งในปี 2563 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่เกิดขึ้นได้ส่งผลกระทบต่อสังคม ในทุกมิติรวมถึงพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกาย สสส. และภาคีทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ วิชาการ และภาค ประชาสังคมต่าง ๆ ได้เร่งดำเนินการรณรงค์และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ในการ ป้องกันโรค สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพ ตลอดจนส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายที่บ้าน (Fit from Home) ด้วยวิธีการต่าง ๆ โดยมีประชาชนถึงร้อยละ 82.8 ที่ได้รับความรู้ ข่าวสารที่รณรงค์และ สนับสนุนโดย สสส. และภาคี โดยเฉพาะกลุ่มประชาชนที่ได้มีการรับข้อมูล ข่าวสาร แนวทางการมีกิจกรรมทาง กายที่บ้าน จะมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมากกว่ากลุ่มประชาชนที่ไม่ได้รับข่าวสารถึง 1.445 เท่า (ข้อมูลการ สำรวจพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมอื่นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 โดยศูนย์ พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค) ต่อมาในปี 2564 ซึ่งเป็นช่วงที่ประชากรทุกกลุ่ม เริ่มเข้าสู่ระยะการปรับตัว รับรู้ข้อมูลข่าวสาร แนวทางในการปฏิบัติตัว และเริ่มกลับมาดำเนินชีวิตทั้งการเรียน การทำงาน การมีกิจกรรมต่าง ๆ นอกบ้าน แต่ยังไม่เพียงพอสำหรับการฟื้นฟูสถานการณ์ให้กลับมาเป็นปกติ ใดๆก็ดี จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนของการหาแนวทางในการดำเนิน นโยบายเพื่อฟื้นระดับกิจกรรมทางกายของประชากรไทยให้กลับคืนสู่ระดับปกติ ซึ่งผลจากการฉายภาพ สถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของกิจกรรมทางกายประเทศไทย โดยศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้าน กิจกรรมทางกายประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ชี้ให้เห็นว่า การ เปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ด้านกิจกรรมทางกายของประเทศไทยในภาพรวมจะมีแนวโน้มที่ดีขึ้นตามลำดับ ทว่าความเร็วในการฟื้นตัวของสถานการณ์จะขึ้นอยู่กับจุดคานงัดที่สำคัญคือ ทิศทางและจุดเน้นในการ ดำเนินการทางนโยบายในระดับประเทศ นั่นคือ หากจำลองสถานการณ์การฉายภาพความเป็นไปได้ในอีก 10 ปีข้างหน้า ออกเป็น 3 กรณี ดังรายละเอียดต่อไปนี้ กรณีที่ 1 หากใช้วิธีการรณรงค์และดำเนินการทางนโยบาย ในลักษณะเดียวกันกับที่เคยดำเนินการมาก่อนหน้าที่จะเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การ เพิ่มขึ้นของระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของคนไทยจะค่อยๆ เป็นไปอย่างช้า ๆ ตามช่วงระยะเวลา แต่จะมีช่วงบางปีที่มีการแกว่งตัวขึ้นลงอยู่บ้างด้วยปัจจัยความไม่คงที่ของการส่งเสริมกิจกรรม กรณีที่ 2 หากมี การรณรงค์ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โดยคิดค้นนวัตกรรมใหม่ที่สามารถเข้าถึงและส่งเสริมให้ประชากรไทย สามารถมีกิจกรรมทางกายได้ แม้จะอยู่ในช่วงระหว่างสถานการณ์วิกฤตและการแพร่ระบาด เช่น การรณรงค์ เรื่องแนวทางการมีกิจกรรมทางกายที่บ้าน (Fit from Home) กรณีที่ 3 หากมีการระดมสรรพกำลังของภาคี ต่าง ๆ ทั้งภาคประชาสังคม ภาควิชาการ และภาคนโยบายในการร่วมดำเนินนโยบายแบบหลากหลาย และ ครอบคลุมทั้งมิติของตัวบุคคล พื้นที่สุขภาวะ สังคมสุขภาวะ การพัฒนาความร่วมมือแบบเครือข่ายสหสาขา วิชาชีพ หลากหลายหน่วยงาน (multi-disciplinary) เพื่อร่วมขับเคลื่อนนโยบายด้านกิจกรรมทางกาย นอกจากจะเป็นการดำเนินงานที่สอดคล้องกับมาตรการระดับสากลแล้ว การมุ่งเน้นพัฒนาระบบสนับสนุนและ นวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพเพื่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โดยระบบจะสนับสนุนทั้งในแง่ของข้อมูล องค์ ความรู้ ชุดความรู้ต้นแบบ นวัตกรรม ที่แผนส่งเสริมมีต้นทุนการดำเนินงานที่พร้อมจะฟื้นฟูการมีกิจกรรมทาง กายเพียงพอให้กลับมาโดยยุทธศาสตร์ดังกล่าวนี้มุ่งเน้นให้เกิดผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินงานให้สนับสนุนและ สอดคล้องกับห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome) ตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)

อนึ่ง ผลจากการดำเนินงานทางนโยบายด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของประเทศไทยในช่วง ระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 นี้ ได้สร้างการรับรู้ถึงการให้ความสำคัญในการใช้การส่งเสริมกิจกรรม

ทางกายและการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเป็นปัจจัยป้องกันการติดเชื้อและความรุนแรงของอาการในกลุ่มประชากรไทย ตลอดจนการเร่งพัฒนาองค์ความรู้และแนวทางการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในบริบทของการแพร่ระบาด ส่งผลให้ทางองค์การอนามัยโลกได้รับทราบและยกให้นวัตกรรมการทำงานของ สสส. เป็นหนึ่งในนวัตกรรมด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่สร้างผลกระทบต่อสังคม Innovative financing to scale physical activity and impact ดังปรากฏในเอกสาร Fair Play: Building a strong physical activity system for more active people

3. นิยามเชิงปฏิบัติการ

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

2) พฤติกรรมเนือยนิ่ง (sedentary behavior) หมายถึง กลุ่มของพฤติกรรมในขณะตื่น ที่มีการใช้พลังงานต่ำในระดับ ≤ 1.5 METs มักเกิดขึ้นระหว่างการทำอะไรหรือนอน เช่น การนั่งหน้าจอโทรทัศน์หรือคอมพิวเตอร์นานเกินไป การนั่งทำงานนานเกินไป ในระดับสากลใช้เกณฑ์การมีพฤติกรรมเนือยนิ่งติดต่อกันเกิน 2 ชั่วโมง ถือว่ามีความเสี่ยงต่อสุขภาพ และเมื่อสะสมทั้งวันแล้ว ไม่ควรเกินกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน

3) สิ่งแวดล้อมสรรค์สร้างหรือพื้นที่สุขภาพ (built environment or healthy space) หมายถึง เงื่อนไขทางกายภาพที่เป็นสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้าง ทั้งในบริเวณเปิดโล่งและในอาคาร ซึ่งเกี่ยวข้องกับการผังเมือง ระบบขนส่งสาธารณะ การใช้ประโยชน์พื้นที่ทั้งในพื้นที่สาธารณะ พื้นที่เอกชน รวมไปถึงสถานที่ทางธรรมชาติ ที่ได้รับการออกแบบ หรือการจัดการเพื่อสนับสนุนการสร้างโอกาสการมีกิจกรรมทางกายอย่างเท่าเทียมภายใต้กฎระเบียบข้อตกลงร่วมกัน อาทิ สนามเด็กเล่น ทางเท้า พื้นที่ชุมชน หรือพื้นที่อุทยานทางธรรมชาติ เป็นต้น

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

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

จุดเน้นของแผน

การจัดทำแผนหลักระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) ของแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย มีการกำหนดทิศทางการดำเนินงานให้เป็นไปตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ของ สสส. และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ระดับชาติ พร้อมทั้งจากสถานการณ์ปัจจุบัน ที่ประชากรไทยทุกกลุ่มวัยมีระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอลดลง ร่วมกับพฤติกรรมเนือยนิ่งสูงขึ้น แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายในช่วง 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) จึงมีเป้าหมายที่สำคัญเพื่อฟื้นฟูระดับการมีกิจกรรมทางกายของคนไทยทุกช่วงวัยและทุกระดับให้กลับคืนมาโดยกำหนดค่าเป้าหมายในการทำงานอ้างอิงตามค่าเป้าหมายทั้งในระดับชาติ และนานาชาติตามข้อตกลงที่ประเทศไทยตกลงไว้ในสนธิสัญญาและแผนเชิงยุทธศาสตร์ต่าง ๆ รวมไปถึงกระตุ้นการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของคนไทย โดยมุ่งเน้นการทำงานให้มีความสอดคล้องและสนับสนุนการปรับตัวต่อวิถีชีวิตใหม่ของคนไทยหลังสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 และเตรียมพร้อมสู่การใช้ชีวิตอย่างมีความสุขที่ดี โดยกำหนดจุดเน้นการดำเนินงานของแผนฯ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ส่งเสริมการรณรงค์สร้างการรับรู้ ความตระหนัก และค่านิยมในระดับสาธารณะด้านการมีกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพในสังคมไทย โดยเน้นการสื่อสารรณรงค์เพื่อสร้างการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายผ่านทางการสื่อสารในระดับสาธารณะ การสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อและช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและได้ผลในระดับกว้าง เพื่อให้ประชาชนมองเห็นถึงคุณค่าและประโยชน์ทั้งทางตรงและทางอ้อมของการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ก่อให้เกิดบรรยากาศ ค่านิยมและวัฒนธรรมของสังคมที่ให้ความสำคัญกับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ

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

3. หนุนเสริมการขยายผลแนวทางการจัดมหกรรมกีฬามวลชนสุขภาพที่มีมาตรฐาน ปลอดภัย ปลอดโรค เพื่อรองรับวิถีชีวิตใหม่ (next normal) โดยเน้นการสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคีผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดมหกรรมกีฬามวลชนเพื่อสุขภาพในการนำใช้และขยายผลแนวทางการจัดการที่เป็นมาตรฐาน ปลอดภัย ปลอดโรค อันจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ส่งเสริมกิจกรรมทางกายได้เพิ่มมากขึ้น

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

5. จุดประกายให้ชุมชนเป็นผู้ริเริ่มในการออกแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับประชากรกลุ่มที่มีการเคลื่อนไหวน้อยในชุมชนของตนอย่างเสมอภาค และให้ความสำคัญกับกระบวนการความร่วมมือของทุกภาคส่วนในชุมชน โดยเน้นให้หน่วยงาน องค์กร และทุกภาคส่วนในระดับชุมชนเป็นผู้ริเริ่มในการสร้างสรรค์ ออกแบบ ร่วมลงทุนและดำเนินการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่มีความเหมาะสมกับความต้องการและบริบทแวดล้อมของชุมชนตนเอง เริ่มตั้งแต่ในเรื่องของการให้ความรู้ความเข้าใจ การสร้างบรรยากาศในชุมชน การพัฒนาพื้นที่สาธารณะ การส่งเสริมกิจกรรมและบริการทางสุขภาพที่สนับสนุนการมี

กิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ มีการวิเคราะห์และให้ความสำคัญกับกลุ่มประชากรที่เป็นกลุ่มเคลื่อนไหวน้อย อาทิ เด็กและเยาวชน ผู้หญิง กลุ่มผู้ป่วย NCDs กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ รวมถึงกลุ่มอื่นๆ ที่มีการเคลื่อนไหวน้อยในพื้นที่

6. ส่งเสริมการพัฒนา ขยายผลต้นแบบสถานประกอบการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง โดยเน้นการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อสร้างต้นแบบ ตลอดจนกระบวนการ และกลไกการขยายผลต้นแบบสถานประกอบการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง ที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้พนักงาน บุคลากร ในหน่วยงานได้มีโอกาสในการมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมด้านสุขภาพ เกิดการดำเนินการในการสร้างพื้นที่ที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย และมีกิจกรรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสมตามบริบทของการทำงาน โดยผู้บริหารและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายขององค์กร

7. พัฒนาพื้นที่สาธารณะที่ประชาชนเข้าถึงได้ สานพลังการพัฒนาต้นแบบพื้นที่ขนาดเล็กละแวกบ้านเพื่อรองรับการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตวิถีใหม่ (next normal) รวมถึงการยกระดับการออกแบบเมืองเพื่อสนับสนุนการเดินเท้าและปั่นจักรยาน โดยเน้นประสานความร่วมมือระหว่างภาคีนโยบาย วิชาการ และประชาสังคม โดยให้การสนับสนุนข้อมูลประกอบการตัดสินใจ และนวัตกรรมต้นแบบที่มีประสิทธิภาพ เพื่อร่วมหารือและดำเนินการให้เกิดการออกแบบพัฒนาต้นแบบพื้นที่สาธารณะขนาดเล็กในละแวกบ้านในรูปแบบที่เหมาะสมกับพื้นที่ การปรับสภาพและลักษณะเชิงกายภาพของเมืองเพื่อสนับสนุนการเดินเท้าและปั่นจักรยาน ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงและเพิ่มโอกาสการมีกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพของประชากรอย่างครบมิติ

8. ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการออกแบบและผลักดันนโยบายสาธารณะในระดับประเทศด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพและลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ร่วมกับหน่วยงานหลักทั้งในและนอกภาคสุขภาพ โดยเน้นการร่วมกำหนดประเด็นทางนโยบายอย่างมีส่วนร่วม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อยืนยันประสิทธิผลของนโยบาย การพัฒนากระบวนการผลักดันเชิงนโยบายเพื่อให้สามารถนำไปสู่การดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม

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

เป้าหมายและตัวชี้วัดการดำเนินงาน

สัดส่วนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมกับ สสส. และภาคีเครือข่าย มีกิจกรรมทางกายเพียงพอเพิ่มขึ้น

1. ตัวชี้วัด

1.1. ความชุกการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอในกลุ่มเป้าหมายที่ร่วมกิจกรรมกับ สสส. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 71 ในปี 2570

- 1.2. ระยะเวลาเฉลี่ยของการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งของประชากรกลุ่มเป้าหมายลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับปีฐาน (ระยะเวลาเฉลี่ยการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งของประชากรไทย ปี 2564 อยู่ที่ 14.27 ชั่วโมงต่อวัน)
- 1.3. ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย สสส. เกิดความรอบรู้ด้านกิจกรรมทางกาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 55 ในปี 2570
- 1.4. ความร่วมมือการขับเคลื่อนนโยบายและกระบวนการติดตามประเมินผลนโยบายการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573
- 1.5. นโยบายสาธารณะด้านพื้นที่สุขภาวะ และพื้นที่สุขภาวะรูปธรรมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายที่ประชาชนเข้าถึงและขยายผลได้

วัตถุประสงค์

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

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

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

1) Active People: ส่งเสริมให้คนกระฉับกระเฉง ผ่านการส่งเสริมความรู้ ความตระหนัก และโอกาส เพื่อให้บุคคลทุกกลุ่มและทุกช่วงวัย มีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ โดยส่งเสริมและกระตุ้นปัจจัยภายในตัวบุคคลให้มีความรอบรู้ทางกาย (physical literacy) และความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ในการออกแบบและสร้างโอกาสในการมีกิจกรรมทางกายในวิถีชีวิตที่เหมาะสมตามช่วงวัย

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

3) Active Society: สังคมกระฉับกระเฉง เป็นการสร้างค่านิยมของสังคมที่เห็นและเข้าใจถึงประโยชน์ของการมีกิจกรรมทางกาย และการยกระดับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดบรรทัดฐานของสังคมที่กระฉับกระเฉงไม่เนือยนิ่ง โดยการสรรสร้างปัจจัยเอื้อและสนับสนุนให้เกิดการเชื่อมต่อระหว่าง

ปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยสภาพแวดล้อมภายนอกอย่างเหมาะสมตามบริบทสังคม กระทั่งกลายเป็นสังคมสุขภาวะ (healthy society) ที่มีการรับรู้ ทราบถึงประโยชน์ และค่านิยมในการให้ความสำคัญกับการใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉงไม่น้อยขึ้น

ขณะเดียวกัน เพื่อเป็นการสนับสนุนให้กระบวนการทำงานตามประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ข้างต้น ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายจึงได้มีการออกแบบระบบสนับสนุน (Active System) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาาระบบสารสนเทศ และนวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพเพื่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง โดยการพัฒนางานองค์ความรู้ งานวิจัย นวัตกรรม และฐานข้อมูลสำคัญ ประกอบกับสนับสนุนให้เกิดกลไกเพื่อพัฒนานโยบายหรือมาตรการระดับชาติและท้องถิ่น ไปพร้อมกับแนวทางการขับเคลื่อนขยายผลนโยบาย รวมทั้งแผนการสื่อสารรณรงค์สาธารณะเพื่อสร้างบรรทัดฐานและค่านิยมในสังคมให้ประชาชนมีวิถีชีวิตที่กระฉับกระเฉง

กรอบแนวคิดเชิงยุทธศาสตร์แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (conceptual framework)



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

กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

สามารถแบ่งกลุ่มเป้าหมายออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

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

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

แนวทางดำเนินงาน

1. การสนับสนุนภาคีภาคนโยบาย ประชาสังคม และวิชาการในการเร่งรัดรณรงค์ เพื่อสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก และการทราบถึงประโยชน์ของการมีกิจกรรมทางกายทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อให้เกิดบรรทัดฐานของสังคมที่กระฉับกระเฉงไม่เนือยนิ่ง
2. การส่งเสริมและทำงานร่วมกับภาคีเชิงยุทธศาสตร์ระดับกระทรวงเพื่อยกระดับแนวทางการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในวิถีชีวิตแบบ next normal ในประชากรทุกกลุ่ม
3. การพัฒนาและขยายผลต้นแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในพื้นที่ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชากรทุกกลุ่มวัย เพื่อให้เกิดโอกาสในการเข้าถึงและมีประสบการณ์ตรงในการมีกิจกรรมทางกายในระดับวิถีชีวิต
4. การสนับสนุนให้เกิดการพัฒนากระบวนการสนับสนุนการทำงานด้านส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในแง่มิติของฐานข้อมูล งานวิจัย นวัตกรรม กลไกการขับเคลื่อนนโยบาย รวมถึงการวิเคราะห์ และจัดการความเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลง และอุบัติการณ์ในสังคม

งบประมาณ

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

10. แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา

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

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

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

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

นอกจากนี้ แผน 10 ยังมีบทบาทสนับสนุนแผนระดับรองที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสื่อและสุขภาวะทางปัญญา ที่สำคัญคือ แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาวฯ แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580) กระบวนการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ แผนการเสริมสร้างการเรียนรู้เท่าทันสื่อออนไลน์ในเด็กและเยาวชน โดยคณะกรรมการการพัฒนาศักยภาพ และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา (ข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องการพัฒนาและขยายสื่อที่ดีสำหรับเด็ก เยาวชน และครอบครัว การสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้และเสริมสร้างการเรียนรู้เท่าทันสื่อสำหรับเด็ก และเยาวชน การผลักดันกฎหมายว่าด้วยการกระทำความผิดต่อเด็กผ่านสื่อออนไลน์)

2. การดำเนินงานที่ผ่านมา

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

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

3. วิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับบริบทการจัดทำแผนหลัก

สถานการณ์ระดับโลกยังคงเต็มไปด้วยความผันผวน (Volatility) ไม่มีความแน่นอน (Uncertainty) ซับซ้อน (Complexity) คลุมเครือ (Ambiguity) หรือ VUCA และยุคแห่งการเปลี่ยนผ่านทางเทคโนโลยี (disruptive technology) ได้นำไปสู่ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญาในระยะ 5 ปี จากนี้ไปอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง ร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ ที่สำคัญดังนี้

1. สถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา

ด้านสังคม – นับตั้งแต่ปี 2565 โครงสร้างประชากรของประเทศไทยได้ก้าวสู่ “สังคมสูงวัยสมบูรณ์” โดยมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ในอัตราร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมด นอกจากนี้ ยังปรับเปลี่ยนไปสู่การเป็น “สังคมพหุวัฒนธรรม” อย่างรวดเร็ว ทั้งในโลกกายภาพและโลกออนไลน์ สภาพเช่นนี้ส่งผลกระทบต่อความเป็นไปในสังคมทุกด้าน และกระทบต่อบทบาท ภาระหน้าที่ วิถีชีวิต ค่านิยม และวัฒนธรรมของ

คนทุกวัย ทำให้สมรรถนะในการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์เท่าทันความเปลี่ยนแปลงอันรวดเร็วของยุคสมัย เพื่อให้สามารถรักษาสมดุลทั้งทางกายและใจ และสานสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมให้ดำเนินไปอย่างเป็นปกติสุขและเกื้อกูลกัน กลายเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับคนทุกวัยในการดำรงตนอย่างมีสุขภาวะ

ด้านเศรษฐกิจ – ความเหลื่อมล้ำทางรายได้ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยมายาวนานได้ทวีความรุนแรงยิ่งขึ้นหลังเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งยืดเยื้อจนคาดว่าจะอาจนานถึง 5 ปี และมีแนวโน้มที่จะเป็นภัยคุกคามที่สำคัญ ด้วยปัญหาเศรษฐกิจซบเซาต่อเนื่อง ภาวะเงินเฟ้อ การเกิดสงคราม ฯลฯ ทำให้กลุ่มประชากรที่มีรายได้น้อยและเปราะบางเสี่ยงต่อการสูญเสียสุขภาวะ เพราะขาดโอกาสเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การมีทักษะที่จำเป็นสำหรับดำรงชีวิตได้อย่างเท่าทันการเปลี่ยนแปลงของโลก เพิ่มสัดส่วนขึ้น

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

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

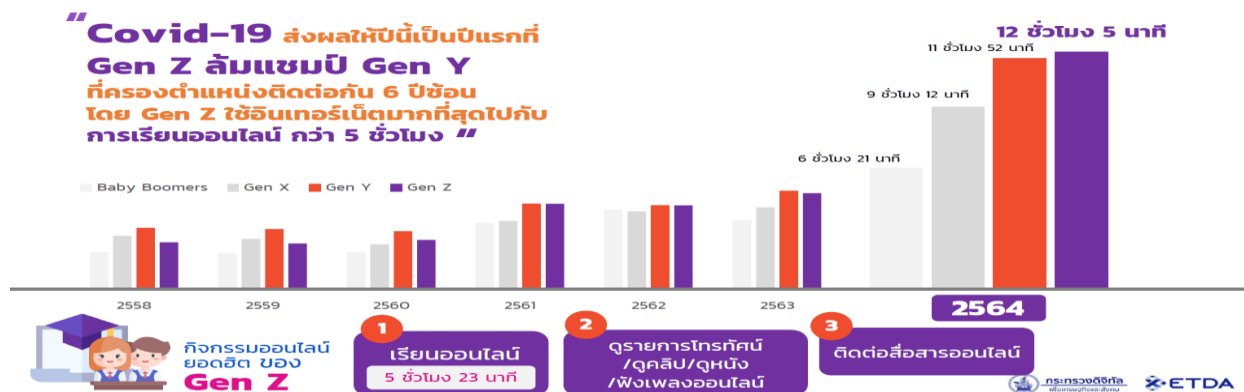
2. สถานการณ์ของระบบสื่อและสุขภาวะทางปัญญา

ท่ามกลางระบบสื่อที่ควรรวมทั้งสื่อกายภาพและสื่อออนไลน์อย่างสิ้นไหลและเชื่อมเข้ามาบรรจบกัน (convergence) ซึ่งเป็นประสบการณ์ใหม่ของคนในสังคม ปัญหาของระบบสื่อและสิ่งที่คุกคามสุขภาวะทางปัญญาที่เกิดสืบเนื่องมายังคงดำรงอยู่และแสดงผลให้เห็นชัดเจนมากยิ่งขึ้น อย่างเช่น สภาพเสมือน “ดาบสองคม” ของสื่อยุคใหม่ที่เพิ่มพลังอำนาจให้แก่ทุกคนในการเรียนรู้ พัฒนาตนเอง และเข้าร่วมมีบทบาทในการกำหนดความเป็นไปของสังคม นำไปสู่การเสริมสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือระหว่างคนจำนวนมากที่มีแนวคิดและความสนใจร่วมกันได้แบบไร้พรมแดน สะดวก รวดเร็ว โดยทำลายอุปสรรคด้านพื้นที่และเวลา (space & time) อันเป็นข้อจำกัดของโลกกายภาพได้อย่างสิ้นเชิง แต่ขณะเดียวกัน ปัญหาจากการขาดระบบกำกับควบคุมและกลไกเฝ้าระวังเนื้อหาอันตรายในสื่อดิจิทัลยังส่งผลกระทบต่อที่รุนแรง ขณะที่ประชาชนยังขาดทักษะเท่าทันสื่อสมัยใหม่ (Media Information and Digital Literacy: MIDL) และความรอบรู้การใช้สื่อเพื่อสุขภาวะ (health literacy) ร่วมด้วยปัญหาความขัดแย้งแบ่งขั้วแบ่งฝ่าย ความขัดแย้งทางความคิดของผู้คนแต่

ละช่วงวัย อันส่งผลต่อความสัมพันธ์ในสถาบันครอบครัว ความเหลื่อมล้ำทางสังคมและสุขภาพ "ช่องว่างทางดิจิทัล" (digital divide) ซึ่งเป็นความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงสารสนเทศและความรู้ และวิธีการเรียนรู้ของคนไทยที่ก้าวไม่ทันการเปลี่ยนแปลงของโลกในศตวรรษที่ 21

ท่ามกลางสภาพปัญหาและความไม่สมดุลในระบบสื่อที่นำไปสู่ความเสี่ยงต่อสุขภาวะดังกล่าว คนไทยยังถูกเร่งให้เข้าไปสู่ระบบนิเวศสื่อที่ตนเองไม่รู้เท่าทันและเสี่ยงต่อการถูกคุกคามโดยยากจะหลีกเลี่ยง เพราะความจำเป็นที่ต้องรักษาระยะห่างทางสังคมเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคระบาด

“ชีวิตวิถีใหม่” (new normal) ที่ผลักดันให้คนไทยทุกวัยต้องดำเนินกิจกรรมแทบทุกด้านผ่านช่องทางสื่อออนไลน์ ทั้งด้านการเข้าถึงสวัสดิการต่าง ๆ ของรัฐ การเรียนหนังสือ การทำงาน การจับจ่ายใช้สอย และสนทนากัน ส่งผลให้จำนวนคนไทยที่ใช้อินเทอร์เน็ตในปี 2565 สูงยิ่งกว่าที่เคยเป็นมา คือสูงถึง 64 ล้านคน หรือ ร้อยละ 85 ของประชากรทั้งหมด คนทุกวัยใช้เวลาในสื่อนี้มากขึ้น เฉลี่ย 10 ชั่วโมง 36 นาทีต่อวัน โดยเด็กและเยาวชนใช้เวลาเฉลี่ย 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ขณะที่ปกติไม่ควรเกิน 16 ชั่วโมงต่อสัปดาห์⁶⁷ กลุ่ม “เจน Z” ซึ่งเกิดระหว่างปี 2540-2555 (อายุ 10-25 ปี) เป็นกลุ่มที่ใช้เวลากับสื่อออนไลน์มากที่สุด



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

อย่างไรก็ตาม คนทุกวัยยังไม่ตระหนักถึงสถานภาพใหม่เมื่อเข้าสู่ระบบสื่อยุคใหม่ในฐานะ UGC ทั้งต่อพลังอำนาจและความเสี่ยงดังกล่าว เพราะขาดโอกาสรับรู้และเรียนรู้ทักษะ ที่จะทำให้พร้อมสำหรับการรู้เท่าทันต่อการเป็นผู้ผลิตสื่อ ผู้ใช้สื่อ และผู้เผยแพร่สื่ออย่างมีสุขภาวะ

ในสภาพที่ขาดความรู้เท่าทันดังกล่าว ปัจจุบันคนไทยทุกวัยดำเนินกิจกรรมอยู่ในระบบนิเวศสื่อที่ขาดสมดุลและเสี่ยงต่อสุขภาวะทุกมิติ ทั้งที่ผู้อื่นสร้างและที่ตนเองสร้างขึ้นโดยไม่ทันรู้ตัว จนทำให้เกิดการแพร่ระบาดของข้อมูลเท็จ (infodemic) การใช้ถ้อยคำรุนแรงนำไปสู่ความเกลียดชัง (hate speech) การกลั่นแกล้ง (cyber bullying) การล่อลวง บ่อนปนออนไลน์ สื่ออนาจาร สินค้าผิดกฎหมายและเป็นอันตรายต่อ

⁶⁷ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2565). “รายงานสุขภาพคนไทย 2565: ครอบครัวไทยในวิกฤตโควิด-19”. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

สุขภาพ อย่างเช่น บุหรี่ไฟฟ้า ฯลฯ ขณะเดียวกัน จรรยาบรรณที่กำกับควบคุมการทำหน้าที่ของสื่อมวลชนมืออาชีพก็ไม่สามารถถ่วงดุลในระบบนิเวศสื่อยุคปัจจุบันและนับจากนี้ได้ เพราะสื่อมวลชนไม่ได้เป็นผู้ผูกขาดการผลิตสื่ออีกต่อไป แต่ผู้ผลิตสื่อที่ทรงอิทธิพลกลายเป็นคนธรรมดาในฐานะ UGC ที่แสดงบทบาทเป็น “สื่อ” บนพื้นที่ (platform) ที่เข้าถึงมวลชนจำนวนมากได้อย่างรวดเร็วฉับพลัน โดยพ้นจากการกำกับดูแลด้วยกรอบจรรยาบรรณสื่อ

กลไกกำกับดูแลความปลอดภัยในระบบสื่อที่เต็มไปด้วยความเสี่ยงดังกล่าวยังก้าวตามความเปลี่ยนแปลงไม่ทัน และทำงานแบบแยกส่วนขาดการเชื่อมต่อ จนไม่สามารถแจ้งเตือนภัย ปกป้องผู้ใช้สื่อ หรือจัดการกับผู้ที่จะละเมิดจริยธรรมในระบบสื่อได้อย่างทั่วถึงและเท่าทันสถานการณ์ ขณะที่สารที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วจนมีปริมาณมหาศาล กระจายอยู่ในระบบนิเวศสื่อย่อย ๆ (micro-ecosystem) ที่เกิดขึ้นตามกลุ่มวัย รสนิยมเฉพาะ (segmented) จนสุดท้ายที่จะกำกับควบคุมด้วยนโยบายหรือกลไกที่จัดการแบบแนวตั้ง (top down) ได้อีกต่อไป

ในระบบนิเวศสื่อดังกล่าว คนทุกช่วงวัยต่างกำลังประสบกับความเสี่ยงต่อสุขภาพ ในจำนวนนี้กลุ่มเด็ก เยาวชน และผู้สูงวัยเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการถูกคุกคามมากที่สุด โดยเด็กอายุ 9-12 ปี เคยพบการกลั่นแกล้งในโลกออนไลน์ (cyber bullying) โดยเป็นทั้งผู้กระทำและเป็นเหยื่อจากการถูกกระทำโดยไม่รู้ตัว เคยถูกกลั่นแกล้งผ่านโลกออนไลน์ ร้อยละ 42 กลั่นแกล้งเพื่อนในโลกออนไลน์ ร้อยละ 26 เคยเห็นภาพโป๊เปลือย และเว็บไซต์การพนัน ร้อยละ 83⁶⁸ ผลการสำรวจเด็กวัย 6-18 ปี จำนวนกว่า 15,000 คน พบว่า ร้อยละ 61 มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเกมออนไลน์ เพราะเล่นเกมมากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน⁶⁹

คนไทยเกือบครึ่งมีประสบการณ์ถูกหลอกลวงในช่วง 1 ปีและประมาณ 2 ใน 5 ตกเป็นเหยื่อ การใช้โทรศัพท์เพื่อหลอกลวงมากกว่า 6.4 ล้านครั้ง และการหลอกลวงออนไลน์เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ โดยกลุ่มผู้สูงอายุเป็นเหยื่อที่มีมูลค่าความเสียหายสูงกว่าคนทุกช่วงวัย⁷⁰ และ ร้อยละ 16 ของผู้สูงอายุรู้ตัวว่าเคยถูกหลอกลวงจากการเปิดรับสื่อ⁷¹

พฤติกรรมการใช้สื่อในยุคแห่งการเข้าสู่โลกดิจิทัลอย่างสมบูรณ์ แม้ว่าคนทุกวัยสามารถเข้าถึงสื่ออินเทอร์เน็ตและมีจำนวนผู้ใช้อินเทอร์เน็ตที่ค่อนข้างสูง และใช้เวลากับสื่อออนไลน์มากขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ผู้ใช้อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 80.6 ระบุว่า ใช้ด้านความบันเทิง⁷² เว็บไซต์ที่คนไทยเข้าชมมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ Google YouTube Facebook Pantip และ Shopee โดยคำสืบค้น (keyword) ที่คนไทยใช้ค้นหาใน 5 อันดับแรกคือ **“หนัง หาย แพล ผลบอล และเพลง”** เหตุผลการใช้อินเทอร์เน็ตของคนไทยส่วนใหญ่ ระบุว่าเพื่อการค้นหาข้อมูล ร้อยละ 67.6 ใช้เพื่อติดตามข่าวสารและเหตุการณ์ต่าง ๆ ร้อยละ 64.1 ดูคลิปวิดีโอสตรีมมิง ทวี และหนัง ร้อยละ 60.8 ค้นหาไอเดียใหม่ ๆ และจุดประกายความคิด ร้อยละ 60.4 ฟังเพลง ร้อยละ

⁶⁸ ศรีดา ตันทะอธิพานิช. (2563). “การสำรวจสถานการณ์เด็กไทยกับภัยออนไลน์ ประจำปี 2563”. COPAT กรมกิจการเด็กและเยาวชน ร่วมกับมูลนิธิอินเทอร์เน็ตเพื่อการพัฒนาไทย. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอ็กซ์แอล อิมเมจจิง จำกัด.

⁶⁹ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2565).

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

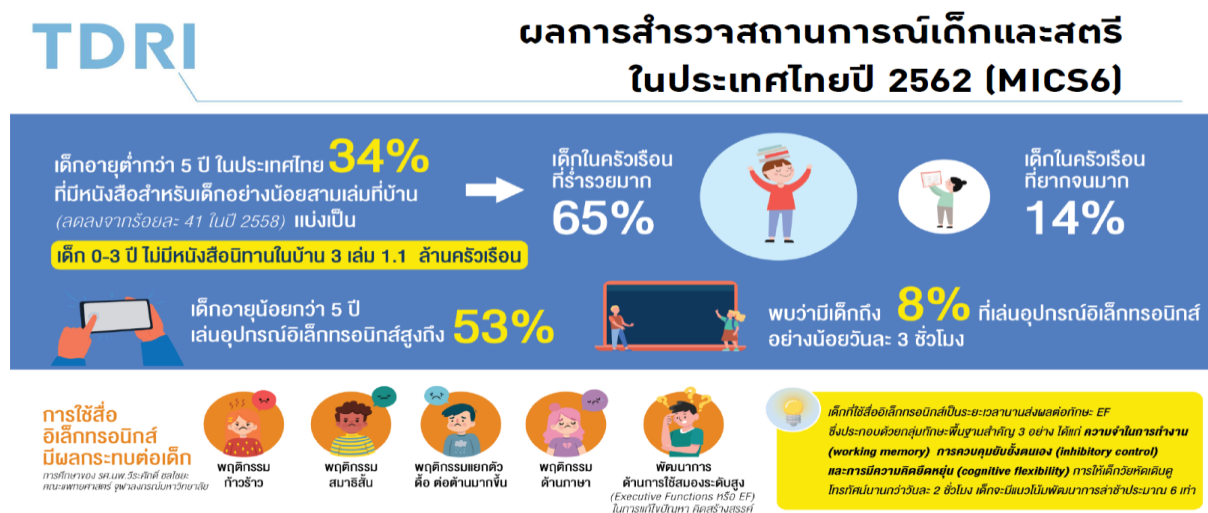
⁷¹ ศูนย์วิชาการด้านการรู้เท่าทันสื่อผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2565). “ผลสำรวจสถานการณ์และผลกระทบการใช้สื่อของผู้สูงอายุไทย”. มหาวิทยาลัยมหิดล

⁷² สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2565).

53.9 เล่นเกม ร้อยละ 48.1 ค้นข้อมูลทางธุรกิจ ร้อยละ 37.9 ด้านการศึกษาและการเรียนรู้ ร้อยละ 37.1 และการค้นหาเพื่อนใหม่ ร้อยละ 36.0⁷³

กิจกรรมในโลกออนไลน์ของคนไทยที่น่าสนใจ เช่น คนไทยติดอันดับสองของโลก ในการเล่นเกมจากทุกอุปกรณ์ ติดอันดับหนึ่งของโลกในการซื้อสินค้าออนไลน์เป็นประจำทุกสัปดาห์ ขณะที่ใช้สื่อออนไลน์เพื่อการศึกษาต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของโลก⁷⁴ นอกจากนี้ ยังพบว่าบ่อนพนันออนไลน์เติบโตแบบก้าวกระโดด คนร่วมเล่นพนันออนไลน์เพิ่มขึ้น ร้อยละ 136 วงเงินพนันออนไลน์เพิ่มขึ้นมากกว่า 4 เท่าตัวใน 400 เว็บไซต์พนันออนไลน์

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

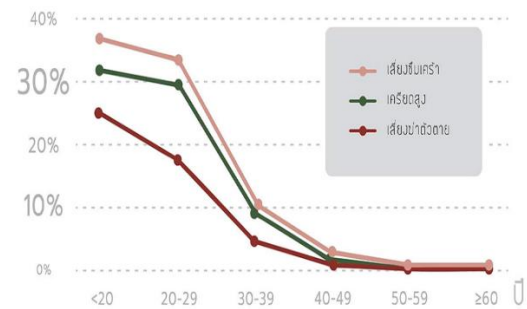
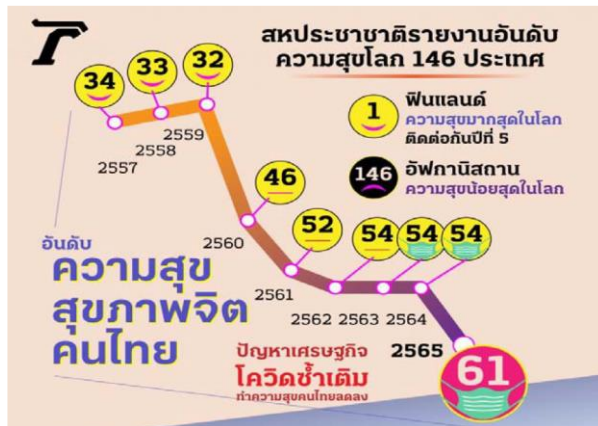


ด้านสุขภาวะทางปัญญา พบว่า อันดับประเทศที่มีความสุขของประเทศไทยลดลงอย่างเห็นได้ชัดจากอันดับ 34 ในปี 2559 ล่าสุด รายงาน World Happiness Report 2022 ระบุว่า ไทยเป็นประเทศที่มีความสุขเป็นอันดับที่ 61 จาก 146 ประเทศ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า ปัญหาสุขภาพจิต

⁷³ ธนาชาติ นุ่มนนท์. (2565). “ข้อมูลล่าสุด สถิติใช้ดิจิทัลในไทยจากรายงาน We are Social”. กรุงเทพฯธุรกิจ. เข้าถึงได้จาก <https://www.bangkokbiznews.com/columnist/989552>

⁷⁴ ธนาชาติ นุ่มนนท์. (2565).

ของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีพลังใจลดลง โดยคนไทยวัยแรงงานจำนวนมากอยู่ในสภาพหมดไฟ ไร้ความสุข โดยในปี 2565 มีผู้ที่ลาออกจากการมากกว่า 7.7 หมื่นราย ข้อมูลสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ระบุว่า ผู้ใช้บริการวัยแรงงานจำนวนมากขอรับบริการเรื่องความเครียด วิตกกังวล ไม่มีความสุขในการทำงาน⁷⁵ ขณะที่ ข้อมูลจากสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ยังชี้ให้เห็นว่า เยาวชนเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มเครียดสูงขึ้นมาก และสูงกว่าในกลุ่มวัยทำงานถึง 4 เท่า ขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุระบุว่า การเปิดรับสื่อในยุคปัจจุบันส่งผลกระทบเชิงลบในลักษณะของการเกิดความเครียดวิตกกังวลเพิ่มขึ้น เกิดความทุกข์ใจเพราะอยากได้อะไรมีมากขึ้น เกิดอคติต่อกลุ่มที่เห็นแตกต่างจากตนมากขึ้น และมีความเบื่อหน่ายต่อสังคมเพิ่มขึ้น⁷⁶



สถานการณ์จากการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ดำเนินมายาวนานกว่า 2 ปี ก่อผลกระทบต่องานจิตใจของคนทุกวัย นับตั้งแต่การเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 ของสมาชิกในครอบครัว ส่งผลทั้งต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจ สังคม รวมทั้ง สร้างบาดแผลและความเปราะบางให้แก่จิตใจของผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ จากการเผชิญกับความสูญเสีย คนที่รักและผูกพันอย่างฉับพลัน มาตรการเว้นระยะห่างเพื่อป้องกันโรคที่ทำให้ลดการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ยาวนาน และเศรษฐกิจที่ฝืดเคืองจะดำเนินไปในทิศทางถดถอยลงเป็นเหตุให้คนจำนวนมากรู้สึกโดดเดี่ยว เครียด เศร้าหมอง สิ้นหวัง ซึ่งส่งผลต่อสภาพจิตใจในระยะยาวได้ ขณะที่การเรียนออนไลน์ที่บ้านยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของเด็กและเยาวชน จนผู้เชี่ยวชาญต้องออกคำแนะนำให้ผู้ปกครองเรียนรู้และปรับตัวไปพร้อมกับเด็ก และมีวิธีสื่อสารเชิงบวกเพื่อไม่ให้นับทอนกำลังใจและสร้างความกดดันหรือเพิ่มความเครียด เพราะอาจส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีปัญหาสุขภาพจิต นอกจากนี้ การส่งเสริมการเรียนรู้ในช่องทางอื่น ๆ เช่น ชวนลูกอ่านหนังสือร่วมกัน พาลูกไปช่วยเหลือเพื่อนบ้านหรือชุมชนใกล้เคียง เช่น บริจาคสิ่งของที่เป็น หรือบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ตามกำลังที่ทำได้ ฯลฯ จะช่วยให้เด็กได้เรียนรู้และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น⁷⁷

อย่างไรก็ตาม ในช่วงเวลาวิกฤติพบว่ามีความพยายามในการปรับตัวเพื่อฟื้นฟูสังคมให้คืนสู่ความเป็นปกติสุขผ่านวิถีสุขภาวะทางปัญญา เช่น การฟื้นฟูประเพณีทางศาสนาและวัฒนธรรมเพื่อเยียวยาจิตใจในยามเผชิญความทุกข์และสิ้นหวัง การรวมตัวของคนในสังคมที่ลุกขึ้นมาช่วยเหลือสนับสนุนผู้ได้รับผลกระทบจาก

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

⁷⁶ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2565).

⁷⁷ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2565).

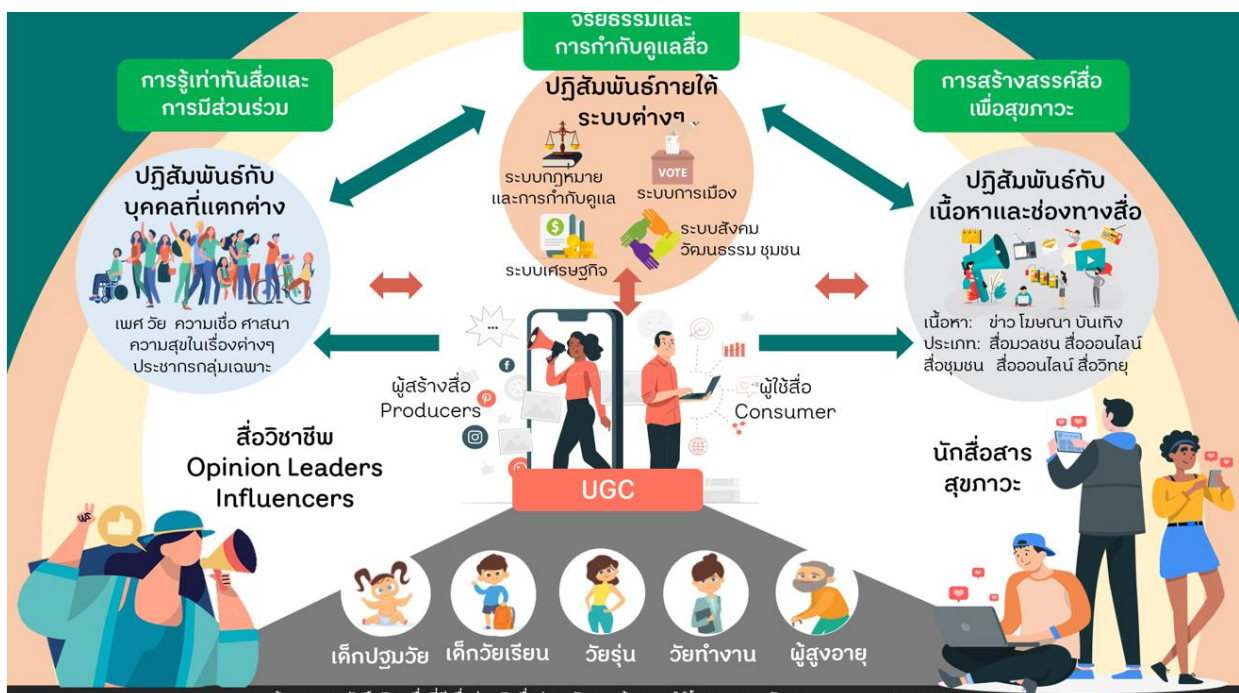
วิกฤติ โดยมีการริเริ่มวิธีการใหม่ ๆ ในการระดมทรัพยากรและความร่วมมือเพื่อช่วยเหลือบรรเทาความทุกข์ยากอย่างทันท่วงทีและทั่วถึง โดยนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ นับเป็นสถานการณ์เชิงบวกที่เกิดขึ้นในสังคมท่ามกลางวิกฤติและมีโอกาสสร้างคุณค่าและต่อยอดการขับเคลื่อนให้ปฏิบัติการเพื่อสร้างจิตสำนึกใหม่เพื่อการฟื้นฟูสังคมให้เติบโตอย่างยั่งยืนในสังคมไทยต่อไป

4. กรอบแนวคิดการดำเนินงาน

“นิเวศสื่อสุขภาพ” เป็นองค์ประกอบสำคัญของการมีสุขภาพดี สมบูรณ์พร้อมทั้ง 4 มิติ เพราะสื่อคือสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นการรับรู้และทักษะที่จะสร้าง ปรับเปลี่ยนวิถีคิด ความรู้สึก พฤติกรรม ตลอดจนวัฒนธรรมที่เป็นปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพของคนที่อาศัยอยู่ในสื่อที่แวดล้อมนั้น “นิเวศสื่อสุขภาพ” (healthy media ecosystem) จึงเป็นระบบการสื่อสารต่าง ๆ ที่เชื่อมต่อกันเป็นปัจจัยแวดล้อมในการดำเนินชีวิตของผู้คนในสังคมไทย มีบทบาทในการสร้างการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อวิถีชีวิตสุขภาพ

ความเปลี่ยนแปลงของระบบนิเวศสื่อส่งผลต่อสุขภาพของคนที่อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมนั้น โดยปัจจัยที่มีผลต่อความเปลี่ยนแปลงของระบบนิเวศสื่อจำแนกได้ 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้ใช้สื่อ (2) แพลตฟอร์ม (platform) หมายถึง สาร (content) ช่องทาง และ เทคโนโลยี (3) ปฏิสัมพันธ์ของสื่อกับองค์ประกอบอื่นในสิ่งแวดล้อม เช่น เศรษฐกิจ การเมือง กฎหมาย สังคม วัฒนธรรมในทุกระดับ และ (4) กลไกการกำกับดูแลนิเวศสื่อ⁷⁸

ภาพกรอบแนวคิดนิเวศสื่อสุขภาพ



⁷⁸ มรุส ทิพยมงคลกุล นันทิยา ดวงมณี และ นิธิตา แสงสิงแก้ว. (2565). “โครงการพัฒนากฎยุทธศาสตร์สร้างเสริมนิเวศสื่อสุขภาพ ที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ”. สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

จากองค์ความรู้ข้างต้น ทำให้มองเห็นโอกาสที่แผน 10 จะเข้าหนุนเสริมให้เกิดระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ ด้วยการกระตุ้น สนับสนุน และเหนี่ยวนำให้เกิดปัจจัยความเปลี่ยนแปลงได้อย่างตรงจุด ดังนี้

1. **การมุ่งเป้าที่คน** โดยพัฒนาผู้ใช้สื่อให้เท่าทันการสื่อสารในโลกยุคใหม่ ให้เป็น “*ผู้ใช้สื่อที่เป็นทั้งผู้รับและผู้ผลิตสื่อ*” (UGC) ที่มีคุณภาพ ควบคู่กับการพัฒนาทักษะชีวิต (soft skill) ที่มีความเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น และสังคม รวมทั้ง ขยายพลังผู้นำด้วยการสานสร้างเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะที่มีจิตสำนึกการเป็นพลเมือง (active citizen) โดยแบ่งเป้าหมายเป็น 2 ระดับ ดังนี้

- 1.1 **นักสื่อสารสุขภาวะ** เป็นกลุ่มผู้ใช้สื่อที่ตื่นตัวและพร้อมเข้าสู่กระบวนการพัฒนาที่จัดขึ้นโดยภาคีเครือข่ายของแผน 10 เพื่อให้มีสมรรถนะการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศและดิจิทัล มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่าทันตนเอง สามารถสร้างสรรค์กระบวนการสื่อสาร และเป็นผู้สร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดชุมชนหรือสังคมสุขภาวะ ด้วยจิตสำนึกความเป็นพลเมือง (active citizen)

- 1.2 **พลเมืองเท่าทันสื่อ** เป็นกลุ่มผู้ใช้สื่อในวงกว้าง ครอบคลุมทุกช่วงวัย โดยแผน 10 และภาคีเครือข่ายทำหน้าที่จุดประกาย กระตุ้น สนับสนุน เหนี่ยวนำ ให้เข้าร่วมในกิจกรรมปฏิบัติการ หรือกระบวนการในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างการเรียนรู้ที่จะนำไปสู่การเป็นผู้ใช้และสร้างสื่อที่มีคุณภาพ มีความรอบรู้ทางสุขภาพ และมีส่วนร่วมสร้างสรรค์ระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ

เมื่อเชื่อมโยงนักสื่อสารสุขภาวะและพลเมืองเท่าทันสื่อให้เกิดการประสานพลังด้วยการรวมกลุ่ม การสร้างเครือข่ายระหว่างกลุ่ม และเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบทั้งในในพื้นที่กายภาพและพื้นที่สื่อออนไลน์ จะทำให้เกิดปัจจัยที่ส่งผลต่อการสร้างสมดุลในระบบนิเวศสื่อ ให้เอื้อต่อสุขภาวะ ทั้งจากสถานะของผู้ใช้และสร้างสื่อที่มีคุณภาพ และในสถานะของ “พลเมือง” ที่ร่วมผลักดันให้เกิดมาตรการระดับนโยบายที่ดี

2. **การมุ่งเป้าที่สภาพแวดล้อม** เพื่อทำให้เกิดปัจจัยเพียงพอต่อการธำรงรักษาระบบนิเวศสื่อที่สมดุลอย่างยั่งยืน ได้แก่

- 2.1 **การทำให้เกิดแพลตฟอร์ม (platform)** โดยการพัฒนาสาร ช่องทางสื่อสารหลากหลายลักษณะ บนพื้นฐานของการใช้เทคโนโลยีเป็นปัจจัยเอื้ออำนวยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดด และมีจำนวนมากพอสมควร เพื่อเชื่อมโยงพลัง ต่อยอด และขยายผลจากการพัฒนาผู้ใช้สื่อทุกวัย สู่ นักสื่อสารสุขภาวะและพลเมืองเท่าทันสื่อ โดยการทำให้เกิดส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสารและปฏิบัติการทางสังคมในการใช้สื่อเพื่อสุขภาวะ

- 2.2 **การสนับสนุนให้เกิดปฏิสัมพันธ์ของสื่อกับองค์ประกอบอื่น ๆ ในระบบนิเวศสื่อ** เช่น แนวปฏิบัติ มาตรการ หรือนโยบายในระดับองค์กร ท้องถิ่น หรือระดับชาติ ที่สนับสนุนการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา ทักษะเท่าทันสื่อ หรือลดปัจจัยเสี่ยงด้านสื่อที่มีผลกระทบต่อสุขภาวะอย่างเท่าทันสถานการณ์

- 2.3 **การทำให้เกิดกลไกการกำกับดูแลระบบนิเวศสื่อ** โดยการขยายกลไกสื่อสารและเฝ้าระวังตรวจสอบสื่อและข้อมูลในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และเกิดการเชื่อมโยงเครือข่ายการทำงานในและข้ามพื้นที่อย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและผู้ใช้สื่อทุกช่วงวัย

ในการขับเคลื่อนงานเพื่อให้เกิดระบบนิเวศสื่อสุขภาวะจากทั้ง 2 ด้านดังกล่าว จะมีการสร้างเครื่องมือเพื่อใช้สนับสนุนให้ภารกิจเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล เช่น ฐานข้อมูล องค์ความรู้ แหล่งเรียนรู้ ต้นแบบสำหรับการขยายผล ฯลฯ และให้ความสำคัญต่อการแสวงหาเครือข่าย พันธมิตรจากทุกภาคส่วน โดยให้

น้ำหนักกับภาคส่วนที่มีอิทธิพลสูงต่อการสร้างสมดุลของระบบนิเวศสื่อสุขภาพในแต่ละบริบท โดยคำนึงถึง การมีส่วนร่วมในการลดความเหลื่อมล้ำในการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการเท่าทันสื่อ สารสนเทศและดิจิทัลของ คนทุกช่วงวัย รวมทั้งความเหลื่อมล้ำด้านการศึกษาและปัญหาการเรียนรู้ถดถอย (learning loss) ของเด็กและ เยาวชนจากวิกฤติโควิด-19 ทั้งนี้ ภายใต้กรอบแนวคิดการดำเนินงานของแผนนี้ ออกแบบขึ้นด้วยความ ตระหนักถึงสภาพความเป็นจริงที่ว่า ในระบบนิเวศสื่อสุขภาพประกอบด้วยระบบนิเวศย่อยจำนวนมาก และ กลุ่มผู้ใช้สื่อในสังคมมีความแตกต่างหลากหลายอย่างสูง

ขณะเดียวกัน แผนยังให้ความสำคัญต่อมิติของการพัฒนาสุขภาพทางปัญญาแก่กลุ่มเป้าหมายไป พร้อมกันแบบบูรณาการกับมิติของการสื่อสารสุขภาพ โดยมุ่งสร้างจิตสำนึกใหม่เพื่อการฟื้นฟูสังคม ส่งเสริม ศักยภาพในการรับฟังเพื่อสร้างความเข้าใจซึ่งกันและกัน สนับสนุนการให้และจิตอาสาเพื่อสังคมที่เกื้อกูล ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างจิตสำนึกใหม่อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบและโครงสร้างชุมชน และสังคมให้เอื้อต่อสุขภาพ โดยวางน้ำหนักให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่แตกต่างไปตามช่วงวัย

ยุทธศาสตร์สำหรับการขับเคลื่อนแผน 10 ในระยะ 5 ปี ใช้ กลยุทธ์ 4E ประกอบด้วย Empower Enable Engage และ Enhance มาใช้ในการวิเคราะห์และจัดกลุ่มภาคีเครือข่ายและกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้ง การจัดการองค์ความรู้ เพื่อสร้างระบบนิเวศสื่อสุขภาพที่สมดุลและยั่งยืน โดยใช้ทุนมนุษย์ องค์ความรู้ และ ภาคีเครือข่าย

ภาพยุทธศาสตร์สำหรับการขับเคลื่อนแผน 10 ในระยะ 5 ปี ด้วยกลยุทธ์ 4E



5. นิยามเชิงปฏิบัติการ

1) **นิเวศสื่อสุขภาพ (healthy media ecosystem)** หมายถึง ระบบความสัมพันธ์ของคนในฐานะผู้ใช้และผู้สร้างเนื้อหาผ่านองค์ประกอบหลักในระบบการสื่อสาร (ได้แก่ ผู้ส่งสาร ผู้รับสาร สาร และช่องทางการสื่อสาร) กับระบบต่าง ๆ อาทิ ระบบเศรษฐกิจ ระบบการเมือง ระบบกฎหมาย ระบบสังคมวัฒนธรรม รวมทั้ง ชุมชนทางกายภาพและชุมชนออนไลน์ ที่สร้างการเปลี่ยนแปลงในตัวบุคคลและสังคม ซึ่งเอื้อต่อวิถีชีวิตสุขภาพ

- 2) **การสร้างนิเวศสื่อสุขภาพ** หมายถึง การออกแบบ สร้าง หรือจัดการองค์ประกอบในนิเวศสื่อสุขภาพให้ดำเนินไปอย่างความสมดุล เช่น การพัฒนาคนที่อยู่ร่วมกันในระบบสื่อให้รู้เท่าทันความเปลี่ยนแปลง การมีกลไกจัดการความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ผลัดหน้าที่เอื้อต่อการมีสุขภาพ การขับเคลื่อนกลไกนโยบายระดับชุมชนและสังคม ซึ่งเอื้อต่อวิถีชีวิตสุขภาพ เป็นต้น
- 3) **สุขภาพทางปัญญา (spiritual health)** หมายถึง ศักยภาพในการเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น เข้าใจชีวิตตามความเป็นจริง มีจิตใจที่มั่นคง นำมาสู่ชีวิตที่สมดุลและมีความสุข เห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับผู้อื่นและธรรมชาติ สามารถดูแลตนเอง ร่วมขับเคลื่อนให้เกิดสังคมที่เกื้อกูล เคารพความแตกต่างหลากหลายและมีศักยภาพในการฟื้นคืน (resilient society)
- 4) **นักสื่อสารสุขภาพ** หมายถึง ผู้ที่มีสมรรถนะการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศและดิจิทัล มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่าทันตนเอง สามารถสร้างสรรค์กระบวนการสื่อสาร และเป็นผู้สร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดชุมชนหรือสังคมสุขภาพ ด้วยจิตสำนึกความเป็นพลเมือง (active citizen)
- 5) **เครือข่ายนักสื่อสารสุขภาพ** หมายถึง นักสื่อสารสุขภาพทั้งในระดับบุคคล กลุ่มคนที่มีการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูล การทำกิจกรรม การสื่อสารโดยมีเป้าหมายร่วมกันในการขับเคลื่อนสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดชุมชนหรือสังคมสุขภาพ
- 6) **พลเมืองเท่าทันสื่อ** หมายถึง ผู้ใช้สื่อทั่วไปในสังคม ที่เกิดความตื่นตัวต่อการใช้และสร้างสื่ออย่างรู้เท่าทัน และการมีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์ระบบนิเวศสื่อสุขภาพ
- 7) **การรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล (Media Information and Digital Literacy: MIDL)** คือ ความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ วิเคราะห์ ตีความ ตรวจสอบและคิดอย่างมีวิจารณญาณ สามารถประเมินประโยชน์และโทษในการเลือกรับ ใช้ประโยชน์ และสร้างสรรค์สื่อสารสนเทศและดิจิทัลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน
- 8) **ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy)** คือ การรับรู้ เข้าถึง เข้าใจ เท่าทันข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และการดูแลสุขภาพด้วยตนเองจนสามารถนำไปใช้ประโยชน์และเกิดเป็นขีดความสามารถที่จะจัดการสุขภาพของตนเองและสังคม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา

จุดเน้นของแผน

1. **สานพลังและเชื่อมโยงเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาพ** ทั้งในระดับพื้นที่ ระดับชาติ และระดับสากล อย่างเป็นระบบ เพื่อใช้พลังการสื่อสารร่วมอย่างเป็นระบบในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และเป็นเครือข่ายที่ทรงพลังในการร่วมผลักดันนโยบาย มาตรการ กลไกเชิงนโยบายร่วมขับเคลื่อนสร้างระบบนิเวศสุขภาพที่สมดุลเอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพทุกมิติ
2. **สนับสนุนการมีส่วนร่วมของพลเมืองเท่าทันสื่อทุกช่วงวัย** เพื่อสื่อสารข้อมูลสุขภาพและเฝ้าระวังสื่อบริฐานของการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนสังคมสุขภาพ
3. **พัฒนาระบบนิเวศสุขภาพที่สมดุล** โดยเกิดกลไกสื่อสารสุขภาพ การเฝ้าระวังสื่อและข้อมูลในพื้นที่ปฏิบัติการระดับภูมิภาค ควบคู่กับการเชื่อมโยงข้อมูลสู่ส่วนกลางอย่างเป็นระบบ

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

เป้าหมายการดำเนินงาน

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

(1) การเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมและวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีทักษะเท่าทันสื่อ เท่าทันตนเอง เข้าใจชีวิตและสังคม มีพฤติกรรมที่ส่งเสริมระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ และร่วมขับเคลื่อนให้เกิดสังคมแห่งการเกื้อกูล และเคารพความแตกต่างหลากหลาย บนพื้นฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่เชื่อมโยงกับเป้าหมาย 7+1 ประเด็นตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)

(2) การเปลี่ยนแปลงเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลง 2 ด้าน ได้แก่

- ระบบนิเวศสื่อที่สมดุล
- ปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา

ทั้งนี้ ผลลัพธ์สำคัญ 2 ด้านดังกล่าว มุ่งต่อยอดผลที่เกิดขึ้นจากการทำงานในช่วงที่ผ่านมา ร่วมกับการวิเคราะห์สถานการณ์และช่องว่างที่พบ เพื่อนำไปสู่การสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในการพัฒนาระบบสื่อและสุขภาวะทางปัญญา ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงการต่อยอดผลที่เกิดขึ้นจากการทำงานในช่วงที่ผ่านมาสู่ผลลัพธ์สำคัญของแผน 5 ปีจากนี้

ผลที่เกิดขึ้นจากการทำงานที่ผ่านมา	การต่อยอดสู่ผลลัพธ์สำคัญของแผน 5 ปี
1. นักสื่อสารสุขภาวะที่มีสมรรถนะสูง สามารถสื่อสาร หรือดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ ชุมชน กายภาพและออนไลน์ เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง 3,500 คน/ปี	พัฒนาระบบเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีศักยภาพในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพสู่สังคมในวงกว้างอย่างทรงพลัง และร่วมขับเคลื่อนมาตรการระดับนโยบายหรือกลไกในพื้นที่ โดยมีการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลกันอย่างเป็นพลวัต โดยเป็นเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะที่มีทักษะเท่าทันสื่อ เท่าทันตนเอง เข้าใจชีวิตและสังคม มีพฤติกรรมที่ส่งเสริมระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ
2. ระบบการสื่อสารได้รับการเพิ่มคุณภาพให้แก่องค์ประกอบหลักทั้ง 4 ด้าน (ผู้ส่งสาร ผู้รับสาร สาร และช่องทางการสื่อสาร) เพื่อให้เอื้อต่อการสร้างสุขภาวะ	ระบบนิเวศสื่อที่สมดุล และปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา จากการต่อยอดขยายผลกระบวนการสื่อสาร ปฏิบัติการทางสังคมเกิดดิจิทัลแพลตฟอร์มที่สร้างการมีส่วนร่วมของ

ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานที่ผ่านมา	การต่อยอดสู่ผลลัพธ์สำคัญของแผน 5 ปี
3. วิถี ช่องทาง และพื้นที่ เพื่อพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา ที่ผ่านการประเมินผลพบว่า ช่วยโน้มนำให้เกิดการรับฟัง การให้ และจิตอาสาเพื่อแก้วิกฤตสังคม	ประชาชนกลุ่มเป้าหมายสู่เครือข่ายพลเมืองเท่าทันสื่อ เพื่อร่วมสื่อสารเฝ้าระวังสื่อและข้อมูลสุขภาพ เกิดกลไกในระดับพื้นที่ที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบนิเวศสื่อสุขภาพ หรือการเรียนรู้สุขภาวะทางปัญญาที่สอดคล้องกับคนแต่ละกลุ่มและช่วงวัย คู่ขนานกับการพัฒนานโยบาย มาตรการ กลไกด้านระบบนิเวศสื่อหรือสุขภาวะทางปัญญาทั้งระดับชาติและท้องถิ่น ที่เอื้อต่อการสร้างสังคมสุขภาพะ บนฐานขององค์ความรู้
4. พื้นที่ปฏิบัติการสื่อสารสุขภาวะและเฝ้าระวังตรวจสอบสื่อ อย่างมีส่วนร่วมในชุมชน ทั้งทางกายภาพและออนไลน์ที่มีผลการขับเคลื่อนเป็นรูปธรรม	
5. ข้อมูล องค์ความรู้ และเครื่องมือจากการจัดการความรู้ที่นำมาใช้สนับสนุนปฏิบัติการและขับเคลื่อนนโยบาย เพื่อสร้างสรรค์และธำรงรักษาสมดุลของระบบนิเวศสื่อสุขภาพและสุขภาวะทางปัญญา	

ตัวชี้วัดการดำเนินงานในระยะ 5 ปี

1. เกิดระบบเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะและผู้นำการเปลี่ยนแปลง ที่มีศักยภาพในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพสู่สังคมในวงกว้างอย่างทรงพลังจากการเชื่อมโยงฐานข้อมูลกันอย่างเป็นระบบทั้งบนดิจิทัลแพลตฟอร์มและพื้นที่ปฏิบัติการ และเกิดผลสัมฤทธิ์ในการร่วมขับเคลื่อนนโยบายหรือกลไกเชิงนโยบายอย่างเป็นรูปธรรม
2. เกิดการพัฒนาช่องทางสื่อสารในรูปแบบดิจิทัลแพลตฟอร์ม (digital platform) เพื่อต่อยอดขยายผลกระทบการสื่อสารและปฏิบัติการทางสังคม ในการพัฒนาศักยภาพประชาชนทุกช่วงวัยให้เป็นผู้ใช้และสร้างสรรค์สื่อที่มีทักษะเท่าเท่าทันสื่อ สารสนเทศและดิจิทัล (MIDL) ความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาวะทางปัญญา โดยสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการใช้สื่อเพื่อสุขภาวะรวมทั้งเฝ้าระวังสื่อและข้อมูลสุขภาพ
3. การขยายกลไกสื่อสารและเฝ้าระวังตรวจสอบสื่อและข้อมูลในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และเกิดการเชื่อมโยงเครือข่ายการทำงานในและข้ามพื้นที่อย่างมีส่วนร่วม
4. กระบวนการขับเคลื่อนงานที่สนับสนุนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาผ่านประสบการณ์ตรงที่สอดคล้องกับคนแต่ละกลุ่มและช่วงวัย เพื่อนำไปสู่สังคมที่ส่งเสริมการให้ การทำงานจิตอาสา การเปิดพื้นที่รับฟัง และมีศักยภาพในการฟื้นคืน (resilient society) หลังผลกระทบจากวิกฤติโควิด-19 ที่สามารถต่อยอด ขยายผลร่วมกับหน่วยงานภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อสื่อสารสู่สาธารณะ
5. นโยบาย มาตรการ กลไกเชิงนโยบาย หรือแนวปฏิบัติ ในระดับองค์กร ท้องถิ่น หรือระดับชาติ ที่สนับสนุนการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา การพัฒนาทักษะเท่าทันสื่อ การคุ้มครองเด็กจากภัยออนไลน์ หรือลดปัจจัยเสี่ยงด้านสื่อที่มีผลกระทบต่อสุขภาวะอย่างเท่าทันสถานการณ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาวะและพัฒนาทักษะแก่กลุ่มเป้าหมายทุกช่วงวัยให้เป็นพลเมืองเท่าทันสื่อ ให้มีบทบาทเป็นทั้ง “ผู้ใช้และผู้สร้างสรรค์สื่อ” ที่ทำให้เกิดสุขภาวะทางปัญญา และสามารถสื่อสารเพื่อขับเคลื่อนสังคมสุขภาวะ สามารถตอบสนองต่อการดำรงชีวิตในยุคศตวรรษที่ 21 และสังคมสูงวัยสมบูรณ์ ได้อย่างมีสุขภาวะ
2. เพื่อสนับสนุนการพัฒนากระบวนการนิเวศสื่อสุขภาวะที่สมดุล โดยเกิดกลไกสื่อสารสุขภาวะและเฝ้าระวังตรวจสอบสื่อและข้อมูลสุขภาพในรูปแบบดิจิทัลแพลตฟอร์ม และกลไกเชิงนโยบายด้านระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ ที่สอดคล้องและเท่าทันความเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยี
3. เพื่อสร้างปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ในการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาของกลุ่มเป้าหมายทุกช่วงวัยและร่วมขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะด้วยวิถีและช่องทางพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา
4. เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนและบูรณาการสู่เป้าหมาย 10 ปี ของ สสส. ผ่านกระบวนการสื่อสารในระบบนิเวศสื่อสุขภาวะและกระบวนการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

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

ยุทธศาสตร์ 4 E (3 เดิม + 1 ใหม่)

- พัฒนาแกนนำนักสื่อสารสุขภาวะเพื่อเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง
- พัฒนาพลเมืองเท่าทันสื่อเพื่อเป็นผู้ใช้และสร้างสรรค์สื่อ
- สานพลังขับเคลื่อนกลไกการทำงานและนโยบายอย่างมีส่วนร่วม



- หนุนเสริมให้เครือข่ายแลกเปลี่ยนข้อมูลและขับเคลื่อนงานอย่างเป็นระบบ
 - สนับสนุนทรัพยากร และการจัดการความรู้
- ต่อยอดขยายผลความรู้ นวัตกรรม กระบวนการสื่อสารและการเฝ้าระวัง ข้อมูลสุขภาพ (Info Surveillance) โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยเน้นการใช้ประโยชน์จากดิจิทัลเทคโนโลยี

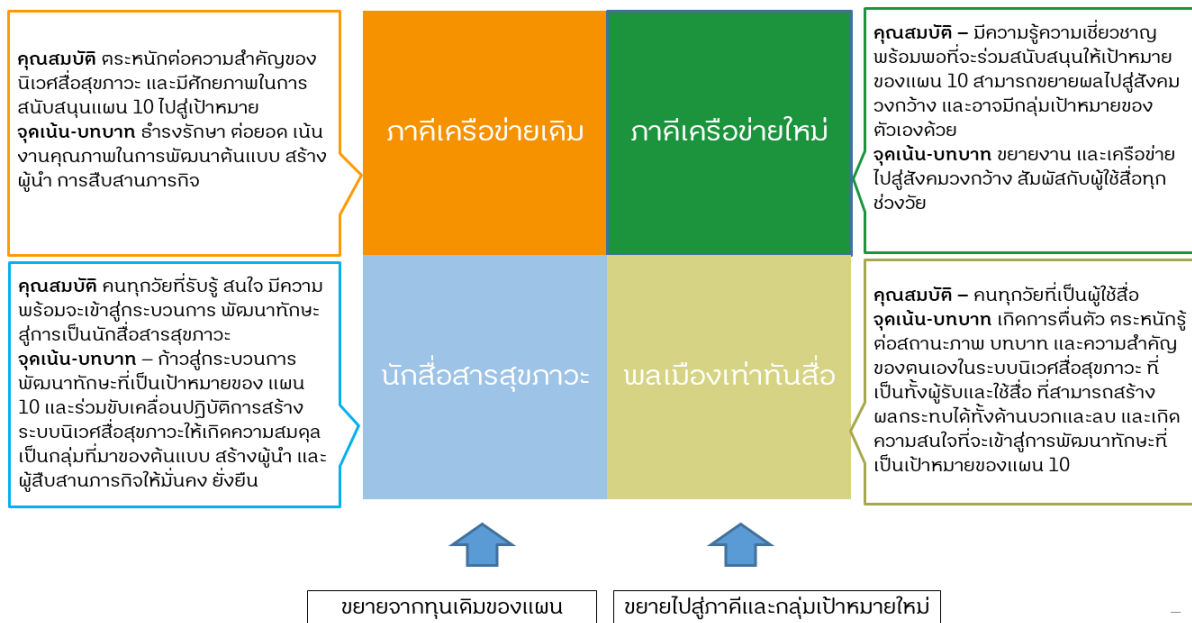
Empower เป็นการหนุนเสริมทั้งคนและทั้งระบบที่มีอยู่ให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น ผ่านการพัฒนาแกนนำนักสื่อสารสุขภาวะ เพื่อเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาพลเมืองเท่าทันสื่อ เพื่อเป็นผู้ใช้และสร้างสรรค์สื่อที่มีคุณภาพ ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเสริมพลังการทำงานด้วยการสร้างระบบการสื่อสารให้ภาคีในทุกระดับ โดยเฉพาะการดำเนินการในรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมแบบทางราบ (horizontal society)

- Enable** เป็นการหนุนเสริมให้ภาคีเครือข่ายแลกเปลี่ยนข้อมูลและขับเคลื่อนงานอย่างเป็นระบบ เพื่อเชื่อมต่องานภายในแผนฯ สู่สาธารณะ ผ่านการสนับสนุนทรัพยากร การจัดการความรู้ การสร้างความร่วมมือ การบูรณาการ และการวิจัย
- Engage** สานพลังขับเคลื่อนกลไกการทำงานและนโยบายอย่างมีส่วนร่วม โดยให้ความสำคัญกับแนวทาง Public Private Partnership (PPP) เพื่อแสวงหาเครือข่ายรูปแบบใหม่ ๆ ที่จะสามารถเชื่อมต่องานกับแผนฯ และ สสส. ได้ โดยเฉพาะในส่วนที่อาจมีเป้าหมายปลายทางร่วมกันเพื่อสร้างระบบนิเวศสื่อสุขภาพ
- Enhance** ต่อยอดขยายผลความรู้ นวัตกรรม กระบวนการสื่อสารโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยเน้นการใช้ประโยชน์จากดิจิทัลเทคโนโลยี รวมทั้งสร้างการตระหนักรู้รับรู้ในประเด็นการเฝ้าระวังข้อมูลสุขภาพ (info surveillance) และหนุนเสริมการสื่อสารสุขภาพผ่านการสื่อสารระดับกว้าง

กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

ในการขับเคลื่อนให้เกิดผลลัพธ์ 2 ด้านดังกล่าว แผนงานได้วิเคราะห์โอกาสในการพัฒนางานจากทุนเดิมและการขยายผลไปสู่ภาคีและกลุ่มเป้าหมายใหม่ระยะ 5 ปีจากนี้ไป ดังภาพต่อไปนี้

ภาพสรุปแนวคิดการพัฒนางานจากทุนเดิมและการขยายผลไปสู่ภาคีและกลุ่มเป้าหมายใหม่ระยะ 5 ปี



1. **ภาคีเครือข่าย** ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้
 - 1.1 **ภาคีเครือข่ายเดิม *คุณสมบัติ*** - ตระหนักต่อความสำคัญของระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ และมีความศักยภาพในการสนับสนุนแผน 10 ไปสู่เป้าหมาย **จุดเน้น-บทบาท** อารักขา ต่อยอด เน้นงานคุณภาพในการพัฒนาต้นแบบ สร้างผู้นำ การสืบสานภารกิจ
 - 1.2 **ภาคีเครือข่ายใหม่ *คุณสมบัติ*** - มีความรู้ความเชี่ยวชาญพร้อมพอที่จะร่วมสนับสนุนให้เป้าหมายของแผน 10 สามารถขยายผลไปสู่สังคมวงกว้าง และอาจมีกลุ่มเป้าหมายของตัวเองด้วย **จุดเน้น-บทบาท** ขยายงานและเครือข่ายไปสู่สังคมวงกว้าง สัมผัสกับผู้ใช้สื่อทุกช่วงวัย
2. **กลุ่มเป้าหมายในการสร้างความเปลี่ยนแปลง** ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้
 - 2.1 **นักสื่อสารสุขภาวะ *คุณสมบัติ*** คือ คนทุกวัยที่รับรู้ สนใจ และมีความพร้อมที่จะเข้าสู่กระบวนการพัฒนาทักษะไปสู่การเป็นนักสื่อสารสุขภาวะ **จุดเน้น-บทบาท** - ก้าวเข้าสู่กระบวนการพัฒนาทักษะที่เป็นเป้าหมายของ แผน 10 และร่วมขับเคลื่อนปฏิบัติการสร้างระบบนิเวศสื่อสุขภาวะให้เกิดความสมดุล เป็นกลุ่มที่มาของต้นแบบ สร้างผู้นำ และผู้สืบสานภารกิจให้มั่นคง ยั่งยืน
 - 2.2 **พลเมืองเท่าทันสื่อ *คุณสมบัติ*** - ผู้ใช้สื่อทุกช่วงวัย **จุดเน้น-บทบาท** เกิดการตื่นตัว ตระหนักรู้ต่อสถานะภาพ บทบาท และความสำคัญของตนเองในระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ โดยเป็นทั้งผู้รับและใช้สื่อ ที่สามารถสร้างผลกระทบได้ทั้งด้านบวกและลบ และเกิดความสนใจที่จะเข้าสู่การพัฒนาทักษะที่เป็นเป้าหมายของแผน 10 (สามารถส่งต่อไปสู่กลุ่มเป้าหมาย 2.1 ได้)

กลุ่มเป้าหมายของแผน

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

ทั้งนี้ การทำงานกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละช่วงวัยมุ่งการเติมช่องว่างที่พบว่าเป็นปัญหาสำคัญ (pain point) ของแต่ละช่วงวัย ดังนี้

- กลุ่มช่วงวัยเด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ มุ่งการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล (MIDL)
 - กลุ่มช่วงวัยทำงาน มุ่งการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา เพื่อลดปัญหาความเครียด ซึมเศร้า ภาวะหมดไฟในการทำงาน ฯลฯ และเสริมพลังให้เข้ามามีบทบาทร่วมฟื้นคืนสุขภาวะให้แก่วงศ์
- **ด้านพื้นที่**
 1. **พื้นที่เชิงภูมิศาสตร์** – ทำทั้งในเมืองและชนบท ครอบคลุมทุกภูมิภาค รวมไม่น้อยกว่า 50 จังหวัด (ไม่น้อยกว่า 1 ใน 3 ของจังหวัดทั้งประเทศ)
 2. **พื้นที่ปฏิบัติการ (setting)** ครอบคลุมพื้นที่การใช้ชีวิตทุกลักษณะ และเข้าถึงคนทุกช่วงวัย ประกอบด้วย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สถานศึกษาสำหรับกลุ่มประชากรทุกช่วงวัย สถานประกอบการ ชุมชน และพื้นที่ในสื่อดิจิทัล ที่เข้าถึงคนทุกวัย และกลุ่มที่มีความแตกต่างหลากหลายตามค่านิยม หรือความสนใจเฉพาะ (segmented)

งบประมาณ

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

11.แผนสร้างสรรคโอกาสสร้างเสริมสุขภาพ

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

1. ที่มาและความสำคัญ

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

ในการดำเนินงานที่ผ่านมา แผนฯ ได้วางกลไกการกระจายโอกาสลงสู่ระดับพื้นที่ไปยังกลุ่มบุคคล ชุมชน หน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ ผ่าน “หน่วยจัดการเชิงพื้นที่ (จังหวัด)” และ “หน่วยจัดการเชิงประเด็น” ซึ่งเป็นภาคีดำเนินงานอยู่ในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศและมีความสามารถในการสนับสนุนการกระจายโอกาส โดยแผนฯ ให้การหนุนเสริมศักยภาพการดำเนินงานของหน่วยจัดการ ควบคู่กับการมีระบบติดตามประเมินผลที่มีการใช้ประโยชน์จากผลการประเมินนำมาหนุนเสริมการดำเนินงานและพัฒนาสมรรถนะหน่วยจัดการให้เข้มแข็งอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งทำให้การกระจายโอกาสผ่านกลไกหน่วยจัดการมีส่วนช่วยขับเคลื่อนงานระดับพื้นที่ให้บรรลุเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของกองทุน ตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2555-2564) ทำให้บุคคล กลุ่มบุคคล ชุมชน หน่วยงานและองค์กรต่างๆ มีผลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ จนประสบผลสำเร็จในการจัดการกับสถานการณ์ปัญหาของพื้นที่ที่แผนฯ ให้การสนับสนุน เช่น การลดละเลิกการสูบบุหรี่ การลดละเลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การลดอุบัติเหตุทางถนน การลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก การเพิ่มกิจกรรมทางกาย การเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ และการสร้างชุมชนเข้มแข็ง เป็นต้น รวมทั้งลดความเหลื่อมล้ำในประชากรกลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ เด็กและเยาวชน ผู้สูงอายุ กลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากไวรัสโรคโควิด-19 ฯลฯ ให้สามารถเข้าถึงการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ อันจะทำให้เกิดสุขภาพที่ดีทั้งในระดับตนเองและชุมชน

2. สถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่มีผลต่อการดำเนินงานของแผนในระยะ 5 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2566-2570)⁷⁹

ทิศทางการดำเนินงานของแผนฯ ในระยะ 5 ปียังคงมุ่งเน้นกับพันธกิจการกระจายโอกาสส่งกลุ่มบุคคล ชุมชน หน่วยงานต่าง ๆ ในระดับพื้นที่โดยตรง ควบคู่ไปกับการกระจายโอกาสผ่านกลไกหน่วยจัดการ เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงการทำงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและสร้างความเสมอภาคทางสังคม รวมถึงการเสริมหนุนและเชื่อมโยงการดำเนินงานกับแผนอื่น ๆ ของกองทุน ในครั้งนี้ ได้มีการพิจารณาสถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยกำหนดสุขภาพในอีก 10 ปีข้างหน้า ดังนี้

1) ปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพของคนไทยยังเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการมีพฤติกรรมเสี่ยง โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการขับขี่ยานพาหนะขณะมึนเมา ซึ่งพบว่า ประชากรในพื้นที่ภาคใต้มีพฤติกรรมสูบบุหรี่สูงสุด ประชากรในพื้นที่ภาคเหนือมีสัดส่วนนักดื่มและพฤติกรรมดื่มแล้วขับสูงสุด ส่วนประชากรในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีแนวโน้มเสียชีวิตจากสาเหตุการตายหลัก 3 อันดับแรกของคนไทย ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคระบบไหลเวียนโลหิต และโรคระบบทางเดินหายใจสูงกว่าประชากรในภาคอื่น ในด้านสุขภาพจิต ประชากรภาคเหนือมีอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าภาพรวมของประเทศเกือบ 2 เท่า ในด้านภาวะโภชนาการ ประชากรในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีสัดส่วนภาวะน้ำหนักเกินสูงกว่าภูมิภาคอื่น ๆ ขณะเดียวกัน การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพเช่นกัน โดยภาคเหนือต้องประสบปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กสูงสุด ส่วนจังหวัดในพื้นที่อุตสาหกรรม เช่น ระยอง ชลบุรี สมุทรปราการ ฯลฯ ต้องเผชิญกับปัญหาขยะกากของเสียอันตราย ขณะที่ภาคใต้ ภาคตะวันออกและภาคกลางประสบปัญหาขยะทะเล ทั้งนี้ พบว่าความยากจนยังคงเป็นสาเหตุความเปราะบางที่สำคัญของประเทศ โดยภาคใต้มีสัดส่วนประชากรยากจนสูงที่สุด ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีประชากรเปราะบางจากสัดส่วนแรงงานนอกระบบมากที่สุด นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน (อายุ 10-24 ปี) เป็นประชากรกลุ่มที่ต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นความเสี่ยงจากการประสบอุบัติเหตุทางท้องถนนจนบาดเจ็บและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การมีสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้าจากภาวะความเครียดและปัญหาส่วนตัว การบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพและมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ความสัมพันธ์ที่ห่างเหินและไม่ดีกับครอบครัว รวมถึงความขัดแย้งทางความคิด ความเชื่อและค่านิยมในการดำเนินชีวิตกับคนในช่วงวัยอื่น ๆ อันเนื่องมาจากสถานการณ์ทางการเมืองในประเทศที่เป็นอยู่ ดังนั้น ในการป้องกัน ควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยงที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสุขภาพคนไทยจึงจำเป็นต้องผลักดันให้หน่วยงานทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างจริงจัง

2) การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ยังไม่สิ้นสุด แม้การเข้าถึงวัคซีนของประชาชนจะมีมากขึ้น มีอัตราการเสียชีวิตลดลง และมีการคาดการณ์ว่าจะกลายเป็นโรคประจำถิ่นในระยะอันใกล้นี้ แต่สถานการณ์หลังการแพร่ระบาดส่งผลกระทบต่อสังคมไทยรอบด้านและรุนแรง กล่าวคือ ด้านเศรษฐกิจส่งผลกระทบต่ออุตสาหกรรมการท่องเที่ยวและการจ้างงาน คนจำนวนมากกลายเป็นคนตกงานทันที โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานนอกระบบ และกลุ่มแรงงานรุ่นใหม่ที่เพิ่งเรียนจบและเริ่มเข้าสู่ตลาดแรงงาน

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

ขณะเดียวกัน กลุ่มคนยากจน ผู้ด้อยโอกาสและกลุ่มเปราะบางประสบความยากลำบากในการดำรงชีวิตมากขึ้น ทำให้ปัญหาความเหลื่อมล้ำเพิ่มสูงขึ้น **ด้านสุขภาพ** พบว่า มีประชาชนหลายกลุ่มที่มีความเสี่ยงและมีความยากลำบากในการรับมือกับสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เช่น ผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัวโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง และผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ รวมไปถึงผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดที่มักมีปัญหาเรื่องสุขาภิบาล นอกจากนี้ การระบาดของไวรัสยังนำไปสู่ความเครียด วิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของคนในสังคมมากขึ้น และยังมีผลกระทบหลังการแพร่ระบาดที่เกิดขึ้น เช่น ภาวะอาการที่หลงเหลือจากการติดเชื้อโควิด-19 (long COVID) ที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ที่เคยติดเชื้อ เป็นต้น **ด้านการศึกษา** การปรับมาใช้กระบวนการเรียนการสอนออนไลน์ได้ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการสมวัยของเด็กโดยเฉพาะเด็กปฐมวัย และสะท้อนให้เห็นปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการศึกษาที่ชัดเจนมากขึ้น โดยเฉพาะในครอบครัวยากจนและครอบครัวเปราะบาง ขณะเดียวกันประสิทธิภาพและคุณภาพการเรียนรู้ลดลง สูญเสียโอกาสในการเรียนรู้ทางสังคมจากประสบการณ์การใช้ชีวิตร่วมกันและการสร้างสัมพันธภาพระหว่างครูกับศิษย์และเพื่อนร่วมชั้นเรียน **ด้านสิ่งแวดล้อม** แม้ว่าจะเป็นโอกาสให้แหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติหลายแห่งฟื้นตัวและทำให้ระบบนิเวศดีขึ้น รวมถึงปริมาณขยะรวมในเมืองท่องเที่ยวและกรุงเทพมหานครลดลงก็ตาม แต่ขยะพลาสติกในครัวเรือนเพิ่มมากขึ้นจากการสั่งซื้ออาหารออนไลน์ เช่นเดียวกับขยะของเสียทางการแพทย์ที่มีปริมาณมากขึ้นจากการควบคุมการแพร่ระบาดของไวรัส ซึ่งผลกระทบในด้านต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลกับคุณภาพชีวิตของประชาชนทั้งสิ้น

3) บริบทความหลากหลายและความซับซ้อนของพื้นที่เป็นความท้าทายในการจัดการสุขภาวะให้เหมาะสม เนื่องจากแต่ละพื้นที่ของประเทศไทยมีความแตกต่างกันทั้งวิถีชีวิต เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ซึ่งนำไปสู่ความหลากหลายของปัญหาสุขภาพในมิติต่าง ๆ ตามมา กล่าวคือ ในพื้นที่ชุมชนมีความท้าทายในการพัฒนาให้ชุมชนมีขีดความสามารถในการจัดการสุขภาวะในพื้นที่ได้ด้วยตนเอง โดยมีหน่วยงานภายนอกเป็นผู้อำนวยความสะดวกและเสริมหนุนชุมชน เพื่อนำไปสู่การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม ขณะที่ในพื้นที่เขตเมืองที่มีการเคลื่อนย้ายแรงงานเพื่อเข้าถึงโอกาสทางเศรษฐกิจและเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาด้านสภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพคนในพื้นที่ เช่น การจัดการขยะ น้ำเสีย ความแออัดและเสื่อมโทรมของที่อยู่อาศัย รวมถึงเขตสุขภาพพิเศษ ได้แก่ พื้นที่เศรษฐกิจแหล่งท่องเที่ยวทางทะเล พื้นที่ที่มีการเคลื่อนย้ายประชากรข้ามชาติและการค้าชายแดนที่มีพลวัตสูง เขตพื้นที่เฉพาะ (ประชากรข้ามชาติ) ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีบริบทเฉพาะแตกต่างจากพื้นที่ปกติ มีประเด็นสุขภาพเฉพาะของแต่ละพื้นที่ เช่น อุบัติเหตุทางน้ำในพื้นที่ท่องเที่ยวทางทะเล ค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพของประชากรข้ามชาติในพื้นที่ชายแดน ขนาดประชากรที่เติบโตจากการย้ายถิ่น เป็นต้น ซึ่งไม่สามารถใช้แนวทางการบริหารจัดการแบบทั่วไปเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุม

4) คนไทยยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัวไม่เพียงพอเท่าที่ควร จำเป็นต้องสร้างและพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการเข้าถึง เข้าใจ ชักถามและตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและบริการสุขภาพที่น่าเชื่อถือและเพียงพอด้วยตนเอง รวมถึงการพัฒนาคำถามความรู้และวิธีการสื่อสารด้านสุขภาพที่ถูกต้อง พร้อมทั้งเฝ้าระวังและจัดการกับข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เพื่อให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ พบว่า คนที่อ่านไม่ได้และเขียนไม่คล่องมีโอกาสน้อยที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับคนที่อ่านหรือเขียนได้คล่อง การไม่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากอินเทอร์เน็ต โลกและเพชบุกมีอิทธิพลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพมากที่สุดรองจากการไม่ได้เรียนหนังสือ กลุ่มผู้ที่อายุ 60 ปี ขึ้นไปและผู้ที่มีการศึกษาดังแต่

ประณศีกษาลงมาจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากที่สุด นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ที่มีบทบาทในชุมชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าคนที่ไม่มีบทบาท ดังนั้น จึงควรกระตุ้น ส่งเสริมและสนับสนุนให้คนในชุมชนเข้ามามีบทบาทหรือเป็นสมาชิกของกลุ่ม/ชมรมในชุมชนมากขึ้น

5) การเปลี่ยนผ่านทางเทคโนโลยี (disruptive technology) ส่งผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพของประชาชน ในยุคสังคมดิจิทัลทำให้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ส่งผลกระทบต่อทั้งเชิงบวกและเชิงลบต่อการสร้างเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวางและรวดเร็ว โดยเฉพาะข่าวลวงด้านสุขภาพและการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งส่งผลเสียกับสังคมเป็นอย่างมาก จึงต้องมีการเฝ้าระวังและคัดกรองข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ขณะเดียวกัน ต้องมีการป้องกันและแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลทั้งในแง่ของการเข้าถึงอุปกรณ์/เครื่องมือใช้งานและความรอบรู้ด้านดิจิทัล โดยเฉพาะการใช้ประโยชน์จากระบบเทคโนโลยีดิจิทัลในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การติดตามตรวจประเมินพฤติกรรมและสถานะสุขภาพ การประมวลผลข้อมูลเพื่อออกแบบและพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะราย เฉพาะกลุ่ม เป็นต้น

6) การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพต้องพิจารณารอบด้านและปรับให้เหมาะกับพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย ครอบคลุมทั้งการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ช่วยสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในแต่ละกลุ่มแต่ละช่วงวัย การส่งเสริมการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เป็นมิตรต่อสุขภาพและเอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี ยกตัวอย่างการพัฒนาเมืองให้เป็นพื้นที่ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ทั้งในแง่พื้นที่ทางกายภาพ การสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีปราศจากมลพิษ มีระบบการคมนาคมขนส่งที่ปลอดภัยและทุกคนเข้าถึงได้สะดวก มีพื้นที่สาธารณะสำหรับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเพื่อการดูแลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน รวมถึงการพัฒนาภูมิทัศน์การเรียนรู้ที่หลากหลายและเฉพาะเจาะจงตรงกับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เพื่อสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพและประสานความเข้าใจระหว่างกลุ่มคนที่มีความแตกต่างทางช่วงวัยและวิถีชีวิตวัฒนธรรม

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

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

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

ความพร้อมในการจัดสรรเงินเข้าร่วมดำเนินงานตามจำนวนที่ สสส. กำหนด เพื่อนำมาจัดสรรโอกาสให้กระจายอย่างกว้างขวางและครอบคลุมโจทย์/ปัญหาของพื้นที่ โดยมีกลไกการสนับสนุนและบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และตรวจสอบได้

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

1) สร้างกระบวนการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาพทั้ง 4 มิติ ที่ครอบคลุมการจัดการความรู้ การบริหารภาคีเครือข่าย เพื่อสนับสนุนกลไกการทำงานเชิงพื้นที่ องค์กร กลุ่มประชากร และระบบบริการสุขภาพ ให้เป็นฐานการขยายผลและขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการที่ตอบสนองต่อเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของ สสส. ที่ได้กำหนดไว้ในทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)

2) สร้างกลไกกลางในการทำงานและบริหารจัดการภาคีเครือข่ายทั้งเชิงพื้นที่ องค์กร กลุ่มประชากร และระบบบริการสุขภาพร่วมกัน เพื่อใช้เป็นฐานในการขยายผลและขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการในพื้นที่ชุมชนเมือง โดยมีผลลัพธ์สำคัญเป็นฐานข้อมูลเพื่อแสดงศักยภาพและความพร้อมของเครือข่าย รวมทั้งกลไกในการสื่อสาร การบริหารจัดการ และการพัฒนาเครือข่าย

4. ผลการดำเนินงานที่สำคัญตามพันธกิจของแผน

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

1) ขยายภาครายใหม่ดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ/หรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายได้ถึงร้อยละ 81 ของจำนวนโครงการที่สนับสนุน

8,060 โครงการ โดยมีโครงการเชิงพื้นที่ครอบคลุมทุกจังหวัด ซึ่งกระจายในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 28 รองลงมาคือพื้นที่ภาคกลาง-ตะวันออก-ตะวันตก ร้อยละ 27 ภาคเหนือ ร้อยละ 23 และภาคใต้ร้อยละ 22

2) การสนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในประชากรกลุ่มต่าง ๆ โดยให้ความสำคัญกับการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ จำนวน 1,731 โครงการ (คิดเป็นร้อยละ 21.5 ของจำนวนโครงการที่สนับสนุน 8,060 โครงการ) ดังนี้ (2.1) **กลุ่มเด็กและเยาวชน** ทำให้เกิดกระบวนการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ ทักษะคิด และทักษะแก่เด็กและเยาวชนที่นำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาวะหรือการสร้างจิตอาสาเพื่อชุมชนในระดับพื้นที่ (2.2) **กลุ่มชาติพันธุ์** ทำให้เกิดความรู้และทักษะในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่ช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการสร้างเสริมสุขภาพและบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน (2.3) **กลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19** ทำให้เกิดความรู้และทักษะด้านการเงิน มีความสามารถในการจัดการหรือแก้ไขปัญหาสุขภาวะของตนเอง หรือลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ การจัดการกับสภาพแวดล้อม เกิดการสร้างกฎกติกาที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองและชุมชนได้ (2.4) **กลุ่มผู้สูงอายุ** ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและช่วยลดความเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ บริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ (ลดหวาน มัน เค็ม) เป็นต้น รวมถึงการสร้างอาชีพให้กับผู้สูงอายุเพื่อให้มีรายได้และลดการพึ่งพาทางการเงินจากลูกหลาน

3) การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ แผนฯ ได้กระจายโอกาสไปยังกลุ่มบุคคล ชุมชน หน่วยงานและองค์กรต่างๆ เพื่อดำเนินการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาวะที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาของพื้นที่ รวมถึงเป้าหมาย 10 ปีของกองทุนฯ จำนวน 5,543 โครงการ (คิดเป็นร้อยละ 68.8 ของจำนวนโครงการที่สนับสนุน 8,060 โครงการ) ได้แก่ การลดละเลิกการสูบบุหรี่ การลดละเลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การลดอุบัติเหตุทางถนน การลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก การเพิ่มกิจกรรมทางกาย การเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ และการสร้างชุมชนเข้มแข็ง ส่งผลให้เกิดกลไกการจัดการสุขภาวะในพื้นที่ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลตามปัญหาสุขภาวะ จำนวน 1,234,786 คน และเกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพทั้งทางกายภาพ เช่น พื้นที่ปลอดบุหรี่ งานบุญประเพณีปลอดเหล้า และทางสังคม เช่น มาตรการ กติกาหรือข้อตกลงที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ฯลฯ

4) การส่งเสริมให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาวะที่ดีในพื้นที่ แผนฯ สนับสนุนให้เกิดต้นแบบหมู่บ้านที่มีการจัดการสุขภาวะในทุกมิติโดยอาศัยกลไกสภาผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง จำนวน 274 หมู่บ้าน สามารถดำเนินงานตามแผนชุมชนพึ่งตนเองอย่างมีส่วนร่วม จนแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของชุมชนในทุกมิติ ได้ผลสำเร็จเป็นรูปธรรม คนในชุมชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น คราวเรือนสามารถลดปริมาณขยะ มีการบริโภคผักและปลูกพืชผักปลอดสารพิษเพิ่มขึ้น รวมถึงมีตัวอย่างคนต้นแบบในการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น โดยมีหน่วยจัดการซึ่งเป็นภาคีในส่วนภูมิภาคทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนและหนุนเสริมชุมชนในด้านวิชาการและการบริหารจัดการที่ดี เพื่อให้ชุมชนสามารถสร้างการมีสุขภาวะที่ดีด้วยการคิดและดำเนินงานด้วยตนเอง และในปี 2565 ได้ขยายผลการดำเนินงานชุมชนนำอยู่ด้วยกลไกสภาผู้นำชุมชนสู่ภาควิชาการร่วมรับผิดชอบ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อสร้างความยั่งยืนในการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ครอบคลุม 260 หมู่บ้าน

5) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาวะ แผนฯ สามารถดำเนินการให้แกนนำชุมชนในพื้นที่ จำนวน 35,394 คน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถดำเนินกิจกรรมและทำให้ประชาชนในพื้นที่ปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ได้ถึง 290,085 คน รวมทั้งมีการใช้เทคโนโลยีในการจัดทำสื่อดิจิทัลที่สร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในประเด็นยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสุขภาวะทางเพศ โดยมีผู้ได้รับข้อมูลและเกิดความรู้ด้านสุขภาพที่เผยแพร่ผ่านสื่อดิจิทัลในสื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ จำนวน 468,851 คน ส่งผลกระทบเชิงบวกในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวาง

6) การสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่ จำนวน 303 นวัตกรรม ที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการจัดการปัญหาสุขภาพและสร้างเสริมสุขภาพของคนในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี เช่น นวัตกรรมจัดการขยะ/สิ่งแวดล้อม การดูแลสุขภาพ การจัดการแหล่งอาหารสุขภาวะ/เกษตรอินทรีย์ การป้องกันและแก้ไขจุดเสี่ยงระดับชุมชน การออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ “ตามสั่ง-ตามส่ง” แพลตฟอร์มรับ-ส่งอาหารออนไลน์สู่ชุมชนสุขภาวะและเศรษฐกิจฐานันท์ บอร์ดเกมสำหรับกลุ่มเด็กเยาวชน ในการพัฒนาโครงการเพื่อชุมชน เป็นต้น รวมถึงการพัฒนาศักยภาพนักนวัตกรรม 253 คน ให้สามารถสร้างสรรค์ผลงานนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และนวัตกรรมดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ กว่า 102 ชิ้น เช่น เครื่องมือส่งเสริมสุขภาพจิตวัยรุ่น นวัตกรรมอาหารเพื่อสุขภาพที่มีโภชนาการสูง โมเดลการพยากรณ์พัฒนา Executive Function (EF) เด็กปฐมวัย แชนบอทตอบคำถามเรื่องเพศศึกษาวัยรุ่น แอปพลิเคชันคัดกรองผู้ป่วยเครียดและซึมเศร้า เครื่องพ่นหมอกลดฝุ่นละอองขนาดเล็กในโรงเรียน เป็นต้น

7) กลไกหน่วยจัดการช่วยกระจายโอกาสและเสริมหนุนการดำเนินงานในพื้นที่ โดยมี “หน่วยจัดการเชิงพื้นที่ (จังหวัด)” และ “หน่วยจัดการเชิงประเด็น” รวมทั้งสิ้น 130 หน่วยจัดการ ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ ทำหน้าที่เป็นกลไกกระจายโอกาสและติดตามเสริมพลังให้บุคคล ชุมชน หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีหน่วยจัดการ 5 แห่ง ได้แก่ ชุมพร ลำปาง ลพบุรี นครพนม และนครปฐม ได้มีการยกระดับและขยายบทบาทในฐานะผู้เชื่อมทุน เชื่อมทรัพยากร สร้างความร่วมมือและเชื่อมประสานงบประมาณกับหน่วยงานในพื้นที่ที่มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบแก้ไขปัญหาสุขภาพให้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานเพื่อมาสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ ทำให้เกิดการกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวางที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ นอกเหนือจากโครงการที่ได้รับการสนับสนุนโดยงบประมาณจาก สสส. โดยมีโครงการที่สนับสนุนโดยงบประมาณจากแหล่งทุนในพื้นที่ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล กองทุนสุขภาพตำบล หน่วยงานภาครัฐและเอกชน เป็นต้น จำนวน 90 โครงการ

8) การสนับสนุนทุนร่วมกับภาคีเพื่อสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยแผนฯ ได้ริเริ่มการดำเนินงานในลักษณะร่วมทุน (co-investment) กับหน่วยงานที่มีบทบาทภารกิจร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่มีการผนึกกำลังและสมทบงบประมาณดำเนินงานร่วมกัน เพื่อนำไปกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามและส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในพื้นที่ รวมถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามโจทย์หรือปัญหาสุขภาพของแต่ละพื้นที่ ซึ่งที่ผ่านมาแผนฯ ได้มีการดำเนินงานในลักษณะร่วมทุน (co-investment) จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ มูลนิธิเพื่อลมหายใจเชิงใหม่ และมหาวิทยาลัยรังสิต โดยในปี 2565 นำร่องพัฒนาความร่วมมือลักษณะร่วมทุน (co-investment) กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในฐานะองค์กรที่มีบทบาทหน้าที่พัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในพื้นที่ โดยแผนฯ ได้ผลักดันให้เกิดการปรับปรุงระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการตั้งงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสมทบกองทุน (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565 ซึ่งการปรับแก้ระเบียบดังกล่าว ทำให้ อปท. สามารถสมทบงบประมาณร่วมกับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อดำเนินงานในลักษณะร่วมทุนได้

5. บทสังเคราะห์ประเด็นท้าทายและโอกาสการดำเนินงานของแผนในระยะ 5 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2566-2570)

จากข้อมูลสถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยกำหนดสุขภาพในอีก 10 ปีข้างหน้า เมื่อนำมาพิจารณาประกอบการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมของแผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาพ (SWOT Analysis) และผลการประเมินแผนหลัก (พ.ศ. 2561-2563) พบประเด็นท้าทายและโอกาสการดำเนินงานของแผนในระยะ 3 ปีข้างหน้าที่สุดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) และกรอบนโยบายการจัดทำแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) รวมถึงผลกระทบต่อเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอุบัติใหม่ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การกระจายโอกาสเพื่อการสร้างสุขภาพในประชากรต่าง ๆ ที่แผนฯ ให้การสนับสนุนอยู่แล้วยังคงให้ความสำคัญไว้เช่นเดิม ควบคู่ไปกับการเปิดโอกาสแก่พื้นที่ใหม่ ๆ และกระจายการสนับสนุนไปยังกลุ่มประชากรที่ยังเข้าไม่ถึงทุนต่าง ๆ โดยให้ครอบคลุมความเหลื่อมล้ำในทุกมิติ ทั้งเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ ความรู้และสิ่งแวดล้อม ได้แก่ คนเปราะบาง แรงงานนอกระบบ แรงงานดกงาน คนที่อยู่ในชุมชนแออัด กลุ่มชาติพันธุ์ ผู้พิการ คนยากจน โดยเป็นการสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับความเหลื่อมล้ำในมิติดังกล่าว โดยที่ในแต่ละกลุ่มประชากรอาจมีความเหลื่อมล้ำมากกว่าหนึ่งมิติ ซึ่งจะต้องมีการคิดค้นกลไกการกระจายโอกาสที่จะสามารถเข้าถึงกลุ่มคนเหล่านี้ได้ง่าย มีการออกแบบการสนับสนุนทุนที่ช่วยลดทอนข้อจำกัดการจัดทำเอกสารเพื่อเสนอโครงการและการรายงานผลการดำเนินงาน รวมถึงเครื่องมือปฏิบัติงานต่าง ๆ และกำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สามารถปรับเปลี่ยนได้สอดคล้องและเหมาะสมกับกลุ่มประชากร นอกจากนี้ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กและเยาวชนให้สามารถขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อเด็กและเยาวชนในสถานการณ์ปัจจุบัน เช่น การลดความขัดแย้งระหว่างวัย การป้องกันช่วยเหลือและเยียวยาภาวะซึมเศร้าและความเครียด การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสร้างความรู้ด้านสุขภาพ การลดปัจจัยเสี่ยงคุกคามทางสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนที่เป็นจุดคานงัดสำคัญ เช่น อุบัติเหตุทางถนน การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย ความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นต้น

2) การเปิดประเด็นงานใหม่ ๆ หรือเพิ่มการสนับสนุนมากขึ้นในประเด็นงานที่ยังดำเนินงานไม่ได้มากนัก โดยเฉพาะประเด็นปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาพที่สุดคล้องตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ได้แก่ การใช้สิ่งเสพติด สุขภาพจิต มลพิษทางอากาศ โรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ โดยเฉพาะการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 รวมทั้งมีความท้าทายของการดำเนินงานในบางประเด็นที่มีสถานการณ์ความรุนแรงของปัญหาในบางพื้นที่และบางกลุ่มประชากร เช่น การบริโภคยาสูบในพื้นที่ภาคใต้ การดื่มสุราในพื้นที่ภาคเหนือ ปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กในพื้นที่ภาคเหนือ ปัญหาสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและเยาวชน ปัญหาขยะพลาสติกในครัวเรือนในเมืองท่องเที่ยวและกรุงเทพมหานคร เป็นต้น

3) การขยายผลต้นแบบหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพ แม้ว่าผลการดำเนินงานได้สร้างต้นแบบหมู่บ้านที่สามารถจัดการสุขภาพได้ด้วยตนเองก็ตาม แต่หน่วยงานในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ ยังมีบทบาทและมีส่วนร่วมรับผิดชอบกับสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ค่อนข้างจำกัด หากเพิ่มการมีส่วนร่วมของหน่วยงานเหล่านี้ในการสนับสนุนการดำเนินงานจะทำให้เกิดประโยชน์ยิ่งขึ้น ดังนั้น แผนฯ จะนำต้นแบบดังกล่าวมาดำเนินการต่อเนื่อง และผลักดันให้ความรู้และแนวทางการดำเนินงานของต้นแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพด้วยกลไกสภาผู้นำชุมชนถูกส่งต่อเพื่อขยายผลสู่ภาคีร่วมรับผิดชอบในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพในทุกมิติให้มากขึ้น โดยเฉพาะโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อทดลองและพิสูจน์การดำเนินงานในรูปแบบดังกล่าว และนำบทเรียนที่ได้จากการดำเนินงานไปขยายผลร่วมกับภาคยุทธศาสตร์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการกิจและสามารถสร้างการขยายผลได้ เช่น สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนให้เกิดการขยายผลและการขับเคลื่อนงานต่อในระยะยาว ขณะเดียวกัน จะมีการพัฒนาระดับหมู่บ้านต้นแบบในพื้นที่ต่างๆ เพื่อสร้างระบบการรับมือและปรับตัวต่อโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ โดยเฉพาะการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมหรือการใช้ชุมชนเป็นฐาน

4) การมุ่งเน้นและขยายการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่เขตเมือง เพื่อแก้ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เช่น การจัดการขยะ น้ำเสีย ความแออัดและเสื่อมโทรมของที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ฯลฯ โดยเฉพาะพื้นที่กรุงเทพมหานคร จะมีการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการของกลุ่มแผนเชิงพื้นที่ องค์กรและกลุ่มประชากร ที่ได้กำหนดเป้าหมายหลักสำคัญคือ ประชาชนในกรุงเทพมหานครมีวิถีชีวิต สังคมและสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาวะที่ดี และ**เขตสุขภาพพิเศษ** ได้แก่ พื้นที่ทางเศรษฐกิจแหล่งท่องเที่ยวทางทะเล พื้นที่ที่มีการเคลื่อนย้ายประชากรข้ามชาติ และการค้าขนส่งชายแดนที่มีพลวัตสูง เขตพื้นที่เฉพาะ (ประชากรข้ามชาติ) เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีบริบทสถานการณ์ปัญหาและความต้องการเฉพาะแตกต่างจากพื้นที่ปกติ โดยอาจใช้แนวทางการบริหารจัดการแบบทั่วไปและการบริหารจัดการเฉพาะเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันได้อย่างครอบคลุม รวมถึงอาจเปิดพื้นที่การสนับสนุนลักษณะอื่น ๆ ที่ไม่ใช่พื้นที่เชิงภูมิศาสตร์ แต่เป็นพื้นที่เสมือนหรือชุมชนออนไลน์หรือพื้นที่ที่มีการรวมตัวของกลุ่มคนที่สนใจประเด็นปัญหา

5) สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ที่สอดคล้องตามประเด็นทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 - 2574) ของ สสส. เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) และเน้นการใช้ประโยชน์จากสารสนเทศสุขภาพส่วนบุคคล (personal health informatics) ในการดูแลสุขภาพ โดยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะ นอกจากนี้อาจมีการพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการหรือแกนนำสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ ให้สามารถสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาวะที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ เฝ้าระวัง และแนะนำช่องทางการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชนแต่ละกลุ่มให้ตรงกับความต้องการ โดยเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาสุขภาพของแต่ละพื้นที่ รวมถึงการบูรณาการเชื่อมประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ที่มีศักยภาพในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการทำงานให้มีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

6) การสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่ พัฒนาเกณฑ์เพื่อคัดกรองนวัตกรรมที่มีศักยภาพในการพัฒนาต่อยอดหรือทำซ้ำเพื่อการขยายผลในวงกว้าง และการส่งต่อนวัตกรรม โดยวางแผนการทำงานร่วมกับสำนักวิชาการและนวัตกรรม สสส. สำหรับนวัตกรรมที่มีอยู่แล้วเร่งดำเนินการจัดกลุ่มให้เป็นหมวดหมู่ตามประเด็นสุขภาวะ และทำการเผยแพร่ให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการสนับสนุนทุนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดการปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้ รวมถึงให้ความสำคัญกับพัฒนาศักยภาพกลุ่ม บุคคล องค์กร ให้มีทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อพัฒนานวัตกรรมที่มุ่งเน้นให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ อย่างหลากหลาย โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเปราะบาง หรือได้รับผลกระทบจากปัญหาต่าง ๆ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ เด็กและเยาวชน เป็นต้น

7) การเพิ่มศักยภาพหน่วยจัดการ แม้ว่าหน่วยจัดการจะมีศักยภาพในการเป็นกลไกกระจายโอกาสลงสู่พื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพก็ตาม แต่ยังมีข้อท้าทายในการค้นหาหน่วยจัดการที่สามารถกระจายโอกาสไปยังพื้นที่ใหม่ ๆ หรือกลุ่มประชากรใหม่ที่ยังเข้าไม่ถึงทุนต่าง ๆ โดยง่าย นอกจากนี้เนื่องจากมีหลายหน่วยงานที่ทำงานด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งต่างมีเป้าหมายการทำงานร่วมกันในการลดภัยคุกคามและพัฒนาสุขภาวะของประชาชนในพื้นที่ ดังนั้น หน่วยจัดการควรเพิ่มบทบาทและศักยภาพในการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานหรือองค์กรในพื้นที่ รวมถึงการเชื่อมประสานทรัพยากรและเชื่อมทุน เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหา สุขภาวะในพื้นที่ และขยายผลการดำเนินงานสู่วงกว้าง ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนได้มากและทั่วถึงยั่งยืนยิ่งขึ้น

8) การให้ความสำคัญกับการขยายฐานการทำงานในลักษณะร่วมทุน (co-investment) ที่มีการสมทบงบประมาณดำเนินงานร่วมกันกับองค์กรอื่นๆ ที่มีบทบาทภารกิจร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มหาวิทยาลัยในพื้นที่ องค์กรสาธารณประโยชน์ เป็นต้น สร้างมิติใหม่ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ที่เป็นการผนึกกำลังและรวมทรัพยากร เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนงานในทิศทางและเป้าหมายที่มุ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพร่วมกันตามบทบาทภารกิจของแต่ละฝ่าย โดยเน้นการกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพตามโจทย์หรือปัญหาสุขภาวะของแต่ละพื้นที่ให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น

9) การพัฒนาระบบสนับสนุนต่าง ๆ ในเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทั้งระบบข้อมูล ระบบการติดตามประเมินผลตั้งแต่ระดับโครงการและระดับแผน การพัฒนาศักยภาพภาคีและเสริมพลังหน่วยจัดการ การจัดการความรู้และสื่อสารสาธารณะ การสนับสนุนทีมประเมินผลหน่วยจัดการและพัฒนาทีมประเมินผลให้มีคุณภาพเพื่อให้ได้ผลประเมินที่มีมาตรฐานสำหรับใช้ประโยชน์เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาการทำงานของแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาการสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและสร้างภาพลักษณ์ให้สังคมจดจำ รวมถึงการสื่อสารเพื่อเสริมพลังการทำงานของภาคีและสร้างแรงบันดาลใจในการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาวะให้เข้าถึงประชาชนกลุ่มต่าง ๆ การพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการให้มีสมรรถนะที่จำเป็นเพื่อเสริมบทบาทหน่วยจัดการให้ทำงานตามภารกิจได้อย่างสมบูรณ์

ค่านิยมเชิงปฏิบัติการ

1) การกระจายโอกาส หมายถึง การกระจายทุนในการสนับสนุน การกระจายความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ และการกระจายโอกาสในการพัฒนาทุนเสริมความเข้มแข็งให้แก่หมู่บ้าน/ชุมชนและกลุ่มเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาสุขภาวะในพื้นที่

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

3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการกระทำโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม

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

5) การเชื่อมทุน หมายถึง การเชื่อมประสานเพื่อให้แหล่งทุนต่าง ๆ ในจังหวัด เช่น กองทุนสุขภาพ ตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น สามารถสนับสนุนทุนให้แก่ภาคีเพื่อดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาของพื้นที่หรือประเด็นยุทธศาสตร์ของจังหวัด เป็นการขยายให้เกิดการสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้มากขึ้นจากที่ สสส. สนับสนุน

6) การร่วมทุน หมายถึง การสร้างความร่วมมือในการดำเนินงานกับหน่วยงานที่มีบทบาทต่อสุขภาพของประชาชนและมีความพร้อมในการจัดสรรทรัพยากรเข้าร่วมดำเนินงานกับกองทุน เพื่อสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามประเด็นปัญหาของพื้นที่หรือประเด็นยุทธศาสตร์ของจังหวัด

7) พื้นที่เสมือน หมายถึง ชุมชนออนไลน์ซึ่งเป็นพื้นที่ที่นำพาผู้คนที่มีความคิดเหมือนกัน หรือมีลักษณะและความสนใจร่วมกันมาอยู่รวมตัวกันเป็นชุมชน มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการรวมกันแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยน ข้อมูล โดยมีการสื่อสารผ่านเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ อาทิ ชุมชนที่มีไลฟ์สไตล์ อาหาร หรือการออกกำลังกาย ที่เหมือนหรือคล้ายกัน เป็นต้น

จุดเน้นของแผน

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

1. ขยายและกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ เน้นให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพและสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ รวมถึงลดผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอุบัติใหม่ โดยมีการกระจายโอกาสใน 3 ลักษณะ ได้แก่

(1) เชิงกลุ่มประชากร โดยเฉพาะกลุ่มประชากรที่มีความเหลื่อมล้ำในมิติต่าง ๆ เช่น คนเปราะบาง แรงงานนอกระบบ แรงงานดกงาน ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด กลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มคนยากจน ฯลฯ และกลุ่มประชากรที่กำลังเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาจากปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาพ เช่น กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน (อายุ 10-24 ปี) ที่มีประเด็นสุขภาพที่สำคัญ⁸⁰ คือ ปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ภาวะซึมเศร้าและความเครียด เป็นต้น

(2) เชิงพื้นที่ ครอบคลุมทั้งพื้นที่เสมือน (ชุมชนออนไลน์) หรือพื้นที่ที่มีการรวมตัวของกลุ่มคนที่สนใจประเด็นปัญหาร่วมกัน และพื้นที่เชิงภูมิศาสตร์ โดยเน้นการดำเนินงานให้พื้นที่มีขีดความสามารถในการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพด้วยตนเองให้สอดคล้องกับบริบทความต้องการและสถานการณ์ปัญหาเฉพาะที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นการสร้างความรอบรู้เท่าทันต่อปัจจัยที่มีความซับซ้อน

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

และส่งผลกระทบต่อสุขภาพในเขตพื้นที่เมือง หรือการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบที่แตกต่างจากพื้นที่ปกติในเขตสุขภาพพิเศษ เช่น พื้นที่ทางเศรษฐกิจแหล่งท่องเที่ยวทางทะเล พื้นที่ที่มีการเคลื่อนย้ายประชากรข้ามชาติและการค้าขนส่งชายแดนที่มีพลวัตสูง เขตพื้นที่เฉพาะ (ประชากรข้ามชาติ) เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก เป็นต้น

(3) **เชิงประเด็น** โดยเฉพาะประเด็นปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาพที่สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 - 2574) ซึ่งกำหนดเป้าหมายหลักไว้ 8 เรื่อง ได้แก่ ลดอัตราการบริโภคยาสูบ ลดอัตราการบริโภคสุราและสิ่งเสพติด เพิ่มสัดส่วนการบริโภคอาหารอย่างสมดุล เพิ่มสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกาย ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน เพิ่มสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตสมบูรณ์ ลดผลกระทบสุขภาพจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อม และเตรียมพร้อมรับมือปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่โดยเฉพาะการแพร่ระบาดของของโรคโควิด-19 และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ

2. **สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นเครื่องมือสร้างการเรียนรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy)** ให้แก่หน่วยจัดการสำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ โดยเฉพาะประเด็นลดปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาพตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) รวมถึงสนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงข้อมูลดิจิทัลที่สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพได้มากขึ้น

3. **พัฒนาและยกระดับขีดความสามารถของหน่วยจัดการ** เพื่อเป็นหุ้นส่วนร่วมดำเนินงานกับแผนฯ ในการกระจายโอกาสไปยังพื้นที่ใหม่ ๆ หรือกลุ่มเป้าหมายใหม่ที่เข้าถึงไม่ถึงต่าง ๆ ให้ครอบคลุมความเหลื่อมล้ำในทุกมิติ และสามารถหนุนเสริมการดำเนินงานและสนับสนุนข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือให้กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่มีขีดความสามารถในการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพด้วยตนเอง รวมทั้งสนับสนุนการเสริมศักยภาพเพื่อขยายบทบาทหน่วยจัดการในการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานหรือองค์กรในพื้นที่ การเชื่อมประสานทรัพยากรและเชื่อมทุน เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่

4. **สร้างความร่วมมืออย่างมีเป้าหมายร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ที่มีบทบาทภารกิจด้านสุขภาพ** เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ในลักษณะของการร่วมทุน (co-Investment) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานแก้ไขปัญาสุขภาพและลดภัยคุกคามต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ รวมถึงเป็นการขยายพื้นที่หรือผู้รับประโยชน์ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น ตลอดจนการเชื่อมโยงและพัฒนาเครือข่ายหน่วยจัดการและหน่วยงานในพื้นที่ให้เกิดการสานพลังและหนุนเสริมซึ่งกันและกันในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่

5. **เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบสนับสนุนการบริหารจัดการ** โดยเน้นการใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลผลลัพธ์และข้อมูลการประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาทั้งในระดับโครงการระดับหน่วยจัดการและระดับแผน เพื่อเสริมพลังภาคในพื้นที่ พัฒนาต่อยอดขยายผลการดำเนินงาน และการสื่อสารสาธารณะ รวมถึงยกระดับศักยภาพของบุคลากรภายในแผนฯ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

ตัวชี้วัดการดำเนินงานในระยะ 5 ปี

1. กลุ่มเป้าหมายหรือพื้นที่ที่ได้รับการกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ มีความเข้มแข็งสามารถจัดการปัญหาสุขภาพในพื้นที่ด้วยการคิดและดำเนินการด้วยตนเอง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ตามประเด็นทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 - 2574) ของกองทุน หรือประเด็นสุขภาพอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาของพื้นที่ ไม่น้อยกว่า 10,000 โครงการ
2. หน่วยจัดการมีขีดความสามารถในการสนับสนุนและหนุนเสริมให้ชุมชนหรือกลุ่มเป้าหมายสามารถสร้างสุขภาพที่ดี เกิดการเชื่อมประสานความร่วมมือกับหน่วยงานในพื้นที่ให้มีส่วนร่วมตัดสินใจพิจารณาโครงการ เชื่อมทรัพยากร และ/หรือเชื่อมทุนในพื้นที่เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ จำนวนไม่น้อยกว่า 15 แห่ง
3. หน่วยงานหรือองค์กรที่มีบทบาทภารกิจการทำงานด้านสุขภาพ ร่วมสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาสุขภาพของพื้นที่ ในลักษณะร่วมทุน (co-investment) จำนวนไม่น้อยกว่า 20 แห่ง

กรอบแนวคิดการดำเนินงานของแผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาพ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 -2570)

แผนสร้างสรรค์โอกาสสร้างเสริมสุขภาพจะกำหนดกรอบแนวคิดการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) ดังภาพ โดยกำหนดเป้าหมายการกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพไปยังพื้นที่หรือกลุ่มประชากรที่มีความเหลื่อมล้ำในมิติต่าง ๆ จำนวนไม่น้อยกว่า 10,000 โครงการ มุ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ตามประเด็นทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 - 2574) ของ สสส. หรือประเด็นสุขภาพอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาของพื้นที่ โดยกำหนดยุทธศาสตร์ดำเนินงานกระจายโอกาสผ่านกลไกหน่วยจัดการ ทั้ง “หน่วยจัดการเชิงพื้นที่ (จังหวัด)” และ “หน่วยจัดการเชิงประเด็น” ซึ่งเป็นภาคีดำเนินงานอยู่ในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ โดยจะมีการพัฒนาขีดความสามารถหน่วยจัดการและประชาชนกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงยุทธศาสตร์การสานพลังเครือข่ายและสร้างความร่วมมืออย่างมีเป้าหมายกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีบทบาทการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันการศึกษาในพื้นที่ ฯลฯ ตลอดจนการพัฒนากลไกสนับสนุนการดำเนินงานทั้งในส่วนการติดตามประเมินผล การพัฒนาศักยภาพภาคี การพัฒนาระบบข้อมูล และการสื่อสารสาธารณะ ซึ่งจะมีส่วนช่วยสนับสนุนให้การดำเนินงานของหน่วยจัดการและประชาชนกลุ่มเป้าหมายสามารถดำเนินงานจนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพในพื้นที่ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้



วัตถุประสงค์

1. เพื่อขยายและกระจายโอกาสการสนับสนุนให้หมู่บ้าน/ชุมชนและประชากรกลุ่มเป้าหมายมีขีดความสามารถในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ สามารถจัดการ/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ/หรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพได้ตามเป้าหมายโครงการ
2. เพื่อเพิ่มขีดความสามารถและยกระดับสมรรถนะหน่วยจัดการให้สามารถทำงานร่วมกับแผนฯ ได้บรรลุตามเป้าหมายและจุดเน้นของแผนภายใต้ความปกติใหม่ (new normal)
3. เพื่อให้เกิดการสนับสนุนทุนร่วมกับหน่วยงานที่มีบทบาทภารกิจด้านสุขภาพ โดยสามารถกระจายโอกาสให้ภาคีในพื้นที่เข้าถึงการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละพื้นที่
4. เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการบริหารจัดการแผนฯ ครอบคลุมเรื่องระบบข้อมูล ผลลัพธ์และข้อมูลการติดตามประเมินผลทั้งในระดับโครงการ ระดับหน่วยจัดการและระดับแผน รวมถึงการนำไปใช้ประโยชน์ในการเสริมพลังและพัฒนาสมรรถนะภาคี พัฒนาต่อยอดขยายผลการดำเนินงานและการสื่อสารสาธารณะ

กลุ่มเป้าหมาย/ขอบเขตการดำเนินงาน

แผนฯ กำหนดกลุ่มเป้าหมายทั้งเชิงกลุ่มประชากร เชิงพื้นที่และเชิงประเด็นในการดำเนินงาน ดังนี้

1. เชิงกลุ่มประชากร แบ่งเป็น

- (1) กลุ่มผู้ได้รับประโยชน์จากการกระจายโอกาส แผนฯจะให้ความสำคัญกับเป็นกลุ่มประชากรที่มีปัญหาความเหลื่อมล้ำในมิติต่างๆ หรือกำลังเผชิญกับปัญหาจากปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาพ เช่น

คนเปราะบาง แรงงานนอกระบบ แรงงานตกราง คนที่อยู่อาศัยในชุมชนแออัด กลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มคนยากจน กลุ่มเด็กและเยาวชน เป็นต้น

(2) **กลุ่มภาคีร่วมขับเคลื่อน** ได้แก่ องค์กรสาธารณประโยชน์ องค์กรภาคประชาสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข สถาบันการศึกษา สถาบันวิชาการ สื่อมวลชน ที่มาร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่

2. เชิงพื้นที่ ได้แก่ พื้นที่เสมือน (ชุมชนออนไลน์) หรือพื้นที่ที่มีการรวมตัวของกลุ่มคนที่สนใจประเด็นปัญหาร่วมกัน และพื้นที่เชิงภูมิศาสตร์โดยเฉพาะในระดับชุมชน/หมู่บ้าน รวมถึงพื้นที่เขตเมืองและเขตสุขภาพพิเศษ

3. เชิงประเด็น ได้แก่ ประเด็นที่เป็นปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาพที่สอดคล้องตามบริบทและปัญหาของพื้นที่ และสอดคล้องตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

1. ยุทธศาสตร์การกระจายโอกาสและเพิ่มขีดความสามารถด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยแผนฯ มุ่งการกระจายโอกาสและเพิ่มการเปิดโอกาสพื้นที่ใหม่ๆ ไปยังกลุ่มประชากรต่าง ๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ให้ครอบคลุมความเหลื่อมล้ำในทุกมิติ และมุ่งเน้นการพัฒนาให้เกิดกลไกในพื้นที่ที่สามารถจัดการปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเองในประเด็นปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาพที่สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 ลักษณะ คือ **เชิงกลุ่มประชากร เชิงพื้นที่และเชิงประเด็น** ตลอดจนสนับสนุนหน่วยจัดการให้สามารถกระจายโอกาสไปยังพื้นที่ใหม่ๆ และกลุ่มเป้าหมายใหม่ ๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงการสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาและยกระดับขีดความสามารถของหน่วยจัดการให้สามารถทำงานร่วมกับแผนฯ ได้บรรลุตามเป้าหมายและจุดเน้นของแผน โดยเฉพาะการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานหรือองค์กรในพื้นที่ การเชื่อมประสานทรัพยากร และเชื่อมทุนในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาและเสริมสร้างสุขภาพในพื้นที่

2. ยุทธศาสตร์การสานพลังภาคีเครือข่ายและสร้างความร่วมมืออย่างมีเป้าหมายร่วม โดยการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ ที่มีบทบาทการทำงานด้านสุขภาพ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันการศึกษาในพื้นที่ ฯลฯ ในลักษณะของการร่วมทุน (co-investment) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพและลดภัยคุกคามต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ รวมถึงเชื่อมโยงและพัฒนาเครือข่ายหน่วยจัดการเพื่อสานพลังและเสริมหนุนการดำเนินงานซึ่งกันและกันในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่

3. ยุทธศาสตร์การพัฒนากลไกสนับสนุนการดำเนินงาน โดยการสนับสนุนชุดความรู้/นวัตกรรม และ/หรือการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสร้างการเรียนรู้และสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ โดยเฉพาะในประเด็นลดปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาพที่สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) การสนับสนุนที่ประเมินผลหน่วยจัดการและส่งเสริมให้มีการใช้ข้อมูลผลการประเมินจากทีมประเมินผลมาใช้เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาสมรรถนะหน่วยจัดการรวมถึงการเสริมพลังการทำงานของภาคี การบริหารจัดการของแผนฯ การสื่อสารสาธารณะเพื่อเผยแพร่กิจกรรมและผลลัพธ์การสร้าง

เสริมสุขภาพต่างๆ และสร้างภาพลักษณ์ในมุมมองของการสร้างสรรค์โอกาส รวมถึงการสร้างแรงบันดาลใจที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ/หรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะ

งบประมาณ

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

12. แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ

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

1. ที่มาและความสำคัญ ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ แผนเฉพาะในแต่ละด้าน และทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี

จากการที่รัฐบาลจัดทำแผนปฏิรูปประเทศ ได้กำหนดให้มี แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข เป็นแผนและขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปในด้านต่างๆ ที่ต้องสอดคล้องกับแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ซึ่ง “แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข” ตอบสนองต่อประเด็นการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิตและประเด็นการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีแบ่งเป็น 5 แผนย่อย ดังนี้ 1) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ 2) การใช้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี 3) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยสนับสนุนการสร้างสุขภาพที่ดี 4) การกระจายบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ และ 5) การพัฒนาและสร้างระบบรับมือและปรับตัวต่อโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และ ทิศทางระบบสุขภาพโลก ที่ต้องเปลี่ยนแปลงสู่ระบบสุขภาพวิถีใหม่ การสร้างเสริมสุขภาพของระบบบริการสุขภาพ จึงต้องมีการปรับตัวขนานใหญ่ มุมมอง องค์ความรู้ ทักษะที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โลกมุ่งสู่ระบบสุขภาพหนึ่งเดียว (one world one health) เทคโนโลยี สมัยใหม่เข้ามามีบทบาทกับประชาชนและระบบบริการสูงมาก ปัญหาสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูล และ การใช้บริการสุขภาพ ก็เปลี่ยนแปลงตามวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป

ทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) กำหนดวิสัยทัศน์ ทุกคนบนแผ่นดินไทยมีวิถีชีวิต สังคมและสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อสุขภาพ และเป้าหมาย 8 ประเด็นหลัก คือ 1) ลดอัตราการบริโภคนาสูบ 2) ลดอัตราการบริโภคสุราและสิ่งเสพติด 3) เพิ่มสัดส่วนการบริโภคอาหารอย่างสมดุล 4) เพิ่มสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกาย 5) ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน 6) เพิ่มสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตสมบูรณ์ 7) ลดผลกระทบสุขภาพจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อม และ(8) เตรียมพร้อมรับมือปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น ในขณะเดียวกันการพัฒนายุทธศาสตร์การดำเนินงานต้องพัฒนาเชิงระบบ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำหรือสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพของประชาชนอีกด้วย

แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ มุ่งเน้นสนับสนุนการขับเคลื่อนตามหลักการกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) คือ การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (reorient health service) ให้มุ่งสู่การสร้างเสริมสุขภาพและสุขภาพที่ไม่ใช่การให้บริการทางการแพทย์ รวมถึงการแบ่งปันศักยภาพร่วมกับภาคส่วนอื่น ๆ โดยมีบุคลากรสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อให้มีส่วนร่วมสนับสนุนการเสริมสร้างความรู้และการสนับสนุนชี้แนะทางสุขภาพและยุทธศาสตร์ไตรพลัง พลังนโยบาย พลังความรู้ และพลังสังคม ในการกำหนดกรอบการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ คือ ผลักดันบทบาทสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพให้เป็นบทบาทของทุกภาคส่วน ทั้งระดับบุคคลในชุมชน บุคลากรสุขภาพ หน่วยงานบริการสุขภาพ ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม สนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนงานร่วมกันเพื่อให้ระบบบริการสุขภาพปรับทิศทางมาสู่การสร้างเสริมสุขภาพ มิใช่แค่การดูแลรักษาเท่านั้น แต่พิจารณาถึงปัจจัยเสี่ยงและความหลากหลายทางนิเวศวิทยาที่มีผลต่อวิถีชีวิต เช่น สังคม การเมือง เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมทางสุขภาพ โดยบูรณาการกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) ทั้ง 5 ประการ เข้าด้วยกัน คือการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การเสริมสร้างความเข้มแข็งในการ

ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน และ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยที่ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีวิวัฒนาการมากกว่า 100 ปี ซึ่งประกอบด้วยบริการตั้งแต่การสาธารณสุขมูลฐานและบริการสุขภาพปฐมภูมิ (primary health care) บริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ และบริการเฉพาะทางขั้นสูง ตลอดจน บริการการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและการแพทย์พื้นบ้าน ที่ผสมผสาน เชื่อมโยงทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลระยะท้าย ซึ่งหน่วยบริการส่วนใหญ่ของประเทศเป็นบริการภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

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

การสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพนั้น จุดคานงัดที่สำคัญคือ การปรับระบบและพัฒนาศักยภาพของการสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) และ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (primary care) ซึ่งตามปฏิญญาอัสตานา (Astana Declaration) แนะนำให้มีการสนับสนุนการขับเคลื่อนงาน ประกอบด้วย 1) ภาครัฐและสังคมจะต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริม และคุ้มครองสุขภาพและสุขภาวะของประชาชนให้ดีขึ้นทั้งในระดับประเทศ และระดับบุคคลตลอดจนระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง 2) การสาธารณสุขมูลฐาน และการบริการด้านสุขภาพ จะต้องมีความสูง มีความปลอดภัย ครอบคลุม มีการบูรณาการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย และราคาเหมาะสมสำหรับประชาชนทุกคน พร้อมด้วยการบริการโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมที่มีคุณภาพมาตรฐาน มีทักษะความชำนาญมีความกระตือรือร้น 3) ชาวบ้านและชุมชนจะต้องมีพลังและร่วมกันในการดูแลสุขภาพของตนเองให้ดี และเป็นผู้นำด้านสุขภาพ รอบด้าน และ 4) ผู้มีส่วนร่วมทุกภาคส่วนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จะต้องประกาศตนในการเข้าร่วมส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งต่อนโยบายสุขภาพระดับชาติ ตลอดจนยุทธศาสตร์การพัฒนาและแผนการดำเนินงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในระดับอำเภอ สสส. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิในลักษณะเครือข่ายจากทุกภาคส่วนที่เรียกว่า “ระบบสุขภาพระดับอำเภอ” (District Health System: DHS) คือ ระบบการจัดการด้านสุขภาพ กระบวนการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ครอบคลุมถึงการจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ประสานภาคส่วนต่างๆ ตามบริบทของพื้นที่ นำสู่การประกาศ “ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561” ด้วยกลไกที่เรียกว่า “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” (District Health Board: DHB) ตามหลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” โดยมีนายอำเภอ เป็นประธาน และสาธารณสุขอำเภอ เป็นเลขานุการ ร่วมกับภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ทำหน้าที่กำหนดเป้าหมาย/แนวทางการดำเนินงานดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในอำเภอ ซึ่งเป็น “นวัตกรรมทางสังคม” ที่นำภาคสาธารณสุขและนอกสาธารณสุขมาร่วมทำงานขับเคลื่อนสร้างคุณภาพชีวิตและสุขภาพตามแนวทางประชารัฐ ทั้ง 878 อำเภอ

ทั่วประเทศ สำหรับจังหวัดกรุงเทพมหานคร ได้ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พช.) ที่มีผู้อำนวยการเขตเป็นประธานขับเคลื่อน ซึ่งสอดคล้องกับการแบ่งพื้นที่การปกครองในกรุงเทพมหานคร ทั้ง 50 เขต และ เมื่อวันที่ 26 เมษายน 2562 ได้มีการประกาศ “พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562” ซึ่งมีนิยามขอบเขต ดังนี้ 1) “บริการสุขภาพปฐมภูมิ” หมายความว่า บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวมตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสานครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ 2) “ระบบสุขภาพปฐมภูมิ” หมายความว่า กลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือ เพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ แนวคิดหลักคือเปลี่ยนแนวคิดจากการใช้โรงพยาบาลและวิชาชีพเป็นฐานมาเป็นผู้รับบริการเป็นฐาน เน้นการดูแลคนดูแลเป็นทีมโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง และจัดให้มีทีมหมอครอบครัวโดยประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สหสาขาวิชาชีพ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมกันดูแลประชาชน 10,000 คน จัดบริการที่เชื่อมโยงบูรณาการ ดูแลทุกคน ดูแลทุกอย่าง ดูแลทุกที่ ดูแลทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี โดยมีระบบการเงินที่เอื้อและสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการอย่างบูรณาการ โดยคาดหวังว่าระบบดังกล่าวจะทำให้ประชาชนไทยมีสุขภาพดีขึ้น ลดการป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลรักษาโรคเรื้อรังและลดภาวะแทรกซ้อน ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิดีขึ้นและลดการใช้บริการที่โรงพยาบาลที่ไม่จำเป็นลง อันจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ โดยในปี 2564 มีเป้าหมายขึ้นทะเบียนสะสม จำนวน 2,500 หน่วย และ ครอบคลุม 6,500 หน่วย ในระยะเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2572)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญมาก คือ ความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการทำงานของบุคลากรสุขภาพ โดยมุ่งเน้นให้เกิดการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ ที่ต้องปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาบุคลากรสุขภาพให้มีความพร้อมทั้งด้านวิชาการ มีความรู้เท่าทันสถานการณ์ใหม่ ๆ และมีพลังใจในการปฏิบัติงานบริการสุขภาพในด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และคุ้มครองผู้บริโภค นอกจากนี้ ยังต้องเปิดกว้างเชื่อมโยงมุมมองด้านอื่น ๆ เช่น สังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ บุคลากรสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่กระตุ้น สนับสนุน เสริมพลังให้บุคคล ครอบครัว ชุมชนมีศักยภาพสามารถดูแลสุขภาพและจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพ รวมถึงการวางแผนด้านกำลังคนสุขภาพ การกระจาย และสมรรถนะของบุคลากรสุขภาพ ในการหนุนเสริมให้เกิดการพัฒนาและขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิและเครือข่ายบริการ นอกจากนี้ควรคำนึงถึงควบคู่กับการพัฒนาระบบการเรียนการสอน หลักสูตร และการพัฒนาอาจารย์ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ใช้โรงพยาบาลชุมชนเป็นฐาน มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งอาศัยระบบการทำงานที่มีส่วนรวมและมีการบูรณาการระหว่างวิชาชีพ และด้วยสถานการณ์โลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีการเติบโตของสังคมเมืองอย่างก้าวกระโดดและเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ อีกทั้งการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีผลกระทบโดยตรงต่อระบบบริการสุขภาพ ทำให้เกิดการทบทวนรูปแบบบริการให้สามารถรองรับผู้ป่วยได้ในทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพ มีการเกิดขึ้นของการแพทย์วิถีใหม่ (new normal of medical service) ที่นำเทคโนโลยีและพัฒนาระบบข้อมูลมาสนับสนุนการจัดบริการ อีกทั้งจำเป็นต้องสร้างการมีส่วนร่วมผู้ป่วย ประชาชนและชุมชน ให้มีความรอบรู้ด้านและสุขภาพที่เพียงพอ จึงจะสามารถขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิ

และระบบสุขภาพชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะกำลังสำคัญที่โดดเด่น ได้รับการยกย่องจากนานาชาติ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กว่า 1,040,000 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครอีก 15,000 คน ซึ่งเป็นกลุ่มบุคลากรแนวหน้าที่เป็นกำลังสำคัญทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ในท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆ ดังนั้นการพัฒนากลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนระบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งในด้านของสาธารณสุข ระบบบริการสุขภาพ ภาคประชาชน รวมถึงภาคประชาสังคม จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อเกิดระบบสุขภาพที่มีความยั่งยืน

2. การดำเนินงานที่ผ่านมา

ผลการดำเนินงานสำคัญที่ผ่านมา อาทิ

- การสนับสนุนระบบสุขภาพอำเภอ โดยร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขในการ สนับสนุน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ครอบคลุม 12 เขตทั่วประเทศ และพัฒนาความเข้มแข็งของกลไกสนับสนุนระดับ เขต และจังหวัด
- การสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรวิชาชีพและรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน หรือ องค์กร เป็นต้น โดยเริ่มจากกลุ่มวิชาชีพพยาบาล ขยายสู่วิชาชีพกายภาพบำบัด ทันตแพทย์ และนักสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งสนับสนุนให้มีการปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอนสำหรับบุคลากรวิชาชีพทุกสาขา ตามแนวทางการพัฒนาบุคลากรสู่ศตวรรษที่ 21
- การสนับสนุนระบบสุขภาพเขตเมือง โดยเน้นการพัฒนากลไกที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในกรุงเทพมหานคร ทั้งการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศระดับพื้นที่ การพัฒนาต้นแบบ/รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน การสนับสนุนความเข้มแข็งของชุมชนด้วยเครื่องมือการจัดทำธรรมนูญพื้นที่ ตลอดจนสนับสนุนกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต และ การจัดสมัชชากรุงเทพมหานคร
- การสนับสนุนกลไกวิชาการและการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยพัฒนาเครือข่ายพัฒนา งานวิจัยสู่งานประจำในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ การศึกษาภาวะอนามัยเจริญพันธุ์ และ ข้อเสนอการพัฒนาสุขภาพเขตเมือง เป็นต้น และมีการพัฒนารูปแบบ เกณฑ์ เครื่องมือ และ เทคโนโลยีดิจิทัล ที่ช่วยสร้างความรู้ด้านสุขภาพ เช่น การปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลด ปัญหา โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อนามัยช่องปาก และโรคโควิด-19

3. กรอบแนวคิดการดำเนินงาน



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

4. คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

- 1) หน่วยบริการสุขภาพ หมายถึง โรงพยาบาล หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ หน่วยงาน องค์กร หรือเทคโนโลยีดิจิทัลทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม/ภาคประชาชนที่จัดบริการหรือดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพหรือสนับสนุนระบบสุขภาพชุมชน
- 2) ชุมชนเข้มแข็งด้านสุขภาพ หมายถึง คุณลักษณะของชุมชนที่มีการจัดการตนเองด้านสุขภาพ มีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ (1) สร้างการเรียนรู้ มีกระบวนการเรียนรู้ และสร้างความเข้าใจร่วมกัน (2) มีองค์กรที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนให้เกิดการแก้ปัญหาและพัฒนาครอบคลุมทุกด้าน (3) สร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลง (4) สร้างโอกาสให้ทุกภาคส่วนร่วมแก้ปัญหาและพัฒนา (5) สามารถระดมเงินและ

ทรัพยากรเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนา (6) มีข้อตกลงและกติกาของชุมชน และ (7) สร้างความร่วมมือกับองค์กร หน่วยงานภายใน และภายนอกพื้นที่ได้

- 3) การจัดการตนเองด้านสุขภาพ หมายถึง การปรับเปลี่ยนมุมมองและทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองโดยครอบคลุมทั้งการตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล/การเรียนรู้ การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนและตอบสนองต่อผลกระทบ
- 4) ระบบสุขภาพเขตเมือง/พื้นที่เฉพาะ หมายถึง หน่วยบริการสุขภาพร่วมกับ กลุ่มปัจเจก องค์กร และหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งที่อยู่ในระบบบริการสุขภาพ และนอกเหนือจากระบบบริการสุขภาพ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน เป็นต้น มาร่วมกันกำหนดประเด็น ขับเคลื่อน มีแผนปฏิบัติการ บูรณาการทรัพยากร เพื่อดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพหรือจัดการปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ ในพื้นที่เขตเมือง/พื้นที่เฉพาะ

ทีมสุขภาพปฐมภูมิ หมายถึง บุคลากรสุขภาพ สหวิชาชีพ บุคลากรท้องถิ่น แกนนำ ฯลฯ ที่ทำงานร่วมกันในการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนในพื้นที่ และผลักดันให้เกิดพื้นที่เข้มแข็งและจัดการตนเองด้านสุขภาพ

จุดเน้นของแผน

1. พัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีการสร้างเสริมสุขภาพที่ได้คุณภาพ ครอบคลุมและเข้าถึงได้ ดูแลแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มประชากร และเสริมสมรรถนะบุคลากรสุขภาพ สหวิชาชีพ บุคลากรท้องถิ่น แกนนำ ประชาชนชาวบ้าน ฯลฯ ให้เป็นกลไกหลักในการสร้างการเปลี่ยนแปลงด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ สามารถปรับรูปแบบบริการและบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพเชิงประเด็นตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) เพื่อทำให้เกิดพื้นที่เข้มแข็งด้านสุขภาพ (โดยเฉพาะในระดับชุมชน ตำบล อำเภอ) ประชาชนมีขีดความสามารถในการจัดการตนเองด้านสุขภาพ ด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมกับผู้รับประโยชน์และภาคีที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาเป็นเครือข่ายการเรียนรู้ของระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อการขยายผลต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพ และยกระดับบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระบบสุขภาพชุมชน รวมถึงสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบาย

2. พัฒนานวัตกรรม ระบบและกลไกใหม่โดยความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ ที่นำไปสู่การเกิดพื้นที่เข้มแข็งและจัดการตนเองด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) และการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง หรือพื้นที่ที่มีความเปราะบาง เช่น กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน กลุ่มผู้สูงอายุ พื้นที่เขตเมือง กรุงเทพมหานคร แนวชายแดนหรือพื้นที่พิเศษ เป็นต้น ให้มีความพร้อมสามารถรับมือกับวิกฤติการณ์ด้านสุขภาพ เช่น การรองรับสถานการณ์โควิด-19 ด้านเศรษฐกิจ และสังคม

3. สนับสนุนให้ระบบบริการสุขภาพมีการใช้เทคโนโลยี ระบบดิจิทัลและระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยคำนึงถึงกระบวนการของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการเปลี่ยนแปลง (digital transformation) สร้างการเรียนรู้ การสื่อสาร การจัดการอันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สังคม และสิ่งแวดล้อมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในยุคดิจิทัล

4. บูรณาการภายใน สสส. และภาคียุทธศาสตร์เพื่อการสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดด ด้วยการขยายผลต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพโดยคำนึงถึงพลวัตเชิงพื้นที่ กลุ่มประชากร และลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดการดำเนินงาน

1. หน่วยบริการสุขภาพที่เป็นกลไกหลักในการสร้างพื้นที่เข้มแข็งและจัดการตนเองด้านสุขภาพ (ระดับชุมชน ตำบล อำเภอ) โดยบูรณาการประเด็นสร้างเสริมสุขภาพตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) สอดคล้องกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร ร่วมกับหน่วยงานองค์กรในพื้นที่ อย่างน้อย 500 หน่วยบริการ

2. ทีมสุขภาพปฐมภูมิ (บุคลากรสุขภาพ สหวิชาชีพ บุคลากรท้องถิ่น แกนนำ ฯลฯ) ที่มีขีดความสามารถในการสร้างการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ (ชุมชน ตำบล อำเภอ) เพื่อนำไปสู่การเกิดชุมชนเข้มแข็งและจัดการตนเองด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) และพลวัตเชิงพื้นที่ โดยขับเคลื่อนร่วมกับระบบบริการสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ อย่างน้อย 2,000 คน

3. นวัตกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และกลุ่มประชากร อย่างน้อย 10 นวัตกรรม

4. การขยายผลต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงประเด็นผ่านระบบบริการสุขภาพ หน่วยบริการสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สังคม และสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับพลวัตเชิงพื้นที่ อย่างน้อย 300 พื้นที่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ให้เป็นกลไกหลักในการบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับหน่วยงานองค์กรในพื้นที่ และขยายผลต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านการผลักดันนโยบาย กระบวนการเรียนรู้ และการสื่อสารที่มีประสิทธิผลและยั่งยืน

2. เพื่อสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะและเสริมศักยภาพทีมบุคลากรสุขภาพ และสานเสริมพลังเครือข่ายสหวิชาชีพเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร

3. เพื่อสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรม การใช้เทคโนโลยี ระบบดิจิทัลและระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

1. พัฒนาและเสริมศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพ บุคลากรสุขภาพ สหวิชาชีพ บุคลากรท้องถิ่น แกนนำ ฯลฯ ให้มีขีดความสามารถในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพตาม ทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) สร้างพื้นที่เข้มแข็งและจัดการตนเองด้านสุขภาพ รวมทั้งเป็นกลไกขยายผลต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านการผลักดันนโยบาย กระบวนการเรียนรู้ และการสื่อสารที่มีประสิทธิผลและยั่งยืน โดยให้คำนึงถึงพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร

2.สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ งานวิชาการ และการพัฒนานวัตกรรม การใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร

3. สานและเสริมพลังภาคีเครือข่าย ภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม และประชาชนให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนแนวทางการทำงานเพื่อสร้างผลลัพธ์และขยายผลการดำเนินงานได้อย่างก้าวกระโดด

4. พัฒนาและเชื่อมประสานการสื่อสารสังคม สื่อสารสาธารณะ เพื่อชี้แนะ ชี้นำให้เกิดการปรับระบบบริการสุขภาพ ขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชนให้ประชาชนเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพ เกิดการปรับพฤติกรรม สังคมและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการมีสุขภาพะ

กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

1. กลุ่มเป้าหมายหลัก คือ

- 1.1 หน่วยบริการสุขภาพ (ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ) บุคลากรสุขภาพ นิสิตนักศึกษา/คนรุ่นใหม่ และสหวิชาชีพ
- 1.2 ประชาชนในพื้นที่ (ชุมชน ตำบล อำเภอ จังหวัด) กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มเปราะบาง ด้อยโอกาส กลุ่มเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพ
- 1.3 พื้นที่ชุมชนชนบท พื้นที่เขตเมือง เช่น กรุงเทพมหานคร และพื้นที่ที่มีลักษณะพิเศษ เช่น พื้นที่ชายแดน

2. ภาควิทยาศาสตร์ ได้แก่

- 2.1 กระทรวงสาธารณสุข
- 2.2 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- 2.3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 2.4 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
- 2.5 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- 2.6 สถาบันการศึกษา/วิชาการ ด้านการแพทย์ สาธารณสุข หรือ ด้านสุขภาพ
- 2.7 สมาคม/สมาคม/ชมรมวิชาชีพ หรือบุคลากรสุขภาพ
- 2.8 กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น
- 2.9 เครือข่ายภาคประชาชนสร้างเสริมสุขภาพ

งบประมาณ

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

13. แผนพัฒนาระบบกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

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

1. ทิมาและความสำคัญ ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ แผนเฉพาะในแต่ละด้าน และทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี

1.1 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มีเป้าหมายการพัฒนาสำคัญเพื่อพัฒนาค้นในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ โดยคนไทยมีความพร้อมทั้งกาย ใจ สติปัญญา มีพัฒนาการที่รอบด้านและมีสุขภาวะที่ดีในทุกช่วงวัย มีจิตสาธารณะรับผิดชอบต่อสังคม มีนิสัยรักการเรียนรู้และการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต นอกจากนี้ ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม มีเป้าหมายการพัฒนาที่ให้ความสำคัญกับการดึงพลังของภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาคเอกชน ประชาสังคม ชุมชนท้องถิ่น มาร่วมขับเคลื่อน ร่วมคิดร่วมทำเพื่อส่วนรวม การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการตนเอง และการเตรียมความพร้อมของประชากรทั้งในมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อมให้เป็นประชากรที่มีคุณภาพและทำประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคม

1.2 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 (พ.ศ.2566-2570) มุ่งเน้นการปรับโครงสร้างการผลิตและบริการสู่เศรษฐกิจฐานนวัตกรรม การพัฒนาคนสำหรับโลกยุคใหม่ การมุ่งสู่สังคมแห่งโอกาสและความเป็นธรรม การเปลี่ยนผ่านไปสู่ความยั่งยืน และการเสริมสร้างความสามารถของประเทศในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงและความเสี่ยงภายใต้บริบทโลกใหม่ ดังนั้น ประเทศไทยจำเป็นต้องเตรียมพร้อมรับมือกับความท้าทายในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อกระบวนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพของภาคีเครือข่าย ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจที่มีความเหลื่อมล้ำทางรายได้ การเปลี่ยนแปลงทางสภาพภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อมที่เป็นผลกระทบมาจากภาวะโลกร้อนซึ่งทวีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยี ด้วยบริบทการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้ภาคีเครือข่าย จำเป็นต้องมีการปรับตัวมุ่งสู่การทำงานแบบเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายเพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการเตรียมความพร้อมภาคีเครือข่ายให้มีทักษะและหาวิธีการหรือเครื่องมือใหม่ ๆ ที่สามารถรับมือสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง พร้อมทั้งสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการทำงานได้ อาทิ การเข้าใจและรู้ถึงวิธีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาปรับใช้เพื่อเสริมประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น

1.3 (ร่าง) ยุทธศาสตร์การวิจัยและนวัตกรรม 20 ปี⁸¹ (พ.ศ. 2560-2579) ยุทธศาสตร์ที่ 2 การวิจัยและนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม ยุทธศาสตร์ที่ 3 การวิจัยและนวัตกรรมส่งเสริมศักยภาพในการป้องกันโรคและเสริมสร้างสุขภาพ โดยมีแนวทางเร่งรัดวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมในการดูแลสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ และการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งมุ่งเน้นการวิจัยและนวัตกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและเสริมสร้างสุขภาพ รวมถึงการลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคและภัยสุขภาพ โดยเป็นการพัฒนาและส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องผ่านงานวิจัยสหสาขา เพื่อการสร้างความรู้ ความเท่าทันด้านสุขภาพและการเป็นแพทย์ของตนเองของประชาชน รวมทั้ง ทักษะและแรงจูงใจ

⁸¹ สภานโยบายวิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ. (2560). “(ร่าง) ยุทธศาสตร์การวิจัยและนวัตกรรม 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2575)”. สภานโยบายวิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ. กรุงเทพฯ. โคคุน แอนด์ โค จำกัด

ในการลดพฤติกรรมเสี่ยงและสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม การสร้างสุขภาวะในประชากรทุกช่วงอายุ เพื่อลดการพึ่งพิงรัฐและลดภาระทางสังคม

1.4 ทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ได้กำหนดเป้าหมายสูงสุดของการสร้างเสริมสุขภาพที่ต้องการให้บุคคลมีสุขภาพดี สมบูรณ์พร้อมทั้ง 4 มิติ คือ สุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาวะทางปัญญา และสังคมดี ตามพันธกิจ สสส. ในการ “จุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลังบุคคล ชุมชน และองค์กรทุกภาคส่วน ให้มีขีดความสามารถและสร้างสรรค์ระบบสังคมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาวะที่ดี” **ภาคีเครือข่าย** เป็นหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ โดย สสส. มีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม มหาวิทยาลัย และชุมชนท้องถิ่น ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาวะอย่างก้าวกระโดด ภายใต้กรอบการทำงานการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) **สนับสนุนงานวิชาการและนวัตกรรม** 2) **สานพลังภาคีและเครือข่าย** 3) **การพัฒนาศักยภาพบุคคล ชุมชน และองค์กร** 4) **พัฒนากลไกทางนโยบายสังคมและสถาบัน** และ 5) **สื่อสารสังคม** เพื่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ทั้งนี้ สสส. จะขับเคลื่อนพันธกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลนั้น ทุกแผนของ สสส. ตลอดจนภาคีเครือข่าย สสส. ต้องการการสนับสนุนระบบและกลไกที่มีประสิทธิภาพเอื้อต่อการขับเคลื่อนและยกระดับงานสร้างเสริมสุขภาพ ที่นอกเหนือจากการสนับสนุนทุน

สสส. ให้ความสำคัญกับการพัฒนากลไกสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เพื่อหนุนเสริมและยกระดับงานสร้างเสริมสุขภาพของแผนต่าง ๆ ใน สสส. และภาคีเครือข่าย โดยกำหนดโครงสร้างกลไกสนับสนุนภายในองค์กร เป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) **การพัฒนาศักยภาพบุคลากร** 2) **การสนับสนุนโครงการ** 3) **ระบบข้อมูลและการจัดการความรู้** 4) **การกำกับ ติดตาม และประเมินผล** และ 5) **ระบบงานดิจิทัลสารสนเทศ** ซึ่งเป็นที่มาของแผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ 7 โดยมีมุ่งสู่เป้าหมายที่สำคัญ คือ “แผนต่าง ๆ ใน สสส. และภาคีเครือข่ายได้รับการสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน”

2. การดำเนินงานที่ผ่านมา

การดำเนินงานตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาของแผนพัฒนาระบบกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ เกิดผลสำเร็จที่สำคัญ ดังนี้

- 1) สสส. ได้รับการยอมรับจากองค์การอนามัยโลก มอบรางวัลเนลสัน แมนเดลา ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ประจำปี 2564 (Nelson Mandela Award for Health Promotion 2021) ซึ่งเป็นผลจากการดำเนินงานของ สสส. และภาคีเครือข่าย ตลอดระยะสองทศวรรษที่ผ่านมา เกิดผลงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเป็นที่ประจักษ์ในระดับนานาชาติ
- 2) **การสนับสนุนระบบและกลไกการทำงานของภาคีเครือข่าย สสส.** ทั้งด้านการสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ภูมิภาค ที่มีการแลกเปลี่ยนและออกแบบการทำงานในลักษณะข้ามประเด็นหรือข้ามพื้นที่ การยกระดับการทำงานของกลไกสนับสนุนเครือข่าย การสร้างพื้นที่กลางเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเสริมสมรรถนะภาคีเครือข่าย และการพัฒนาระบบสนับสนุนภาคี เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของภาคีเครือข่าย
- 3) **การพัฒนาและขับเคลื่อนความร่วมมือกับองค์กรยุทธศาสตร์ระดับนานาชาติ ที่เอื้อต่อการยกระดับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพสู่ระดับสากล** เช่น แผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย (WHO Thailand)

ข้อตกลงความร่วมมือกับเครือข่ายมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพอาเซียน (ASEAN University Network - Health Promotion Network: AUN-HPN) ความร่วมมือกับเครือข่ายสสส.โลก (International Network of Health Promotion Foundation: INHPF) ข้อตกลงความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO-SEARO) เป็นต้น

- 4) การสนับสนุนงานวิจัย/วิชาการ และการใช้ประโยชน์ข้อมูล สารสนเทศ ผลการศึกษาวิจัย และองค์ความรู้ ในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพทั้งภายใน สสส. และภาคีเครือข่าย อาทิ การร่วมมือกับสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล จัดทำรายงานสุขภาพคนไทย เพื่อให้ข้อมูลและประเด็นด้านสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยในทุกมิติ การร่วมมือกับสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ พัฒนาเว็บไซต์สถิติสุขภาพ (ThaiHealthStat) การร่วมมือกับมูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศในการพัฒนาองค์ความรู้และงานวิจัยเกี่ยวกับดัชนีชี้วัดภาวะทางสุขภาพแบบองค์รวม การจัดทำวารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย หรือ Thai Health Promotion Journal ของ สสส. โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่และอ้างอิงผลงานวิชาการ พัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายด้านวิชาการ ทั้งศูนย์วิชาการ ศูนย์วิจัย มหาวิทยาลัย และนักวิชาการ รวมถึงการนำไปใช้ในการสนับสนุนโครงการ ผลักดันมาตรการ กลไก นโยบาย รวมทั้งรณรงค์ให้ความรู้แก่ภาคีที่เกี่ยวข้องและภาคประชาชน
- 5) การจัดประกวดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Inno Awards) เป็นโครงการที่สร้างโอกาสให้เยาวชนคนรุ่นใหม่ได้แสดงความคิดความสามารถ ได้รับการบ่มเพาะทักษะความสามารถ ในการประดิษฐ์ คิดค้น ต่อยอดนวัตกรรม ผ่านการวิเคราะห์โดยใช้วิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์ และเทคโนโลยี รวมทั้งปลูกฝังแนวคิดด้านการสร้างเสริมสุขภาพในการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ เพื่อนำไปแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนและสังคมได้จริง ซึ่งจัดอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2560 และในปี 2564 ได้รับอนุญาตจากนายกรัฐมนตรีในการใช้ชื่อรางวัล Prime Minister's Awards for Health Promotion Innovation 2021 เพื่อเป็นรางวัลแห่งเกียรติยศของเยาวชน ครู อาจารย์ และสถาบันการศึกษา
- 6) การพัฒนารอบการประเมินผลระดับต่างๆ ขององค์การ (evaluation framework) ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนการดำเนินงานขององค์การ ได้แก่ การทบทวนและประเมินผลกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544-2564 (สสส. 20 ปี) และการจัดทำรอบการประเมินการประเมินผลคุณภาพข้อเสนอโครงการ ทั้ง 3 ประเภท (ประเภทพัฒนา และปฏิบัติการ ประเภทศึกษาวิจัยและประเมินผล และประเภทการอุปถัมภ์กิจกรรม) เพื่อใช้เป็นหลักเกณฑ์ในการตรวจสอบและประเมินคุณภาพของข้อเสนอโครงการที่ได้รับทุนจาก สสส. ที่จะนำไปสู่ข้อเสนอโครงการที่มีคุณภาพเชิงวิชาการ นอกจากนี้ มีการพัฒนาดัชนีชี้วัดกลางสำหรับการกำกับติดตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี เพื่อใช้วางแผนยุทธศาสตร์ กำกับติดตาม และการประเมินผลการดำเนินงานตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)
- 7) ยกระดับขีดความสามารถ (competency development) ของภาคีเครือข่าย สสส. ในฐานะหุ้นส่วนสำคัญ (partners) ที่ร่วมขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย โดยใช้ องค์ความรู้และประสบการณ์การทำงาน ของ สสส. ที่สั่งสมตลอดระยะที่ผ่านมา พัฒนาหลักสูตร ตามกรอบสมรรถนะที่สำคัญและจำเป็นในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ ที่เรียกว่า 5+2 Core Competency

3. วิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับบริบทการจัดทำแผนหลัก

1) สถานการณ์ระดับนานาชาติ การพัฒนาความร่วมมือของนานาชาติประเทศมุ่งสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ ความสำคัญของระบบสุขภาพโลก (Global Health) ในยุคโลกาภิวัตน์ ที่มีองค์กรและกลไกการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนด้านสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ เชื่อมร้อยเป็นเครือข่ายความร่วมมือจากระดับโลก สู่ระดับภูมิภาค ระดับประเทศ จนถึงชุมชนท้องถิ่น ทำให้ สสส. ต้องการความร่วมมือจากระดับนานาชาติเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาที่มากกว่าการดำเนินงานภายใต้ขอบเขตของประเทศไทยโดยลำพัง โดยเฉพาะการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ได้รับผลกระทบท่ามกลางสภาวะวิกฤติจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภัยสงครามทางการเมือง ภัยจากมลพิษทางอากาศ ที่ส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ ไปทั่วโลก ยิ่งจำเป็นที่นานาชาติจะต้องร่วมมือกันแก้ไขปัญหาเหล่านี้ด้วยกัน ดังนั้น การขับเคลื่อนงานด้านต่างประเทศของ สสส. ในระยะต่อไป จึงควรมุ่งเน้นการพัฒนากลไกในการขับเคลื่อนผลักดันนโยบายและงานวิชาการต่าง ๆ ที่ สสส. มีอยู่ เพื่อนำมาสนับสนุนต่อยอดการทำงานสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างกว้างขวางเพิ่มขึ้นทั้งในประเทศและสากล และสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพโลกของประเทศไทย (พ.ศ.2564-2570) ที่ สสส. และภาคีด้านสุขภาพโลกได้ร่วมกันพัฒนาขึ้นมาด้วย ตลอดจนการส่งเสริมบทบาท สสส. ให้เป็นศูนย์การเรียนรู้ระดับนานาชาติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านการเชื่อมโยงภาคีด้านสุขภาพโลกให้ทำงานร่วมกันในลักษณะเครือข่ายแหล่งเรียนรู้ ที่สามารถส่งเสริมให้ประเทศต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง มีศักยภาพสูงขึ้นในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ นับเป็นการต่อยอดและขยายผลความสำเร็จของ สสส. ในฐานะที่ได้รับการยอมรับให้เป็นต้นแบบองค์กรที่ดำเนินการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับนานาชาติ

2) สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี ในปัจจุบันโลกต้องเผชิญกับความไม่แน่นอน และเหตุการณ์ที่ไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้บ่อยครั้งขึ้น จนถูกเรียกว่าเป็นยุค VUCA World หรือโลกแห่งความผันผวน โดย VUCA ย่อมาจาก Volatility ความผันผวนหรือสภาวะแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว Uncertainty ความไม่แน่นอนหรือเหตุการณ์ที่คาดการณ์ได้ยาก Complexity ความซับซ้อน และ Ambiguity ความคลุมเครือและขาดความชัดเจน การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภาวะฝุ่น PM 2.5 การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีอย่างก้าวกระโดด (disruptive technology) ก็เป็นหนึ่งในตัวอย่างสำคัญของ VUCA World เช่นเดียวกัน ที่ไม่เพียงเข้ามาเปลี่ยนโลกในชีวิตประจำวัน แต่ยังเปลี่ยนรูปแบบของโลกไปอย่างไม่มีวันเหมือนเดิมอีกต่อไปทั้งเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ อย่างเช่นการพัฒนาปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) ให้สามารถทำงานแทนมนุษย์ได้ โดยเฉพาะในช่วง 10 ปีหลังมานี้ ได้มีการพัฒนา AI ให้มีความสามารถในการประมวลผลข้อมูลขนาดใหญ่ (big data) ให้สามารถคาดการณ์ (prediction) รวมถึงวิเคราะห์ข้อมูลเป็นรายบุคคลได้ (personalization) Internet of Things (IoT) หรืออินเทอร์เน็ตแห่งสรรพสิ่ง ทำให้ทุกสิ่งสามารถเชื่อมต่อและแบ่งปันข้อมูลกันผ่านทางอินเทอร์เน็ต มีวัตถุประสงค์เพื่อเชื่อมต่อโลกทางกายภาพเข้าสู่โลกดิจิทัล ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจน คือ Wearable devices Smart home Augmented Reality (AR) Virtual Reality (VR) Mixed Reality (MR) ซึ่งเป็นเทคโนโลยีที่นำมาใช้ในโลกของ Metaverse และได้รับความสนใจอย่างมากตั้งแต่ปี 2021 ที่ Facebook ได้เปลี่ยนชื่อบริษัทเป็น Meta แต่การนำใช้งานเริ่มต้นยังอยู่ในวงการเกม เทคโนโลยีดังกล่าวนี้มีโอกาสที่จะมาช่วยในเรื่องการอบรม หรือต่อยอดการทำงานร่วมกันในรูปแบบ remote work หรือ hybrid work ได้ remote care and telemedicine คือ การดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาลในรูปแบบดิจิทัลนอกสถานพยาบาล รวมถึงการดูแลตัวเองไปจนถึง

การดูแลสุขภาพไกล (telehealth) ซึ่งเติบโตเป็นอย่างมากในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีการจำกัดการมาโรงพยาบาล ซึ่งเทรนด์นี้น่าจะเกิดมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีความเหมาะสมกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น กลุ่มโรค NCDs โรคทางจิตเวช และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน เป็นต้น ทั้งนี้ สสส. เล็งเห็นแนวโน้มและความสำคัญการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีดิจิทัลดังกล่าว ได้กำหนดให้การสนับสนุนงานวิชาการและสร้างสรรค์นวัตกรรม เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ในระยะ 10 ปี ข้างหน้า เพื่อมุ่งให้เกิดการพัฒนางานวิชาการและสร้างสรรค์นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อช่วยให้มีชุดความรู้ แนวทาง หรือวิธีการทำงานใหม่ๆ ที่เหมาะสมกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและไม่หยุดนิ่ง⁸²

3) สถานการณ์ภายใน สสส. และข้อเสนอแนะต่างๆ

- ผลการประเมินการดำเนินงานตามแผนหลัก 3 ปี (พ.ศ. 2561-2563) ของแผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ คณะผู้ประเมินพบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินงานตามเป้าหมายในแผนหลัก คือ ภาวการณ์เครือข่ายมีศักยภาพและเข้มแข็ง มีการเชื่อมโยงพันธกิจเป้าหมาย และบทบาทหน้าที่การทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายที่มีความสัมพันธ์หลายมิติ เช่น การเชื่อมร้อยเครือข่ายการทำงานข้ามพื้นที่ ข้ามประเด็น การส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการสร้างกระบวนการทำงานแบบเครือข่าย กลไกความร่วมมือภาคีเครือข่ายระดับภูมิภาค การผลักดันนโยบายสากลและการยกระดับงานผ่านการทำงานระดับสากล จนเกิดเป็นพลังของการขับเคลื่อนสุขภาวะที่ยั่งยืน เป็นต้น ดังนั้น เพื่อให้ภาคีเครือข่าย สสส. มีศักยภาพ สามารถขับเคลื่อนงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2555-2564) นั้น การดำเนินงานในระยะ 5 ปี ข้างหน้า (พ.ศ. 2566-2570) ควรมุ่งเน้นการสร้างระบบกลไกการเชื่อมภาคียุทธศาสตร์ให้เกิดการบูรณาการในระดับพื้นที่ปฏิบัติการของภาคีเครือข่าย การเสริมสมรรถนะภาคีเครือข่ายให้มีความเข้มแข็ง พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง การพัฒนาระบบสนับสนุนภาคีเครือข่าย อาทิ ระบบฐานข้อมูลและบริหารจัดการภาคีสัมพันธ์ ระบบกลไกการประเมินศักยภาพภาคีระบบพี่เลี้ยงสนับสนุนการเรียนรู้ที่หลากหลาย เพื่อให้เกิดการยกระดับการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยควรมีการพัฒนาออกแบบการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับแผนต่างๆ ใน สสส. เพื่อร่วมวางทิศทางการขับเคลื่อนงานให้เกิดการสนับสนุนและเอื้ออำนวยต่อกัน

- สสส. เป็นหน่วยงานของรัฐที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 มีการบริหารจัดการที่เป็นอิสระจากระบบราชการปกติ มีความยืดหยุ่นและคล่องตัวในการบริหารจัดการ อย่างไรก็ตาม การบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จะต้องดำเนินการด้วยความรอบคอบเป็นไปตามระเบียบข้อบังคับที่กำหนด โดยคำนึงถึงความโปร่งใส (transparency) และความรับผิดชอบต่อการใช้ทรัพยากรสาธารณะ (accountability) โดยมีการรายงานผลการดำเนินงานตามกรอบหลักเกณฑ์การประเมินผลของคณะกรรมการนโยบายทุนหมุนเวียนของกรมบัญชีกลาง พร้อมทั้งส่งสำเนารายงานการประเมินของ สสส. ให้สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (สำนักงาน ก.พ.ร.) เป็นประจำทุกปี

จากรายงานการประเมินผลที่ผ่านมา คณะกรรมการประเมินผล มีความเห็นว่า ผลการประเมินควรสะท้อนผลเชิงประจักษ์ และนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงประสิทธิภาพขององค์กรได้อย่างแท้จริง จึงต้องมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานขององค์กรในทุกมิติอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2561-2563

⁸² สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2564). “ทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ.2565-2574). กรุงเทพฯ. บริษัท พีเอเอ็น (ไทยแลนด์) จำกัด.

ได้มุ่งเน้นประเมินสัมฤทธิ์ผลการดำเนินงานตามแผนหลัก 3 ปี (พ.ศ. 2561-2563) ที่เชื่อมโยงกับการบรรลุผลตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2555-2564) ซึ่งจากผลการประเมินในภาพรวม พบว่า การดำเนินงานของแผนบรรลุเป้าหมายตามแผนหลัก 3 ปีที่ได้กำหนดไว้ แต่ยังไม่เห็นถึงความชัดเจนในการเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์หลักของ สสส. รวมถึงความพร้อมของข้อมูลสำหรับการประเมินผลยังไม่ครอบคลุมทุกมิติ และระบบการติดตามและประเมินผลยังมีช่องว่างในการพัฒนาหลายด้าน นอกจากนี้ งานของ สสส. และงานด้านการติดตามประเมินผลมีลักษณะเป็นพลวัต การดำเนินงานในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2565-2574) ภายใต้สถานการณ์/บริบททางสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การปรับเปลี่ยนบทบาทการทำงานเป็นสิ่งที่ท้าทายและต้องมีการวางแผนการบริหารจัดการระยะยาว

ดังนั้น การกำหนดนโยบายและทิศทางการประเมินผล เพื่อช่วยให้การทำงานของ สสส. ในสถานการณ์และบทบาท/ภารกิจที่เปลี่ยนแปลงไป สามารถบรรลุทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลที่สำคัญ ได้แก่ การกำหนดกรอบการประเมินผลระดับต่าง ๆ ขององค์กร (evaluation framework) การกำหนดนโยบายและกลไกการประเมินผล การพัฒนาระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศเพื่อการติดตามและประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมและเพียงพอต่อการใช้งาน การสร้างองค์ความรู้ด้านการประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพ/ขีดความสามารถด้านการติดตามและประเมินผลระดับบุคคล (ทั้งภายในและภายนอก) รวมทั้งสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายนักประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพที่เข้มแข็งและเสริมสร้างวัฒนธรรมการประเมินผลขององค์กร (evaluation culture) ต่อไป

4. กรอบแนวคิดการดำเนินงาน

การขับเคลื่อนการดำเนินงานของแผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ จะดำเนินการภายใต้ 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

1. สานและเสริมพลังภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ โดยสร้างความเป็นส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
2. สร้างการรับรู้และการยอมรับในคุณค่าของ สสส. และภาคีเครือข่ายในเวทีโลกและสนับสนุนการยกระดับงาน สสส. และภาคีเครือข่ายในระดับสากล
3. การสนับสนุนการบริหารจัดการข้อมูล องค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนานวัตกรรมในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ
4. พัฒนาและสนับสนุนระบบการติดตามและประเมินผล
5. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบ

ภาพกรอบแนวคิดแผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ



5. นิยามเชิงปฏิบัติการ

- 1) ผลงานวิจัยคือ ผลงานทางวิชาการที่เป็นงานศึกษาหรืองานค้นคว้าอย่างมีระบบด้วยวิธีวิทยาการวิจัยที่เป็นที่ยอมรับในสาขาวิชานั้น ๆ และมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูล คำตอบหรือข้อสรุปรวมที่จะนำไปสู่ความก้าวหน้าทางวิชาการ หรือเอื้อต่อการนำวิชาการนั้นไปประยุกต์⁸³
- 2) ผลงานวิชาการ คือ คือผลงานที่ต้องได้มาจากการศึกษาโดยใช้หลักวิชาการเป็นเกณฑ์ ปราศจากอคติ และเสนอผลงานตามความเป็นจริง ไม่จงใจเบี่ยงเบนผลการศึกษาหรือวิจัยโดยหวังผลประโยชน์ส่วนตัว หรือเพื่อก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น และเสนอผลงานตามความเป็นจริงไม่ขยายข้อค้นพบโดยปราศจากการตรวจสอบยืนยันในทางวิชาการ แบ่งออกเป็น 9 กลุ่ม คือ
 - 1) เอกสารประกอบการสอน
 - 2) เอกสารคำสอน
 - 3) บทความทางวิชาการ
 - 4) ตำรา
 - 5) หนังสือ
 - 6) งานวิจัย
 - 7) งานแปล
 - 8) ผลงานทางวิชาการในลักษณะอื่น
 - 9) ผลงานทางวิชาการรับใช้สังคม⁸⁴

⁸³ ประกาศ กพอ. เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการพิจารณาแต่งตั้งบุคคลให้ดำรงตำแหน่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ และศาสตราจารย์ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2550. (2550, เมษายน 2). ราชกิจจานุเบกษา, 124 (ตอนพิเศษ 39 ง), 39

⁸⁴ ประกาศ กพอ. เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการพิจารณาแต่งตั้งบุคคลให้ดำรงตำแหน่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ และศาสตราจารย์ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2550. (2550, เมษายน 2). ราชกิจจานุเบกษา, 124 (ตอนพิเศษ 39 ง), 51 - 67

- 3) นวัตกรรม (innovation) หมายถึง การทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยวิธีการ แนวคิด กระบวนการใหม่ ที่แก้ไขปัญหา เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง หรือพัฒนาสังคม สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

องค์ประกอบ :

- 1) ใหม่
- 2) สามารถใช้ในการแก้ปัญหา
- 3) สร้างการเปลี่ยนแปลง โดยได้กำหนดระดับของนวัตกรรม

ระดับ :

- 1) มีโครงการที่มีแนวคิดหรือวิธีการใหม่ในการแก้ไขปัญหา เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง
- 2) มีต้นแบบเบื้องต้นที่พิสูจน์แนวคิด (proof of concept) ตามข้อ 1
- 3) มีต้นแบบและองค์ความรู้ที่ได้จากต้นแบบที่พร้อมสำหรับการขยายผล
- 4) มีการนำต้นแบบไปใช้ขยายผลวงกว้างในระดับต่างๆ ตามความเหมาะสม
- 4) นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง แนวคิด กระบวนการ หรือสิ่งประดิษฐ์ ที่เกิดขึ้นจากการผสมผสานความคิดริเริ่มสร้างสรรค์บนฐานของวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม ให้เป็นผลงานที่นำไปสู่การแก้ปัญหา หรือพัฒนาสังคมสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ หรือส่งเสริมให้คนมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน
- 5) ต้นแบบนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง นวัตกรรมที่สร้างหรือพัฒนาขึ้น ซึ่งสามารถแสดงผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการเรียนรู้และขยายผลในวงกว้าง หรือเพื่อสร้างผลสำเร็จซ้ำในลักษณะเดียวกันหรือคล้ายคลึงกัน โดยมีการวิเคราะห์ให้เห็นองค์ประกอบภายใน กระบวนการและขั้นตอน ปัจจัย เงื่อนไข และบริบทที่ส่งผลต่อความสำเร็จ โดยอาจมีการประเมินความเหมาะสมเพื่อนำไปขยายผลได้
- 6) การใช้ประโยชน์และการขยายผล หมายถึง การนำแนวคิด ข้อมูลข่าวสาร งานวิจัย ความรู้ องค์ความรู้ นวัตกรรม เป็นต้น ไปพัฒนา ต่อยอด ใช้ในการดำเนินงาน เช่น เพื่อการอ้างอิง การเผยแพร่ในรูปแบบของเอกสาร การประชุมวิชาการ การวางแผน ออกแบบกิจกรรมการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ การกำหนด ผลักดัน หรือขับเคลื่อนนโยบาย รวมถึงการสื่อสาร เป็นต้น
- 7) ประเมินประสิทธิผลการใช้ประโยชน์จากต้นแบบนวัตกรรม ได้แก่ ผลประเมินความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมาย ข้อมูลการแจ้งจัดทรัพยากรสนับสนุนทางปัญญา มีระยะเวลาการประเมิน ดังนี้
 - 7.1 รายงานผลการทดสอบ/ทดลองผลงาน เนื่องจากการทดสอบต้นแบบ การประเมินผลสามารถดำเนินการได้ภายในช่วงระยะเวลาประมาณ 1 เดือนหลังจากการทดสอบ
 - 7.2 การจัดทำคู่มือที่เป็นการนำเสนอรายละเอียด และลำดับขั้นตอนของการใช้ผลงานนั้นมีความซับซ้อนพอสมควร ยากที่จะอธิบายให้ผู้ใช้งานเข้าใจได้ในครั้งเดียว และการใช้งานจะต้องดำเนินการในแนวเดียวกัน ระยะเวลาดำเนินการช่วงระยะเวลาประมาณ 2 - 3 เดือนหลังจากการทดสอบ

จุดเน้นของแผน

1. มุ่งเน้นการสร้างระบบและกลไกการเชื่อมโยงภาคียุทธศาสตร์ให้เกิดความครอบคลุมภาคีเครือข่ายทุกกลุ่มอย่างสมดุล รองรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้เท่าทัน สานพลังภาคีเดิม แสวงหาภาคีใหม่ที่ส่งผลกระทบต่องานสร้างเสริมสุขภาพ ได้ครบทุกประเด็นหลัก (key issues) และพื้นที่การทำงาน (setting areas) โดยใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลสมัยใหม่ในการบริหารจัดการภาคีได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขยายงานสร้างเสริมสุขภาพ สสส. แบบก้าวกระโดด
2. พัฒนาและยกระดับภาคีเครือข่าย สสส. ทั้งในและต่างประเทศ ให้มีความสามารถ (ability) และเข้มแข็ง มีความพร้อมรับมือต่อวิกฤติหรือการเปลี่ยนแปลงที่กระทบต่อการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นที่สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของ สสส. ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เร่งรัดการจัดทำงานวิจัย ผลงานวิชาการ และนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับพันธมิตร หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งภายในและภายนอก สสส. เพื่อสนับสนุนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ ตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)
4. ผลักดันและหนุนเสริมการใช้ประโยชน์งานวิจัย ผลงานวิชาการ และนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ นำไปใช้ได้จริง และเห็นผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม
5. พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลให้มีประสิทธิภาพ โดยสร้างกลไกการประเมินผลอย่างเป็นระบบครอบคลุมการบริหารจัดการตั้งแต่การประเมินข้อเสนอโครงการ การกำกับติดตามผลการดำเนินงานโครงการ ตลอดจนการจัดการปลายทาง โดยมุ่งเน้นการประเมินผลลัพธ์ ผลกระทบตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)
6. จัดการความรู้ร่วมกับแผนต่างๆ ของ สสส. และภาคีเครือข่าย เพื่อนำความรู้จากการทำงาน ของ สสส. และภาคีเครือข่ายมาพัฒนาหลักสูตรเอกลักษณ์ (signature course) และ หลักสูตรมาตรฐานอื่นๆ (professional course) รวมถึงพัฒนาศักยภาพนักสร้างเสริมสุขภาพ (health promoter/social changer) ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม และประชาชนทั่วไป และส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต (life-long Learning)

ตัวชี้วัดการดำเนินงาน

1. แผนงานภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์

1.1 ระบบสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพของภาคีเครือข่าย สสส. ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อการบูรณาการและเชื่อมโยงภาคีทุกกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยวัดความสำเร็จจากระดับความพึงพอใจ และระดับความผูกพันของภาคีเครือข่ายที่เพิ่มขึ้น

1.2 ภาคีเครือข่ายมีสมรรถนะสูง พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง มีธรรมาภิบาล โดยมีระดับดัชนีตัวชี้วัดภาคีเข้มแข็งเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากปีฐาน พ.ศ. 2566

2. แผนงานวิชาการและนวัตกรรม

2.1 ระบบสนับสนุนการพัฒนาผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ และนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ ตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

2.2 ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ และนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดการใช้ประโยชน์และขยายผล สร้างผลกระทบได้อย่างเป็นรูปธรรมจำนวน 5 ผลงาน

3. แผนงานสนับสนุนการติดตามและประเมินผล

3.1 เครือข่ายนักประเมินงานสร้างเสริมสุขภาพ ที่เข้าใจการทำงานของ สสส. และสามารถทำการประเมินและสนับสนุนการดำเนินงานของ สสส. และภาคีเครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 ฐานข้อมูลและระบบสารสนเทศเพื่อใช้ในการติดตามและประเมินผลเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ (ในห่วงโซ่ผลลัพธ์ 7 ประเด็น) อันจะนำไปสู่การเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงหรือปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันการณ์

4. สถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ

4.1 มีความโดดเด่นในระดับสถาบัน (academy) ในด้านการพัฒนาศักยภาพสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีการสร้างหลักสูตรเอกลักษณ์ (signature course) จากการทำงานของ สสส. และภาคีเครือข่ายหรือหลักสูตรมาตรฐานอื่น ๆ จำนวน 10 หลักสูตร โดยมีการผลิตงานวิจัยหรืองานวิชาการเพื่อเป็นฐานในการพัฒนาหลักสูตร จำนวน 3 ชิ้น

4.2 ขยายผู้รับประโยชน์ และเครือข่าย (alumni) เพิ่มขึ้น 5 เท่า โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพนักสร้างสุขภาวะ ในระดับหน่วยงาน องค์กร ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อนำความรู้ไปยกระดับการทำงาน และสร้างประโยชน์ต่อชุมชน สังคม และประเทศ⁸⁵

4.3 ได้รับการยอมรับในฐานะสถาบัน (academy) ที่มีความเชี่ยวชาญในการพัฒนาศักยภาพนักขับเคลื่อนสุขภาวะ โดยร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ หรือภาคเอกชน หรือภาคประชาสังคม ในด้านที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความรู้ วิชาการ การวิจัย การพัฒนาศักยภาพ อย่างน้อย 10 เรื่องหรือหน่วยงาน

4.4 สถาบันฯ เติบโตอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เพื่อเป็นสถาบันหลักที่ดำเนินงานพัฒนาศักยภาพนักสร้างสุขภาวะในประเทศ โดยสามารถลดการพึ่งพา สสส. ให้ได้ร้อยละ 50

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบและกลไกการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพของภาคีเครือข่าย สสส. ทั้งในและต่างประเทศ ให้รองรับกับบริบทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อพัฒนากลไกสนับสนุนการเสริมสมรรถนะภาคีเครือข่าย สสส. ทั้งในและต่างประเทศ ให้มีความสามารถในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)

⁸⁵ จำนวนผู้รับประโยชน์จากการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพที่เป็นฐานในการคำนวณ คือ 1,379 คน/ราย

3. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการพัฒนาผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ และนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วมในการตอบสนองตามทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ 10 ปี
4. เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์ ต่อยอด และขยายผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ และนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม
5. สร้างมาตรฐานการติดตามและประเมินผลเพื่อสนับสนุนให้สำนักงานสามารถใช้ประโยชน์จากผลการประเมินในการพัฒนา ปรับปรุง และยกระดับการดำเนินงานให้บรรลุตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)
6. เพื่อขยายองค์ความรู้จากการดำเนินงานสร้างสุขภาวะของ สสส.และภาคีเครือข่าย ผ่านการจัดการความรู้ การบริหารองค์ความรู้และงานวิจัย การออกแบบหลักสูตรเอกลักษณ์ (signature course) และหลักสูตรมาตรฐานอื่นๆ (professional course) และขยายโอกาสการเข้าถึงหลักสูตร หรือองค์ความรู้ต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต (life-long Learning) และยกระดับความสามารถนักขับเคลื่อนสุขภาวะ (health promoter / social changer) ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และประชาชนทั่วไป

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

1. ยกระดับการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนงานของภาคีเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพ ใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลสมัยใหม่ในการพัฒนาเครื่องมือการเชื่อมโยงภาคียุทธศาสตร์ให้ครอบคลุมทุกประเด็นและพื้นที่การทำงาน ตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของ สสส. ตลอดจนพัฒนาระบบกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนงานที่สำคัญ เช่น ฐานข้อมูลภาคีและระบบบริหารจัดการภาคีสัมพันธ์ (Partners Relationship Management: PRM) ระบบกลไกการสื่อสาร การสำรวจความร่วมมือและผูกพันของภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบ กลไกการทำงานร่วมกันภายใน สสส. เป็นต้น
2. สนับสนุนและเสริมสมรรถนะภาคีเครือข่าย สสส. ให้มีความสามารถและเข้มแข็ง โดยการสนับสนุนเครื่องมือ ระบบกลไก และทรัพยากรที่จำเป็นต่อการขับเคลื่อนงาน รวมถึงวิเคราะห์ทักษะความจำเป็น (critical skill) ในการทำงานของภาคีเครือข่าย ภายใต้บริบทสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว ตลอดจนร่วมกับสถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย ทั้งในและต่างประเทศ และผลักดันให้ สสส. เป็นศูนย์การเรียนรู้ระดับนานาชาติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (International Learning Hub for Health Promotion) ที่ได้รับการยอมรับจากนานาชาติ
3. สนับสนุนกลไกการพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการ งานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางสุขภาพ สถานการณ์ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และวิธีการทำงานใหม่ๆ ที่เหมาะสมกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยการประสานเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์การทำงานในแต่ละประเด็น
4. สนับสนุนกลไกการพัฒนา บ่มเพาะ ต่อยอดและขยายผลต้นแบบเทคโนโลยีและนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทสถานการณ์สุขภาพที่สำคัญและสอดคล้องกับประเด็นเป้าหมายยุทธศาสตร์ 10 ปี โดยร่วมมือกับสำนัก/ฝ่ายต่างๆ ภายใน สสส. ภาคีเชิงยุทธศาสตร์ สถาบันอุดมศึกษา และผู้ประกอบการรายใหม่ (startup)

5. ส่งเสริมให้เกิดการใช้ประโยชน์ข้อมูล องค์ความรู้ งานวิจัย และนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยบูรณาการความร่วมมือในเชิงประเด็นและเชิงพื้นที่กับสำนัก/ฝ่ายต่าง ๆ ใน สสส. และยกระดับไปสู่การขับเคลื่อนเชิงนโยบายในระดับองค์กร หน่วยงาน และการทำงานในพื้นที่
6. พัฒนาระบบรวบรวมข้อมูล องค์ความรู้งานวิชาการ และนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพภายใน สสส.
7. พัฒนาระบบและกลไกการติดตามและประเมินผลเพื่อสนับสนุนให้การดำเนินงานของ สสส. เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล บรรลุตามเป้าหมายระยะ 10 ปี โดยคำนึงถึงการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล
8. สร้างความโดดเด่นด้านการพัฒนาศักยภาพการสร้างเสริมสุขภาพะ โดยพัฒนาหลักสูตร เอกลักษณ์ (signature course) และหลักสูตรมาตรฐานอื่นๆ (professional course) หรือ กระบวนการจัดการเรียนรู้ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพะ การวัดและประเมินผลการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์
9. การพัฒนาศักยภาพนักขับเคลื่อนสุขภาพะ (health promoter/social changer) ในระดับ หน่วยงาน องค์กร ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม และประชาชนทั่วไป เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลกระทบ รวมทั้งเกิด นวัตกรรม

กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

1. ภาควิชาที่ให้บริการสนับสนุนทุนจากสำนักต่าง ๆ ของ สสส. ซึ่งเป็นภาควิชาที่มีความสำคัญ ต่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ (health promoter / social changer) ได้แก่ ภาควิชา เครือข่ายที่ขับเคลื่อนงานเชิงประเด็น หรือเชิงพื้นที่ หรือกลุ่มประชากร ภาควิชาประสาน (node) โดยเน้นการดำเนินงานการพัฒนาศักยภาพ และสานเสริมพลังความเข้มแข็งของ เครือข่าย
2. ภาควิชาศาสตร์ทั้งในและต่างประเทศ กระทรวง หน่วยงานภาครัฐและเอกชน สถาบันการศึกษา องค์กรภาคประชาสังคม องค์กรที่มีพันธกิจด้านการสร้างเสริมสุขภาพะ เน้นการพัฒนาความร่วมมือในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ
3. ภาควิชาและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านงานวิชาการและนวัตกรรม ภาควิชาและพันธมิตรที่มีศักยภาพ ใน รูปแบบเครือข่ายนักวิจัย นักวิชาการ เครือข่ายผู้ประกอบการรายใหม่ (startup) ภาคธุรกิจ ภาควิชา เครือข่าย สสส. และหน่วยงานของรัฐและเอกชน รวมทั้งสถาบันอุดมศึกษาที่ดำเนินการเกี่ยวกับการวิจัยและนวัตกรรม เพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบกลไกทางสังคมและสุขภาพร่วมกับ เจ้าภาพหลัก เกิดการทำงานเชิงระบบอันจะทำให้มีการทำงานที่ต่อเนื่อง โดยประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนและเสริมพลังการสร้าง เสริมสุขภาพร่วมกับภาคส่วนต่าง ๆ
4. สำนักและฝ่ายที่ดูแลแผนต่าง ๆ ของ สสส. ผ่านการร่วมดำเนินการของแผน การให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะเชิงกลยุทธ์ที่เกี่ยวกับงานภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ การบูรณาการทำงาน ภายใน สสส. ทั้งในเชิงประเด็น พื้นที่ และประชากรกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างผลลัพธ์และขยายผล การทำงานเชิงวิชาการและนวัตกรรมในวงกว้าง การพัฒนาศักยภาพบุคลากร สสส. กับสถาบัน

การเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ และการนำกลไกที่เกิดขึ้นไปใช้ในการกำกับติดตามประเมินผล
 วางแผนยุทธศาสตร์และงบประมาณสำหรับการดำเนินงานให้บรรลุตามทิศทางและเป้าหมาย
 ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)

5. **ประชาชนทั่วไป** (health promoter / social changer) ผ่านการร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพของ
 สถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ ให้มีความสามารถในการถ่ายทอดวิถีสุขภาวะที่ดีใน
 ชุมชนและสังคม

งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)				
	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
แผนพัฒนาระบบและกลไก สนับสนุนเพื่อการสร้างเสริม	165.00	145.00	140.00	155.00	120.00

14. แผนอาหารเพื่อสุขภาพ

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

1. ที่มาและความสำคัญ ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ แผนเฉพาะในแต่ละด้าน และทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี

การจัดทำแผนหลัก (พ.ศ. 2566 - 2570) ของแผนอาหารเพื่อสุขภาพ สสส. และภาคีเครือข่ายได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนายุทธศาสตร์ จุดเน้น และแนวทางการขับเคลื่อนงานที่สอดคล้องกับเป้าหมายระดับโลก โดยเฉพาะเป้าหมายในการบรรลุ “วาระการพัฒนาที่ยั่งยืน ค.ศ.2030” (The 2030 Agenda for Sustainable Development) ซึ่งจากการวิเคราะห์การทำงานของแผนอาหารเพื่อสุขภาพ พบว่ามีความสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนของสหประชาชาติ กว่า 12 เป้าหมาย และจากรายงานการพัฒนาอย่างยั่งยืน ปี 2563 (Sustainable Development Report 2020) และจากการจัดอันดับการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDG Index 2020) พบว่า ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 41 จากทั้งหมด 166 ประเทศทั่วโลก

ในการสนับสนุนงานด้านอาหารและโภชนาการของแผนอาหารเพื่อสุขภาพ นับว่ามีบทบาทที่สำคัญในการลดปัจจัยเสี่ยงและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ที่ช่วยสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก หรือ 9 Global NCDs Targets 2025 จำนวน 4 เป้าหมายในประเด็นอาหารและโภชนาการ รวมถึงสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายด้านโภชนาการระดับโลก (Global Nutrition Target) โดยที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก ได้ตั้งเป้าหมายโภชนาการระดับโลก ปี พ.ศ. 2568

จุดเน้นการดำเนินงานของแผนอาหารเพื่อสุขภาพ ยังมีความสอดคล้องกับทิศทางตามวิสัยทัศน์ **แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580)** ซึ่งให้ความสำคัญกับการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม โดยเชื่อมโยงกับกรอบการจัดทำ **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13** ภายใต้แนวคิด “พลิกโฉมประเทศไทย สู่เศรษฐกิจสร้างคุณค่า สังคมเดินหน้าอย่างยั่งยืน” (Transformation to Hi-Value and Sustainable Thailand) อนึ่ง สสส. โดยแผนอาหารเพื่อสุขภาพ เป็นองค์กรที่มีบทบาทและพันธกิจในการสนับสนุน สาน และเสริมพลังการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภายใต้ **กรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2561–2580)** ซึ่งได้จัดทำแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการ ระดับชาติ 5 ปี พ.ศ. 2562–2566 ที่มีเป้าหมายเชิงพฤติกรรม คือ “ประชาชนมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ” โดย สสส. ได้ร่วมสนับสนุน สานเสริมพลัง บูรณาการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ภายใต้คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ 4 เป้าหมายที่สำคัญ คือ เป้าหมายที่ 1 จำนวนคนขาดแคลนอาหารลดลง (SDG2) เป้าหมายที่ 3 ความเชื่อมั่นของผู้บริโภคต่อคุณภาพและความปลอดภัยอาหารเพิ่มขึ้น เป้าหมายที่ 5 จำนวนคนที่มีภาวะทุพโภชนาการลดลง และ เป้าหมายที่ 6 มีกลไกประสานงานกลางและบูรณาการทำงาน

นอกจากนี้แผนอาหารเพื่อสุขภาพในระยะ 5 ปี ยังคงสอดคล้องไปกับทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ของ สสส. ซึ่งมีเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ข้อที่ 3 คือ “เพิ่มสัดส่วนการบริโภคอาหารอย่างสมดุล” เป็นจุดเน้นการทำงานที่เป็นเป้าหมายหลัก โดยมีการกำหนดเป้าหมายหลักของแผนอาหารเพื่อสุขภาพในระยะ 5 ปี คือ “ประชาชนมีความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ภายใต้ระบบอาหารที่ยั่งยืน” และมีเป้าหมายสำคัญในระยะ 10 ปี คือ “ประชาชนมีการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพอย่างสมดุล ภายใต้ระบบอาหารที่ยั่งยืน”

อย่างไรก็ตาม การขับเคลื่อนระบบอาหารที่ยั่งยืนจำเป็นต้องมีมาตรการหรือแนวทางการดำเนินงานทั้งในสถานการณ์ปกติและวิกฤต โดยเฉพาะสถานการณ์วิกฤตอาหารโลกที่ส่งผลกระทบต่อระบบอาหาร อันมีสาเหตุจากหลายประการ ได้แก่ ผลกระทบจากภาวะสงครามรัสเซีย-ยูเครน ปัญหาค่าครองชีพสูง การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (climate change) และภาวะทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากวิกฤตโควิด-19 สะท้อนความเปราะบางเหลื่อมล้ำของระบบห่วงโซ่อุปทานอาหารทั่วโลก สร้างผลกระทบโดยตรงต่อการเข้าถึงอาหารอาจนำไปสู่ปัญหาความอดอยากและขาดสารอาหาร ซึ่งส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางร่างกายและสติปัญญาของประชากร โดยเฉพาะคนที่มีรายได้น้อยและรายได้ปานกลาง ทั้งนี้แผนอาหารเพื่อสุขภาวะจึงได้ดำเนินการขยายผลองค์ความรู้และนวัตกรรมในการรับมือกับสถานการณ์วิกฤตอาหารที่สำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมโภชนาการเชิงรุกที่มุ่งปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะของประชาชนในทุกช่วงวัย เพื่อรับมือวิกฤตด้านอาหารที่ส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ โดยเฉพาะในกลุ่มทารกและเด็กเล็ก กลุ่มเด็กและเยาวชน และกลุ่มเปราะบาง การส่งเสริมเกษตรกรรมในพื้นที่เมืองเพื่อรับมือวิกฤตด้านอาหาร ด้วยการใช้ประโยชน์จากที่ดินรกร้างว่างเปล่าเพื่อการผลิตอาหารของชุมชน การสนับสนุนปัจจัยการผลิตอาหารให้กับกลุ่มคนเมืองที่มีความเปราะบางด้านอาหาร สนับสนุนการยกระดับแหล่งเชื่อมโยงและกระจายอาหารสู่ผู้บริโภค ส่งเสริมตลาดสีเขียวหรือตลาดชุมชนเพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจอาหารของชุมชนและสร้างการเข้าถึงอาหารของประชากรในพื้นที่เมือง ชานเมือง และชนบท ส่งเสริมความรู้เพื่อการปรับตัวและพึ่งพาตนเองด้านอาหาร พัฒนาศักยภาพผู้ผลิตผู้ประกอบการ และผู้บริโภคให้มีความรอบรู้ด้านอาหารเพื่อสุขภาวะ รวมทั้งนำใช้นวัตกรรมการแบ่งปันอาหาร/การกระจายอาหารในภาวะวิกฤต เพื่อช่วยสร้างการเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพในราคาที่เป็นธรรมให้กับกลุ่มเปราะบาง รวมทั้งผลักดันกองทุนสวัสดิการอาหารชุมชน และระบบการสำรองอาหาร เป็นต้น

การขับเคลื่อน “ระบบอาหารเพื่อสุขภาวะ” จึงมีแนวคิดที่จะทำให้ทุกคนได้เข้าถึงการบริโภคอาหารที่มีคุณภาพและโภชนาการ ตลอดจนสร้างค่านิยมและพฤติกรรมของการบริโภคอาหารสุขภาพ เป็นภารกิจที่ต้องดำเนินการให้ครอบคลุมและเชื่อมโยงไปทั้งระบบอาหาร (food system) ตั้งแต่การผลิต ไปสู่การกระจาย การแปรรูป การตลาด และผู้บริโภค โดยในการผลิต จะให้ความสำคัญกับการสนับสนุนต้นแบบแหล่งผลิตอาหารปลอดภัย/อินทรีย์ การส่งเสริมระบบการผลิตที่ยั่งยืนเพื่อสร้างความมั่นคงทางอาหารและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม รวมทั้งสนับสนุนการปรับสูตรอาหารในระบบอุตสาหกรรมที่มุ่งสร้างสุขภาพ ในด้านการกระจายและตลาดอาหาร จะมุ่งเน้นการสร้างช่องทาง/กลไกเพื่อกระจายอาหารสุขภาพที่หลากหลายและเข้าถึงได้ง่าย สนับสนุนเศรษฐกิจอาหารและส่งเสริมตลาดเขียว/ตลาดชุมชน/ตลาดเชิงสถาบัน และในด้านการบริโภค ยังคงเน้นรณรงค์สื่อสารความรู้การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดพลเมืองอาหารที่มีทักษะและจิตสำนึกในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะและสามารถรวมพลังเป็นชุมชนอาหารที่เข้มแข็ง

แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ ยังให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมระบบอาหารเพื่อสุขภาวะ ด้วยการสร้างความมั่นคงทางอาหาร ที่หมายถึง การที่ประชาชนมีปริมาณอาหารเพื่อการบริโภคที่เพียงพอ มีความหลากหลายของประเภทอาหารที่ได้รับ และอาหารนั้นมีคุณภาพ ซึ่งหมายถึง มีคุณค่าทางโภชนาการและความสะอาดปลอดภัย รวมทั้งประชาชนสามารถเข้าถึงอาหาร อันเกิดจากระบบการกระจายอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม สามารถพึ่งพาตนเองได้ อีกทั้งให้ความสำคัญกับความมั่นคงทางอาหาร ที่เชื่อมโยงเข้ากับระบบนิเวศชุมชน สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรมและสังคม โดยสะท้อนออกมาในบริบทความสัมพันธ์ของผู้คนในชุมชนอาหาร เช่น ภูมิปัญญาและวัฒนธรรมการกิน เศรษฐกิจอาหาร พลังพลเมืองอาหาร

นอกจากนี้ แผนอาหารเพื่อสุขภาวะได้มุ่งเน้นการสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดด ด้วยการขยายผลต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยบูรณาการทำงานร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ทุกภาคส่วน การผลักดันนโยบาย กระบวนการเรียนรู้และการสื่อสาร โดยให้คำนึงถึงพลวัตเชิง

พื้นที่และกลุ่มประชากร รวมทั้งสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ คำนึงถึงการลดความเหลื่อมล้ำในกลุ่มประชากร พร้อมเชื่อมโยงและขับเคลื่อนทั้งในระดับพื้นที่ ระดับชาติและสากล เพื่อสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพโลกของประเทศไทย (พ.ศ. 2564-2570)

2. การดำเนินงานที่ผ่านมา

แผนอาหารเพื่อสุขภาวะมีภารกิจในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ ภายใต้ระบบอาหารที่ยั่งยืนในสังคมไทย เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและการลดอัตราเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยแบ่งการขับเคลื่อนงานออกเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ 1) กลุ่มงานความมั่นคงและอาหารปลอดภัย ที่มีต้นทุนด้านความรู้ในการพัฒนางานเชิงพื้นที่และนวัตกรรมทางสังคม และ 2) กลุ่มงานอาหารและโภชนาการ ที่มีต้นทุนด้านความรู้เชิงวิชาการ นวัตกรรมด้านอาหารและโภชนาการ การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ และการติดตามประเมินผล เพื่อสนับสนุนการบริโภคอาหารสุขภาวะ

การขับเคลื่อนงานที่ผ่านมา ทำให้เกิดภาคีเครือข่ายที่มีศักยภาพ มีความรู้และความเชี่ยวชาญ และเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบอาหารได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยสามารถจำแนกภาคีเครือข่ายออกเป็น 3 รูปแบบ คือ 1) ภาคยุทธศาสตร์ 2) ภาครูปธรรมพื้นที่ และ 3) ภาคสนับสนุนทางด้านวิชาการ สื่อสาร และบูรณาการ เมื่อวิเคราะห์ต้นทุนที่เป็นจุดแข็งซึ่งภาคีเครือข่ายมีอยู่จะพบว่า มีทั้งต้นทุนความรู้ ต้นทุนพื้นที่ปฏิบัติการ และต้นทุนการเคลื่อนนโยบาย

ต้นทุนองค์ความรู้ ประกอบด้วย 1) องค์ความรู้ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของภาคี แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มนมแม่และโภชนาการแม่และเด็ก กลุ่มโภชนาการในโรงเรียน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มลดบริโภคหวานและลดบริโภคเค็ม และกลุ่มนโยบายและทั่วไป และจัดความรู้เป็น 3 ประเภท ได้แก่ รูปแบบ/ต้นแบบชุดความรู้ และสื่อ/การณรงค์ 2) องค์ความรู้ด้านบริหารจัดการ ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ ได้แก่ ประสิทธิภาพของแกนนำ จุดเริ่มต้นได้จากข้อเสนอ/ปัญหาระดับชาติหรือจากปัญหาของชุมชน ตั้งเป้าหมายชัดเจน เริ่มทำงานจากเล็ก ทดลอง ตกผลึก จึงขยายผล อ้างอิงหลักฐานทางวิชาการและใช้ข้อมูลจริง สื่อสารง่ายและชัดเจน มีการพัฒนาแนวทางหรือข้อเสนอ ที่ชี้ให้เห็นประโยชน์ที่สังคมจะได้รับ แสดงความสอดคล้องกับแนวนโยบายของประเทศ รวมทั้งการสร้างความสำเร็จเชิงรูปธรรมที่ขยายผลต่อได้ช่วยสร้างความมั่นใจต่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย 3) องค์ความรู้ในการขับเคลื่อนนโยบาย ในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา สามารถสนับสนุนให้เกิดมาตรการ/นโยบาย ตลอดจนยุทธศาสตร์ที่ขับเคลื่อนได้สำเร็จกว่า 15 เรื่อง

ต้นทุนพื้นที่ปฏิบัติการ ภาคีแผนอาหารเพื่อสุขภาวะมีต้นทุนพื้นที่ปฏิบัติการ ทั้งด้านการผลิตที่ยั่งยืน ตลาดสีเขียว แหล่งให้บริการอาหาร โรงพยาบาลสีเขียว โรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสุขภาวะ เครือข่ายผู้บริโภคและพลังพลเมืองอาหาร ที่กระจายการทำงานใน 4 ภูมิภาค ครอบคลุมพื้นที่ 36 จังหวัดทั่วประเทศ

ต้นทุนการขับเคลื่อนนโยบาย มีลักษณะการพัฒนางานนโยบายอยู่ 2 ระดับ คือ 1) ขั้นตอนการพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ที่ต้องมีการวิเคราะห์ปัญหาผลกระทบจากนโยบาย สร้างประเด็นทางสังคม และพัฒนานวาทะทางนโยบาย และ 2) ขั้นตอนการผลักดันเพื่อให้เกิดนโยบาย การรับรองและนำไปปฏิบัติ รวมถึงการติดตามประเมินผล โดยปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จเชิงนโยบาย ประกอบด้วย ผู้นำขับเคลื่อนที่มุ่งมั่น มีจิตสาธารณะ และสามารถหาเครือข่ายร่วมขับเคลื่อน โดยกระบวนการขับเคลื่อนเชื่อมโยง 3 ส่วน คือ ข้อมูลหลักฐานงานวิจัยที่ชัดเจน ทันสถานการณ์ รอบด้าน พร้อมทั้งจะตอบสนองต่อจังหวะและโอกาส มีเครือข่ายที่หลากหลายทุกระดับทั้งส่วนกลางและพื้นที่ รวมทั้งบริบททางนโยบายโดยทำงานร่วมกับผู้รับผิดชอบหลัก

3. วิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มที่เกี่ยวข้อง

3.1 สถานการณ์ความมั่นคงทางอาหาร

สถานการณ์ปัญหาระบบอาหารและความมั่นคงทางอาหารของสังคมไทย พบว่า ปัจจุบันการผลิตอาหารของประเทศไทย มีปัญหาเรื่องที่ดินและชลประทานเป็นข้อจำกัด การผลิตอาหารทางการเกษตรในปัจจุบันกระจุกในการผลิตเชิงเดี่ยวเป็นสำคัญ ทำให้ไม่สามารถแข่งขันได้ อีกทั้งยังเผชิญปัญหาการส่งออกผลผลิตเกษตรของไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง พืชเศรษฐกิจที่ประเทศไทยผลิตส่วนใหญ่ เช่น อ้อย ข้าวโพด มัน มีผลตอบแทนต่อไร่ต่ำมาก ขณะที่การผลิตพืชอินทรีย์ เช่น ข้าว ผลไม้ พืชสมุนไพร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำเกษตรผสมผสาน เกษตรอินทรีย์ หรือเกษตรกรรมทางเลือก สามารถทำกำไรดีกว่า ซึ่งพื้นที่เกษตรอินทรีย์ปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น แต่ยังคงพบว่า สัดส่วนต่อพื้นที่ทั้งประเทศของไทยยังน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของโลก

ความไม่หลากหลายของพันธุกรรมในระบบอาหารและระบบการผลิตอาหารปัจจุบัน มีแนวโน้มลดความหลากหลายไปอย่างรวดเร็ว อาหาร พืชผักผลไม้ที่ขายในระบบค้าปลีกพบว่า มีเพียงไม่กี่สายพันธุ์ที่ผลิตและยังมีการกระจายอาหารรวมศูนย์จากระบบค้าปลีก ซึ่งเป็นเรื่องใหญ่ที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพความหลากหลายของอาหารและยังลดการได้รับคุณค่าทางโภชนาการในอีก 10 ปีข้างหน้า โดยไม่รวมถึงการเกิดโรคระบาดและอื่นๆ ที่มาจากการผลิตพืชเชิงเดี่ยวซึ่งต้องใช้สารเคมีการเกษตรปริมาณมาก

การรวมศูนย์ปัจจัยการผลิตและการกระจายอาหาร ทั้งในส่วนที่เป็นปัจจัยการผลิตและค้าปลีกในระบบอาหาร จะเห็นบทบาทการรวมศูนย์เพิ่มขึ้นมากในปัจจัยการผลิต เช่น ปุ๋ยเคมี เมล็ดพันธุ์ พันธุ์สัตว์ โดยพบว่า พันธุ์สัตว์ ร้อยละ 100 ถือครองโดย 4 บริษัท พันธุ์พืชอยู่ในการถือครองของ 7 บริษัทประมาณร้อยละ 75

สถานะของเกษตรกรผู้ผลิตอาหารส่วนใหญ่อยู่ในวัยชราภาพ มีภาระหนี้สิน และอยู่ได้เพราะพึ่งพารายได้นอกภาคเกษตร โดยอายุเฉลี่ยของเกษตรกรสูงขึ้นจาก 54 ปี ในปี 2551 เป็น 58 ปี ในปี 2561 และมีภาระหนี้สิน โดยเฉลี่ย 221,490 บาท/ครัวเรือน/ปี แต่กลับมีปริมาณผลผลิตที่ลดลง มีความเหลื่อมล้ำและมีการใช้จ่ายเรื่องสุขภาพเพิ่มขึ้น

จากข้อมูล Global Food Security Index 2020 (GFSI) ประเทศไทยมีระดับความมั่นคงทางอาหารอันดับที่ 51 จาก 113 ประเทศ นอกจากนี้ข้อมูลจากโครงการติดตามพฤติกรรมการกินผักและผลไม้ของคนไทย ปี 2564 พบว่า ประชาชนกลุ่มตัวอย่างอายุ 13 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยความไม่มั่นคงทางอาหาร อยู่ที่ 0.89 คะแนน จากคะแนนเต็ม 8 คะแนน โดยเมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ที่มีระดับความไม่มั่นคงทางอาหารปานกลางและรุนแรง พบว่า ร้อยละ 5.6 และร้อยละ 2.9 มีความไม่มั่นคงทางอาหารในระดับปานกลางและรุนแรงตามลำดับ จะสังเกตได้ว่า ปัญหาความไม่มั่นคงทางอาหารของไทยนั้นยังไม่ถึงขั้นที่รุนแรง แต่ขณะเดียวกันก็ยังมีประชากรที่ขาดแคลนสารอาหารในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจสะท้อนว่าประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงสารอาหารที่เพียงพอและหลากหลายของประชากรในประเทศ ดังนั้น ประเทศไทยจึงต้องทบทวนนโยบายทางอาหารอย่างจริงจัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

3.2 สถานการณ์ด้านความปลอดภัยทางอาหาร

องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การเกษตรและอาหารแห่งสหประชาชาติ (FAO) สรุปสาเหตุส่วนใหญ่ของการเจ็บป่วยจากการบริโภคอาหารว่าเกิดจากอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์และสารเคมี เช่น สารเคมีที่ใช้ในการกำจัดศัตรูพืช ยาปฏิชีวนะและยาที่ใช้ในการเลี้ยงสัตว์ วัตถุเจือปนอาหาร รวมไปถึงสารพิษจากจุลินทรีย์ และสารเคมีปนเปื้อนจากโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภคแล้วยังส่งผลกระทบต่อปริมาณและเศรษฐกิจของประเทศ นอกจากนี้ยังมีภัยอุบัติใหม่ที่อาจปนเปื้อนในอาหาร เช่น เชื้อดื้อยาที่มีอาหารเป็นพาหะ เป็นต้น ซึ่งไม่เพียงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภคแต่ยังส่งผลกระทบต่อการค้าและภาพลักษณ์ของประเทศด้วย

ความปลอดภัยของผักและผลไม้จากการสำรวจข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง โดยเครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (Thai PAN) ปี 2563 พบสารพิษตกค้างในผักและผลไม้ ร้อยละ 58.7 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานผลการเฝ้าระวังสารพิษตกค้างในผักและผลไม้ โดยกระทรวงสาธารณสุข และยังคงคล้อยไปกับข้อมูลมูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบทางการเกษตรปี 2561 อยู่ที่ 292 รายการ คิดเป็น 170,932,622 กิโลกรัม เฉลี่ยแล้วคนไทย 1 คนจะได้รับสารเคมี 2.5 กิโลกรัม ในขณะที่พื้นที่เกษตรอินทรีย์มีเพียงร้อยละ 0.38 หรือ 570,409 ไร่ จากพื้นที่ การเกษตรทั้งหมด 149,225,195 ไร่ (ข้อมูลปี 2560) นอกจากนี้ ข้อมูลจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปี พ.ศ. 2562 พบว่า ความไม่ปลอดภัยของเนื้อสัตว์นั้นแย่กว่าในผักและผลไม้ กล่าวคือ ตัวอย่างเนื้อสัตว์ที่ไม่ผ่านมาตรฐานมีสูงมาก เฉลี่ยที่ร้อยละ 40-80 และยังพบการปนเปื้อนเชื้อดื้อยาในเนื้อหมู เนื้อวัว และเนื้อไก่ กว่าร้อยละ 56.5-98.5

นอกจากนี้ โควิด-19 ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร โดยหลังจากที่เกิดการระบาด ทำให้ food safety testing market เพิ่มขึ้น กล่าวคือ จากเดิมที่เคยมีการทดสอบเรื่องความปลอดภัยของอาหารที่จะเอาไปขายในตลาดโลกอยู่แล้ว เมื่อมีวิกฤตโควิด-19 โอกาสของธุรกิจการขายอาหารจะมีเรื่อง food safety เข้ามาเกี่ยวข้องสูงมาก จึงอาจส่งผลดีในการขับเคลื่อนงานอาหารปลอดภัย

3.3 สถานการณ์ด้านพฤติกรรมบริโภคและภาวะโภชนาการ

พฤติกรรมบริโภคอาหาร ส่งผลต่อภาวะโภชนาการและสุขภาพ ที่อาจก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งเป็นภาระทางสุขภาพและสาเหตุของความสูญเสียสุขภาพจากการตายก่อนวัยอันควรลำดับต้นๆ ของประชากรไทย

สถานการณ์ด้านพฤติกรรมบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในบริบทของไทย พบว่า

- ปี 2563 พบว่า ร้อยละ 73.0 ของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป กินอาหารครบ 3 มื้อต่อวัน โดยกลุ่มอายุที่กินครบ 3 มื้อน้อยที่สุดคือ 15-29 ปี (ร้อยละ 64.0) ผู้ใหญ่วัยแรงงานส่วนมาก (ร้อยละ 43.0-60.0) งดอาหารมื้อเช้า ส่วนในผู้สูงอายุส่วนมาก (ร้อยละ 45.0-66.0) งดอาหารมื้อกลางวัน⁸⁶
- ปี 2562 อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือนแรก อยู่ที่ร้อยละ 14 ซึ่งแนวโน้มลดลงอย่างมากจากร้อยละ 23.1 ในปี 2559⁸⁷ โดยต่ำกว่าค่าเป้าหมายด้านโภชนาการระดับโลก (Global Nutrition Targets 2025) กำหนดเป้าหมาย Exclusive Breast Feeding อยู่ที่ร้อยละ 50 ขึ้นไป
- ปี 2562 ร้อยละของเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี มีภาวะน้ำหนักน้อย เตี้ย ผอม และน้ำหนักเกิน (over weight) เท่ากับร้อยละ 7.6 , 13.3 , 7.7 และ 9.2 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกด้านเมื่อเปรียบเทียบกับรายงานการสำรวจในปี 2559
- ปี 2564 ร้อยละของเด็กวัยเรียน อายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย ผอม น้ำหนักเกินและอ้วน และ สูงดีสมส่วน เท่ากับร้อยละ 7.6 3.8 12.4 และ 65.5 ตามลำดับ⁸⁸ ทั้งนี้ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ของเด็กวัยเรียนไทยมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยจากปี 2562-2563 แต่เมื่อพิจารณาสถานการณ์ในภาพรวมยังถือว่าภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของเด็กวัยเรียนยังเป็นปัญหาด้านโภชนาการที่สำคัญที่ต้องจัดการอย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

⁸⁶ วิชัย เอกพลากร และคณะ. (2564). “การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ.2562-2563”. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

⁸⁷ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ร่วมกับ องค์การยูนิเซฟ. (2559) “การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย ปี พ.ศ.2558-2559”. และสำนักงานสถิติแห่งชาติ ร่วมกับ องค์การยูนิเซฟ. (2563). “การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย ปี พ.ศ.2562”.

⁸⁸ ข้อมูลจาก Health Data Center. เข้าถึงได้จาก <http://www.pcko.moph.go.th/hdc.html>

จากงานศึกษาวิจัยปี 2562 เกี่ยวกับ dietary risks พบว่า พฤติกรรมการกินอาหาร ชนิดของอาหาร และสารอาหาร มีนัยยะสำคัญต่อการเกิดโรคและเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก โดยพบว่า ประชากรโลกมีปัจจัยเสี่ยงจากการกินอาหาร คือ กินธัญพืชน้อย โซเดียมสูง ผลไม้ไม่เพียงพอ ในระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (SEA) พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการกินที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตของประชากรก็เป็นเช่นเดียวกัน ซึ่งความเสี่ยงของพฤติกรรมการกินอาหาร เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลให้ประชากรโลกมีการเสียชีวิตมากที่สุด

จากข้อมูลของ Global Agricultural Information Network ปี 2557 พบว่า คนไทยมีพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลถึง 28.4 ช้อนชาต่อวัน ซึ่งสูงกว่าคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกที่แนะนำไว้แค่วันละ 6 ช้อนชาถึง 4.7 เท่า⁸⁹ แต่ในขณะเดียวกัน ผลการศึกษาวิจัยจากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2563 พบว่า ประชากรไทยอายุ 6 ปีขึ้นไป บริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลลดลง จาก 283.6 มิลลิลิตร ในปี 2561 เป็น 275.8 มิลลิลิตร ในปี 2562 หรือลดลงร้อยละ 2.8 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีการบริโภคน้ำตาลสูงสุด ร้อยละ 7.2 โดยเครื่องดื่มที่มีการบริโภคลดลงมากที่สุด พบว่า เครื่องดื่มผสมโซดาแบบกระป๋องมีส่วนการบริโภคลดลงมากที่สุด ร้อยละ 17.7 ตามด้วยเครื่องดื่มสมุนไพร ร้อยละ 10.0 และน้ำผลไม้แบบกล่อง ร้อยละ 9.2 ตามลำดับ

3.4 สถานการณ์ด้านระบบตลาด เศรษฐกิจ และการค้า

พัฒนาการของระบบการค้าในโลกทุนนิยมเสรี คือ ปัจจัยสำคัญของการเปลี่ยนแปลงจากระบบกระจายอาหารดั้งเดิมสู่ระบบการกระจายอาหารสมัยใหม่ในสังคมไทย มีการประเมินว่า แรงกดดันต่อธุรกิจถึงผลกระทบที่มีในห่วงโซ่อุปทานนั้นมีแนวโน้มที่จะรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะในระบบเกษตรและการผลิตอาหารที่มีแนวโน้มจะรวมศูนย์โดยห่วงโซ่อุปทานที่เป็นผู้ผลิตและผู้จำหน่ายจะเหลือเพียงไม่กี่ราย

หากพิจารณากระบวนการกระจายอาหารของไทย เมื่อปี 2544 พบว่า สัดส่วนโมเดิร์นเทรด มีเพียงร้อยละ 35 ของระบบการกระจายอาหารที่มีอยู่ แต่ในปี 2560 กลับพบว่า สัดส่วนโมเดิร์นเทรดเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 66.4 ที่ผ่านมาร้านค้าปลีกสมัยใหม่ หรือโมเดิร์นเทรดได้เปลี่ยนแปลงระบบกระจายอาหารทั่วโลกด้วยวิธีการขยายจากเมืองใหญ่ไปสู่เมืองเล็กเกือบทุกจังหวัด นอกจากนี้ระบบการจัดซื้อรวมศูนย์ทำให้ห้างค้าปลีกขนาดใหญ่ได้เปรียบร้านขายของชำ (โชห่วย) อย่างมาก

งานศึกษามูลค่าตลาดและปริมาณการจำหน่ายในช่วงปี 2558-2563 และประมาณการมูลค่าตลาดและปริมาณการจำหน่ายระหว่างปี 2563-2568 ของอาหารสำเร็จรูป (ready meal) อาหารฟาสต์ฟู้ด (fast food) เครื่องดื่มพร้อมดื่ม (ready-to-drink soft drinks) เครื่องปรุงรส (sauces, dressing and condiments) และเนื้อสัตว์แปรรูป (processed meats) ในประเทศไทย⁹⁰ พบว่า ปริมาณการจำหน่ายอาหารสำเร็จรูปเพิ่มขึ้นมากถึงร้อยละ 58 ในช่วงปี 2558-2563 ซึ่งเกือบทั้งหมดเป็นผลิตภัณฑ์ชนิดแช่แข็งและแช่เย็น เนื่องจากผู้บริโภคในปัจจุบัน โดยเฉพาะคนรุ่นใหม่ต้องการความสะดวกสบาย ไม่มีเวลาเตรียมอาหาร หรือมีข้อจำกัดในการปรุงประกอบอาหารในที่พักอาศัย

ผลกระทบการค้าระหว่างประเทศต่อการผลิตอาหาร ในประเด็น CPTPP ที่จะมีผลต่อการเก็บรักษาและคัดเลือกเมล็ดพันธุ์ กรมการค้าระหว่างประเทศได้ทำการศึกษาสรุปชัดเจนว่าจะส่งผลกระทบต่อผู้ผลิตรายย่อยอย่างมากและกว้างขวาง นอกจากนี้ การรวมตัวของการพัฒนาระดับภูมิภาคของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ASEAN Economic Community (AEC) และการเจรจาความตกลงการค้าเสรี (Free Trade Area: FTA) ยังเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อเกษตรกรและผู้บริโภค ทั้งในด้านปริมาณอาหาร และราคาอาหารในระดับภูมิภาค

⁸⁹ มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (ม.ป.ป.). “หวาน...ไปหรือเปล่า”. มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. เข้าถึงได้จาก <https://www.thaiheartfound.org/Article/Detail/140094>

⁹⁰ ข้อมูลจาก Euromonitor International. (2020)

ดังนั้น นโยบายสำคัญของประเทศ คือ “นโยบายส่งเสริมขีดความสามารถในการแข่งขัน” พร้อมกับการ “การเพิ่มบทบาทของผู้ประกอบการรายย่อย” จะเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ประกอบการธุรกิจการเกษตรขนาดเล็ก-กลางในชนบท สามารถเชื่อมโยงเกษตรกรรายย่อยกับห่วงโซ่อุปทานและความต้องการของผู้บริโภคได้ พร้อมกับการสร้างความเป็นธรรมและความยั่งยืนของการกระจายอาหารเพื่อสร้างความมั่นคงทางอาหารได้

3.5 ภาวะวิกฤตด้านอาหาร ปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่ และสถานการณ์ภัยพิบัติ

สังคมไทยเคยเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตอาหาร เช่น วิกฤตเศรษฐกิจในช่วงทศวรรษ 2540 สถานการณ์อุทกภัยในช่วงปลายปี 2554 โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเปราะบางเมื่อเกิดภัยพิบัติ จากการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ มีการคาดการณ์ผลผลิตทางการเกษตรลดลงและส่งผลกระทบต่อเชิงลบสะสม ตั้งแต่ พ.ศ. 2548–2588 เป็นมูลค่า 0.590–2.485 ล้านล้านบาท ตั้งแต่ปี 2563 จนถึงปัจจุบัน โลกกำลังเผชิญกับภาวะสงครามและแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ยังคงอยู่ ทำให้เศรษฐกิจถดถอยอย่างมาก และยังทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบอาหาร ความมั่นคงทางอาหาร และภาวะโภชนาการ

วิกฤตโควิด-19 มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะโภชนาการ การปิดเมือง ห้ามเดินทาง ธุรกิจปิดตัว คนตกงาน ราคาอาหารสูงขึ้นโดยเฉพาะในเมือง รวมทั้งการ disruption ของระบบอาหาร ตั้งแต่การผลิต คลังสินค้า การกระจาย ขยายปลีก ทำให้พฤติกรรมผู้บริโภคเปลี่ยนแปลงไป เกิดการสั่งอาหารทางออนไลน์ และสะสมอาหารสำเร็จรูปมากขึ้น ทำให้เสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน สำหรับกลุ่มคนเปราะบางได้รับผลกระทบเพิ่มมากขึ้น เพราะความสามารถของครัวเรือนในการเข้าถึงอาหารทั้งคุณภาพและปริมาณลดลง ส่งผลให้ขาดความมั่นคงทางอาหาร และยังส่งผลกระทบต่อเด็กต่อการขาดสารอาหารสำคัญ เช่น วิตามินและธาตุเหล็ก เกิดความหิวโหยในกลุ่มเปราะบาง/ยากจน นำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งกลุ่มที่จะเห็นผลกระทบเร็วสุดคือทารกในครรภ์ จากรายงานสุขภาพคนไทย 2565 พบว่า โรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมด้านอาหาร โดยเฉพาะผู้มีรายได้น้อย จากการสำรวจผู้มีรายได้น้อยในชุมชนแออัดกรุงเทพฯ พบว่า ร้อยละ 37.8 ต้องลดค่าใช้จ่ายด้านอาหารและต้องลดการบริโภคอาหารประเภทต่าง ๆ เช่น สัตว์น้ำ เนื้อสัตว์ และผลไม้

นอกจากนี้ เมื่อเดือนเมษายน ปี พ.ศ. 2565 มีสัญญาณบ่งชี้ว่าโลกและประเทศไทยกำลังเข้าสู่วิกฤตอาหารแล้ว โดยดัชนีราคาอาหาร (Food Price Index) ของ FAO ชี้ว่าราคาอาหารสำคัญของโลกที่วัดจากดัชนีราคาธัญพืช เนื้อสัตว์ นม น้ำตาล และน้ำมันพืช ขณะนี้อยู่ในระดับสูงสุดในรอบ 10 ปี และสูงกว่าดัชนีราคาอาหารเมื่อปี ค.ศ. 2008 ซึ่งเป็นวิกฤตอาหารครั้งสำคัญของโลก (global food crisis) ทำให้เห็นอย่างชัดเจนว่า วิกฤตอาหารร้ายแรงกว่าวิกฤตพลังงาน เมื่อพบว่า เดือนเมษายน 2566 ราคาอาหารพุ่งร้อยละ 30 จากสงครามยูเครนและรัสเซีย กระทบผลผลิตสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ของโลก อีกทั้งราคาเชื้อเพลิงฟอสซิลที่เพิ่มสูงขึ้นส่งผลต่อราคาปัจจัยการผลิตที่เพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ ปุ๋ยเคมี สารเคมีกำจัดศัตรูพืช รวมทั้งต้นทุนเชื้อเพลิงที่ใช้ในเครื่องจักรกลการเกษตร การขนส่งในอุตสาหกรรมอาหารทั้งระบบ ส่งผลให้ราคาอาหารทั่วโลกปรับตัวสูงขึ้น

3.6 ทิศทางระบบอาหารในอนาคต

จากสถานการณ์ความมั่นคงทางอาหาร อาหารปลอดภัย และโภชนาการที่กล่าวไปข้างต้น องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวทางสำคัญ 3 ประการ ในการสนับสนุนอาหารเพื่อสุขภาพ (healthy diets) ได้แก่⁹¹

⁹¹ FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. (2020). “The State of Food Security and Nutrition in the World 2020: Transforming food systems for affordable healthy diets”. Rome: FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO

1) การสร้างประสานเชื่อมโยงนโยบายระดับชาติและแผนการลงทุน (creating coherence in national policies and investment plans – including trade, food and agricultural policies – to promote a healthy diet and protect public health)

2) หาแนวทางกระตุ้นความต้องการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ (demand) ให้สูงขึ้น (encouraging consumer demand for healthy foods and meals)

3) การให้ความสำคัญในประชากรกลุ่มเฉพาะ กลุ่มทารกและเด็กเล็ก ส่งเสริมอาหารกลุ่มทารก และเด็กเล็กที่เหมาะสม (promoting appropriate infant and young child feeding practices)

นอกจากนี้ รายงานสถานการณ์ด้านสุขภาพคนไทย ThaiHealth Watch 2022 ได้นำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพ ทิศทางแนวโน้มสถานการณ์ด้านสุขภาพจากรายงานมีสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหาร โดยพบว่า การสร้างความมั่นคงทางอาหาร การบริโภคอย่างสมดุล วิกฤติโควิด-19 ส่งผลให้ผลผลิตเพื่อการบริโภคลดลงและมีปัญหาในหลาย ๆ ด้าน ทำให้กลุ่มคนด้อยโอกาส คนไร้บ้านหลายคนประสบปัญหาในด้านอาหารการกิน แต่ในขณะเดียวกันกลุ่มเด็กที่เรียนออนไลน์ คนที่ต้องกักตัวอยู่กับบ้าน รับประทานอาหารเดลิเวอรี่ก็เกิดการบริโภคเกินความจำเป็น ควบคู่ไปกับการเนืองนิ่ง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งนี้ แผนอาหารเพื่อสุขภาพ จำเป็นต้องขับเคลื่อนภายใต้แนวคิด adaptive living: ปรับการใช้ชีวิตพร้อมก้าวไปในยุคโควิด-19 เพื่อกระตุ้นให้คนไทยเกิดความตระหนัก และสามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงกับสถานการณ์ในอนาคต โดยร่วมมือกับภาคีเครือข่ายให้มุ่งพัฒนาองค์ความรู้เพื่อหาทางป้องกันและแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง รวมถึงพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อรองรับการแก้ปัญหาต่าง ๆ ไปพร้อมกันด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบูรณาการข้อมูลขนาดใหญ่ (big Data) แล้วนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ร่วมกับการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI) ที่มีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบและรวดเร็ว ซึ่งในอนาคตจะต้องเน้นการพัฒนาการนำเทคโนโลยีมาจัดการข้อมูลทางอาหารเพื่อสุขภาพใช้ให้เกิดประโยชน์กับประชาชนให้มากที่สุด

4. กรอบแนวคิดการดำเนินงาน

แผนอาหารเพื่อสุขภาพ (แผน 14) ได้เริ่มขับเคลื่อนแผนหลัก และแผนการดำเนินงานประจำปี มาตั้งแต่ปี 2549 โดยจำแนกพัฒนาการของแผนออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 พ.ศ. 2546–2554 มุ่งเน้นสนับสนุนแผนงาน/โครงการด้านอาหาร ในแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ภายใต้สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (สำนัก 2) อาทิ แผนงานส่งเสริมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แผนงานรณรงค์เพื่อเด็กไทยไม่กินหวาน แผนงานอาหารเชิงใหม่ปลอดภัย แผนงานด้านอาหารและโภชนาการเชิงรุก (เครือข่ายโภชนาการสมวัย) แผนงานฐานทรัพยากรอาหาร เป็นต้น

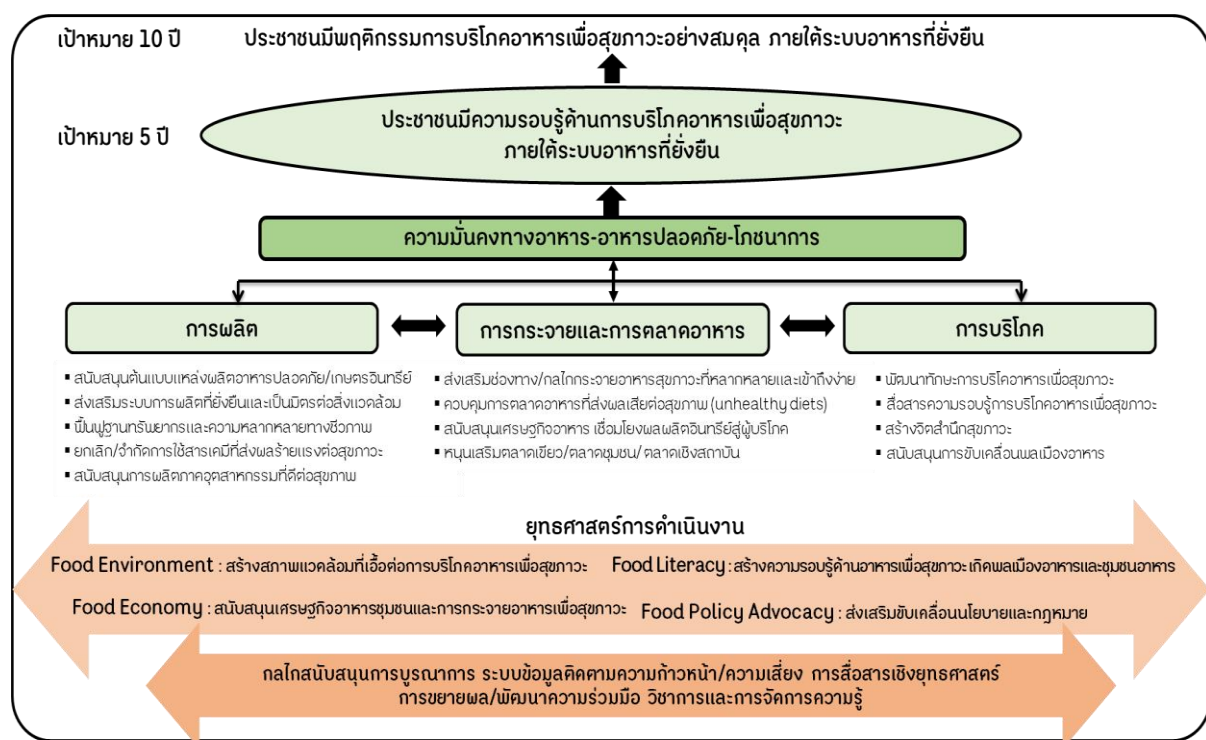
ระยะที่ 2 พ.ศ. 2555–2563 เริ่มขับเคลื่อนงานด้านอาหาร โดยแผนอาหารเพื่อสุขภาพ (แผน 14) ภายใต้สำนักสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ (สำนัก 5) ซึ่งได้แบ่งการสนับสนุนแผนงาน/โครงการออกเป็น 3 กลุ่มงาน คือ 1) ความมั่นคงทางอาหาร 2) อาหารปลอดภัย และ 3) โภชนาการ

ระยะที่ 3 พ.ศ. 2564 เป็นต้นไป นับเป็นโอกาสสำคัญของการจัดทำทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565–2574) ในระยะถัดไป แผนอาหารเพื่อสุขภาพ จึงให้ความสำคัญกับการประมวลองค์ความรู้ นวัตกรรม ต้นทุนการดำเนินงาน การจัดการความรู้ และงานวิชาการ เพื่อยกระดับความเข้มแข็งทางด้านวิชาการและนวัตกรรม เพื่อสนับสนุนวิเคราะห์สถานการณ์การขับเคลื่อนนโยบาย การจัดทำยุทธศาสตร์ และการสื่อสารสาธารณะ

สำหรับเป้าประสงค์ที่สำคัญในแผนอาหารเพื่อสุขภาวะระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) คือ ประชาชนมีความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะภายใต้ระบบอาหารที่ยั่งยืน โดยทำงานผ่านตัวกำหนดสุขภาพที่สำคัญในเรื่องความมั่นคงทางอาหาร อาหารปลอดภัย โภชนาการ จึงได้วางยุทธศาสตร์เฉพาะไว้ 4 เรื่อง คือ

- 1) food literacy สร้างความรอบรู้ด้านอาหาร เพื่อนำไปสู่ความเข้มแข็งของพลเมืองอาหารและชุมชนอาหาร
- 2) food environment สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่ออาหารเพื่อสุขภาวะ
- 3) food economy สนับสนุนเศรษฐกิจอาหารชุมชนและการกระจายอาหารเพื่อสุขภาวะ
- 4) food policy ส่งเสริมการขับเคลื่อนนโยบายและกฎหมาย

แผนอาหารเพื่อสุขภาวะได้วางกลุ่มเป้าหมายการดำเนินงานที่สำคัญในการผลักดันไว้ ประกอบด้วย กลุ่มเปราะบาง กลุ่มทารกแรกเกิดถึง 5 ปี กลุ่มเด็กเยาวชน กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ โดยมี 5 ระบบ/กลไกสนับสนุน ได้แก่ กลไกสนับสนุนการบูรณาการ ระบบข้อมูลต่างๆ กลไกสนับสนุนเรื่องการสื่อสาร การขยายผล การพัฒนาความร่วมมือ และการจัดการความรู้ ทั้งนี้เป็นกระบวนการปฏิบัติการร่วมไปกับภาคีเครือข่าย ทั้งภาคยุทธศาสตร์ ภาคีเครือข่ายที่มีศักยภาพ และภาคีในระดับพื้นที่ รวมไปถึงการเปิดพื้นที่ทำงานกับภาคีหน้าใหม่ หรือภาคีกลุ่มคนรุ่นใหม่ด้วย



แผนภาพ กรอบแนวคิดการดำเนินงานของแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ (conceptual framework)

5. นิยามเชิงปฏิบัติการ

1) **อาหารเพื่อสุขภาวะ (healthy food & nutrition)** หมายถึง อาหารที่มีคุณลักษณะทางกายภาพและส่วนประกอบที่มีคุณค่าทางโภชนาการ และมีความปลอดภัย ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และเป็นอาหาร ที่ผ่านกระบวนการผลิตที่คำนึงถึงการหมุนเวียนของทรัพยากรให้เกิดความสมดุลทางธรรมชาติและรักษาความหลากหลายทางชีวภาพ

2) **ระบบอาหารที่ยั่งยืน (sustainable food system)** หมายถึง ระบบอาหารที่ให้ความมั่นคงด้านอาหารและโภชนาการแก่ทุกคนในมิติด้านเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อมเพื่อสร้างความมั่นคงทางอาหารและโภชนาการสำหรับคนรุ่นต่อไปซึ่งจะไม่ลดลง หมายความว่า มีความยั่งยืนทางเศรษฐกิจ มีประโยชน์ในวงกว้างสำหรับสังคม และมีผลกระทบเชิงบวกหรือเป็นกลางต่อสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ⁹²

3) **ปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุภาพ (food environment)** หมายถึง คุณลักษณะทางด้านกายภาพ เศรษฐกิจ นโยบาย สังคมวัฒนธรรม การสร้างโอกาสและเงื่อนไข ที่มีผลต่อการเลือกบริโภคอาหาร และเครื่องดื่มของประชาชน

4) **ความมั่นคงทางอาหาร (food security)** หมายถึง การเข้าถึงอาหารที่มีอย่างเพียงพอสำหรับการบริโภคของประชาชนในประเทศ อาหารมีความปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการเหมาะสมตามความต้องการตามวัยเพื่อการมีสุขภาพที่ดี รวมทั้งการมีระบบการผลิตที่เกื้อหนุน รักษาความสมดุลของระบบนิเวศวิทยาและความคงอยู่ของฐานทรัพยากรอาหารทางธรรมชาติของประเทศ ทั้งในภาวะปกติหรือเกิดภัยพิบัติ สาธารณภัยหรือการก่อการร้ายอันเกี่ยวเนื่องจากอาหาร⁹³

5) **พลเมืองอาหาร (food citizenship)** หมายถึง คนหรือผู้คน ที่ตระหนักถึงศักยภาพ สิทธิบทบาทหน้าที่ในการเข้าถึงและบริโภคอาหารที่มีสุขภาพ โดยสร้างการเปลี่ยนแปลงทั้งต่อตนเองและสังคม

6) **ชุมชนอาหาร (food community)** หมายถึง พื้นที่ความสัมพันธ์ของผู้คนที่มีความตระหนักและนำสู่การร่วมสร้างอาหารที่ดี ทำให้เกิดการเข้าถึงอาหารที่หลากหลายปลอดภัย ทั้งถึง เป็นธรรม อาทิ การพัฒนาโรงเรียนอาหารสุภาพ โรงพยาบาลอำเภอสีเขียว ตลาดสีเขียวชุมชน การร่วมผลักดันอุตสาหกรรมอาหารให้มีทางเลือกเพื่อสุขภาพที่มากขึ้นในราคาที่เหมาะสมเป็นธรรม เป็นต้น

7) **เศรษฐกิจอาหาร (food economy)** หมายถึง รูปแบบการประกอบการอาหารที่ดีต่อสุขภาพ โดยมุ่งใช้ทรัพยากรอย่างบูรณาการขององค์กรต่าง ๆ ในพื้นที่ โดยควรได้รับการหนุนเสริมจากมาตรการหรือนโยบายของท้องถิ่นและภาครัฐ (incentive structure)

8) **ความรู้ด้านอาหาร (food literacy)** หมายถึง ความคิดอ่านเกี่ยวกับอาหารในทุกมิติ ทั้งความรู้จากผู้เชี่ยวชาญในเรื่องความมั่นคงอาหาร อาหารปลอดภัย โภชนาการ รวมทั้งความรู้จากภูมิปัญญาพื้นบ้าน ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ตั้งแต่การเลือก การเตรียม การปรุง การกิน มีการเข้าถึงข้อมูลที่จะช่วยในการตัดสินใจลดเสี่ยง ลงมือปฏิบัติ บอกต่อ ขยายผล

9) **กลุ่มเปราะบาง** หมายถึง คนที่มีปัญหาด้านสุขภาพหรือมีปัญหาในการเข้าถึงบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อาทิ คนพิการ ผู้ต้องขัง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พระสงฆ์ และผู้ด้อยโอกาสทางสังคมเศรษฐกิจหรือด้านอื่น ๆ

จุดเน้นของแผน

การจัดทำแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) ของแผนอาหารเพื่อสุขภาพ วางอยู่บนหลักการ ที่สำคัญคือ 1) ยึดทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) 2) ยึดแนวนโยบาย ยุทธศาสตร์ และสถานการณ์ภาพรวมของประเทศ และทำงานเชิงรุกเตรียมพร้อมรองรับกับสถานการณ์สุขภาพ เช่น การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ 3) มุ่งแสวงหาปัจจัยการขยายผลเชิงยุทธศาสตร์ (strategy and multiplier effect) เพื่อสร้างผลลัพธ์ด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพอย่างก้าวกระโดด

⁹² องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO)

⁹³ พระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ.2551

(หมายความว่าถึง การขยายผลแนวราบ คุณภาพของการดำเนินงาน) เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน 4) คำนึงการลดความเหลื่อมล้ำของประชากรกลุ่มเป้าหมาย สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมถึงบริบททางศาสนา วัฒนธรรม ชุมชน หรือท้องถิ่น และ 5) เน้นการส่งเสริมความเข้มแข็งภาคีเครือข่ายเพื่อสร้างนวัตกรรมในการสร้างเสริมวิถีการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ โดยจุดเน้นของแผน แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1) ส่งเสริมโภชนาการเชิงรุกเพื่อปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของประชาชนทุกช่วงวัย โดยพัฒนาองค์ความรู้ งานวิจัย และนวัตกรรมที่สนับสนุนการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ อาทิ ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และอาหารตามวัย การบริโภคอาหารให้หลากหลาย และเหมาะสมตามธงโภชนาการ ลดการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม และสานพลังภาคีเครือข่ายขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการเพื่อรับมือวิกฤตด้านอาหารที่ส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มทารกและเด็กเล็ก กลุ่มเด็กและเยาวชน และกลุ่มเปราะบาง รวมทั้งสนับสนุนการผลักดันขับเคลื่อน ขับเคลื่อน บังคับใช้ ติดตามประเมินผลมาตรการหรือนโยบายด้านอาหารและโภชนาการเพื่อการมีสุขภาพที่ดี และลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการบริโภคอาหารที่อาจส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิด

2) เสริมสร้างความเข้มแข็งของประชาชนเพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านอาหารเพื่อสุขภาพและร่วมเฝ้าระวังความปลอดภัยของอาหาร โดยการพัฒนาศักยภาพแกนนำ และกระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สามารถสร้างความรู้ ความเข้าใจ ค่านิยม ทศนคติ และจิตสำนึกด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชนแต่ละช่วงวัย/พื้นที่/องค์กร ให้สอดคล้องกับบริบททางสังคม และวัฒนธรรมอาหาร มุ่งเน้นบูรณาการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานเจ้าภาพหลักทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่เพื่อสร้างการรับรู้และการเข้าถึงในวงกว้าง รวมทั้งส่งเสริมระบบเฝ้าระวังและคุ้มครองผู้บริโภคด้านคุณภาพและความปลอดภัยของอาหารเพื่อสื่อสารป้องกันความเสี่ยง และทำให้ประชาชนเฝ้าระวังเท่าทันต่อสถานการณ์

3) สนับสนุนการพัฒนาและนำใช้วัตกรรมและเทคโนโลยีเพื่อสร้างสมรรถนะของผู้ผลิตผู้ประกอบการ และผู้บริโภคให้เท่าทันต่อสถานการณ์ด้านอาหาร โดยการขยายความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายอาหารในกลุ่มคนรุ่นใหม่ ผู้ประกอบกิจการธุรกิจเพื่อสังคม หรือนักพัฒนาที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการจัดการข้อมูล การพัฒนาและเชื่อมโยงเพื่อใช้ประโยชน์ฐานข้อมูลที่มีความสำคัญต่อการบริหารจัดการสินค้าเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงอาหารทั้งในภาพรวมและระดับพื้นที่ ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติ การวางแผนการผลิตที่ตอบสนองความต้องการของผู้บริโภค และเพิ่มประสิทธิภาพด้านการกระจายอาหารในระดับครัวเรือนและชุมชนให้เกิดห่วงโซ่อาหารที่สั้นลง โดยใช้เศรษฐกิจอาหารชุมชนเป็นปัจจัยนำเพื่อสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจในกลุ่มผู้ผลิตที่เชื่อมโยงสู่การจัดการอาหารชุมชนมากขึ้น

4) ส่งเสริมระบบการผลิตอาหารที่ยั่งยืน เพื่อสร้างความมั่นคงทางอาหารในระดับครัวเรือน และชุมชน โดยสนับสนุนการเพิ่มสัดส่วนของพื้นที่การผลิตอาหารที่ยั่งยืน รวมถึงปรับเปลี่ยนวิธีการผลิตของเกษตรกรจากการผลิตเชิงเดี่ยวสู่เกษตรกรรมยั่งยืนที่มีความหลากหลายทางชีวภาพ รวมทั้งบูรณาการพื้นที่ยุทธศาสตร์การดำเนินงานของแผนอาหารเพื่อสุขภาพไปสู่การยกระดับการพึ่งพาตนเองด้วยระบบอาหารที่ยั่งยืนได้มากขึ้น โดยคำนึงถึงมิติทางด้านสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยให้ความสำคัญกับประชาชนกลุ่มเปราะบาง พัฒนาระบบตลาดชุมชน หรือช่องทางการตลาดที่หลากหลายเพื่อการเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพและปลอดภัยของประชาชน ขยายผลโมเดล/นวัตกรรมต้นแบบด้านการแบ่งปันอาหาร การกระจายอาหาร หรือระบบการขนส่งอาหารในรูปออนไลน์เพื่อสร้างการเข้าถึงอาหารเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะหรือมาตรการของภาครัฐในการสนับสนุนความมั่นคงทางอาหารของครัวเรือนและชุมชนทั้งในภาวะวิกฤตและภาวะปกติ ให้เกิดผลสำเร็จเพื่อการจัดการเชิงโครงสร้างและบูรณาการทรัพยากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยเร็ว

5) สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อนำไปสู่การบูรณาการภาคีเครือข่ายและภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การยกระดับทางด้านนโยบาย โดยสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมระหว่างภาคีเครือข่าย ประมวลต้นทุน ศักยภาพ โอกาส ความท้าทาย และประเด็นทางสังคมเพื่อวิเคราะห์แนวทางการทำงานเชิงรุกเพื่อยกระดับการทำงานด้านอาหารเพื่อสุขภาวะไปสู่การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ เกิดเจ้าภาพร่วมในการขับเคลื่อนงานด้านอาหารเพื่อสุขภาวะ ระหว่างแผนต่าง ๆ ของ สสส. ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานหลัก

เป้าหมายการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดในระยะ 5 ปี

1. ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะเพิ่มขึ้นร้อยละ 5⁹⁴
2. ประชาชนมีความรอบรู้ด้านอาหารเพื่อสุขภาวะเพิ่มขึ้นร้อยละ 5⁹⁵
3. การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ/ปกป้องระบบอาหารที่ยั่งยืน อย่างน้อย 3 เรื่อง

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อสนับสนุนปัจจัยหนุนเสริมทั้งระดับบุคคล กลุ่มคน และองค์กร ให้เข้าถึงการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะด้วยระบบอาหารที่ยั่งยืนทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต
- 2) ส่งเสริมมูลค่าทางเศรษฐกิจของระบบอาหารที่ยั่งยืนและสร้างความมั่นคงทางอาหาร เพื่อสนับสนุนการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ
- 3) ขับเคลื่อนนโยบายที่เป็นจุดคานงัด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบอาหารที่ยั่งยืน

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างความรอบรู้ด้านอาหารเพื่อสุขภาวะ เกิดพลเมืองอาหารและชุมชนอาหาร โดยส่งเสริมการปรับพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ลดหวานมันเค็ม ในประชาชนทุกช่วงวัยเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สื่อสารรณรงค์เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะที่นำไปสู่การเป็นพลเมืองอาหารที่ตระหนักถึงศักยภาพ สิทธิ และบทบาทหน้าที่ในการเข้าถึงและบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ โดยสร้างการเปลี่ยนแปลงทั้งต่อตนเองและสังคม

ยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างสภาพแวดล้อมอาหารที่เอื้อต่อการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ โดยบูรณาการสานเสริมพลังองค์กรชุมชน และภาคีเครือข่ายเพื่อร่วมขับเคลื่อนระบบอาหารที่ยั่งยืน สนับสนุนระบบการบริหารจัดการอาหารและโภชนาการอย่างครบวงจรเพื่อการแบ่งปัน พึ่งพาตนเอง สร้างวิถีการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ รวมทั้งการพัฒนามาตรการหรือแนวทางเพื่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพทั้งเชิงปริมาณ คุณภาพ และความปลอดภัย เพื่อการมีสุขภาวะที่ดีของประชาชนทุกช่วงวัย ลดการเจ็บป่วยจากการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

⁹⁴ วัดผลในประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้การสนับสนุนของแผน (ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในพื้นที่การดำเนินงาน 9 จังหวัดคือ กรุงเทพมหานคร นนทบุรี นครปฐม อุตรดิตถ์ เชียงราย อุบลราชธานี ยโสธร สงขลา และพัทลุง) โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ดำเนินการโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

⁹⁵ วัดผลในประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้การสนับสนุนของแผน (ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในพื้นที่การดำเนินงาน 9 จังหวัดคือ กรุงเทพมหานคร นนทบุรี นครปฐม อุตรดิตถ์ เชียงราย อุบลราชธานี ยโสธร สงขลา และพัทลุง) โดยใช้แบบประเมินความรู้ด้านอาหารเพื่อสุขภาวะ (พัฒนาโดย อ.ดร.สพญ.สุจิตตพงศ์, 2564) ดำเนินการโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมระบบเศรษฐกิจอาหารชุมชนและการกระจายอาหารเพื่อสุขภาวะ มุ่งสร้างความเข้มแข็งต่อกระบวนการผลิตอาหารในระดับครัวเรือน ชุมชน และอุตสาหกรรมอาหารด้วยระบบอาหารที่ยั่งยืนเพื่อสร้างความเชื่อมโยงผลผลิตอาหารเพื่อสุขภาวะจากเกษตรกรสู่ผู้บริโภคอย่างเป็นรูปธรรมทั้งในภาวะวิกฤตและภาวะปกติ รวมทั้งขยายผลจากโมเดล นวัตกรรมและองค์ความรู้จากภาคีเครือข่ายด้านการผลิต การกระจาย/แบ่งปัน การปรุงประกอบอาหารเพื่อการเข้าถึงอาหารปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการ โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มเปราะบางที่ได้รับผลกระทบจากภาวะวิกฤตด้านความมั่นคงทางอาหาร อาหารปลอดภัย และโภชนาการ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ส่งเสริมการขับเคลื่อนนโยบายและกฎหมาย โดยพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรม งานวิชาการ งานศึกษาวิจัยและพัฒนา ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ พัฒนาเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสู่การผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะและปกป้องระบบอาหารที่ยั่งยืนภายใต้กลยุทธการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับผลกระทบ (impact) จากการทำงานของแผน ในระยะ 5 ปี และขอบเขตการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย “ประชาชนบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะภายใต้ระบบอาหารที่ยั่งยืน” ได้แก่

กลุ่มเป้าหมาย

- กลุ่มเปราะบาง/อดอยากหิวโหย ที่ได้รับผลกระทบมาจากสถานการณ์วิกฤตต่างๆ ทั้งวิกฤตสุขภาพ (ระบาดของโรคโควิด-19) วิกฤตเศรษฐกิจ (เศรษฐกิจตกต่ำ ถูกให้ออกจากงาน ถูกลดค่าจ้าง) ได้แก่ ทารกแรกเกิด กลุ่มเด็กด้อยโอกาส กลุ่มคนจนเมือง กลุ่มชุมชนแออัด กลุ่มแรงงานนอกระบบ กลุ่มคนตกงานและไม่มีรายได้ กลุ่มชาติพันธุ์ เกษตรไร้ที่ดิน เกษตรกรที่มีหนี้สิน เป็นต้น
- กลุ่มทารกและเด็กเล็ก
- กลุ่มเด็กและเยาวชน
- กลุ่มวัยทำงาน
- กลุ่มผู้สูงอายุ

ขอบเขตการดำเนินงาน

แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ มุ่งเน้นการดำเนินเพื่อตอบสนองต่อการบรรลุเป้าหมายการเพิ่มสัดส่วนการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) โดยมีจุดประสงค์เพื่อสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชน และได้กำหนดขอบเขตการดำเนินงานที่สำคัญไว้ ดังนี้

1) การเพิ่มสัดส่วนประชาชนที่มีภาวะสุขภาพและโภชนาการสมดุล

ปัจจุบันประชาชนยังมีภาวะขาดสารอาหารเป็นจำนวนมาก แต่อีกด้านหนึ่งกลับมีแนวโน้มภาวะโภชนาการเกินที่มากขึ้น รวมถึงการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากพฤติกรรมบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่ปัจจุบันมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น เช่น ภาวะอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เมตาบอลิซึมซินโดรม เป็นต้น

2) การเสริมสร้างคุณภาพและความปลอดภัยทางอาหาร

สาเหตุส่วนใหญ่ของการเจ็บป่วยจากการบริโภคอาหารว่าเกิดจากอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์และสารเคมี ซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภคแล้วยังส่งผลกระทบต่อปริมาณและเศรษฐกิจของประเทศ พบการปนเปื้อนของอันตรายในผลิตภัณฑ์ทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ เช่น การตกค้างของสารเคมี

ป้องกันและกำจัดศัตรูพืชและยาสัตว์ การปนเปื้อนของสารพิษจากเชื้อรา รวมถึงพบอาหารที่มีคุณภาพไม่ตรงตามมาตรฐาน เป็นต้น

3) การเสริมสร้างความมั่นคงทางอาหาร

ความมั่นคงทางอาหาร นับว่าเป็นสถานการณ์ที่ทุกคนในทุกเวลาสามารถเข้าถึงอาหารได้ ทั้งด้านกายภาพ สังคม เศรษฐกิจ อย่างเพียงพอ ปลอดภัย มีคุณค่าทางโภชนาการและตรงกับความต้องการของตนเองเพื่อการมีสุขภาพที่ดี โดยความมั่นคงทางอาหารจะต้องมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ การมีอาหารเพียงพอ (food availability) การเข้าถึงอาหาร (food access) การใช้ประโยชน์จากอาหาร (food utilization) และการมีเสถียรภาพด้านอาหาร (food stability) ดังนั้น หากยังไม่มีการบริหารจัดการด้านการเกษตรและอาหารที่ดีได้อย่างยั่งยืน จึงมีแนวโน้มว่าในอนาคตอาจเผชิญกับปัญหาความไม่มั่นคงทางอาหาร โดยเฉพาะความเหลื่อมล้ำทางอาหารในกลุ่มประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทห่างไกลความเจริญและประชาชนที่มีฐานะยากจน

งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)				
	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
แผนอาหารเพื่อสุขภาพ	150.00	150.00	150.00	150.00	160.00

15. แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ

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

1. ทิมาและความสำคัญ ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ แผนเฉพาะในแต่ละด้าน และทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี

วิถีชีวิตเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ เนื่องจากปัจจุบันสาเหตุการเสียชีวิตหลัก 3 อันดับแรกของคนไทยเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) และมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากพฤติกรรมและรูปแบบวิถีชีวิต (lifestyle) ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ทั้งการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารหวานมันเค็มจัด และการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ รวมทั้งการได้รับมลภาวะจากฝุ่นควันและมลภาวะทางอากาศ ส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็ง และที่นิยามใหม่ล่าสุดคือโรคทางจิตเวช ซึ่งการจัดการที่ดีที่สุดคือการจัดการที่ต้นเหตุ ได้แก่ “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตของตนเอง” ซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพสำคัญที่ส่งต่อสถานะและผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยมีสังคมและสภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยร่วมที่ก่อให้เกิดการมีพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องยั่งยืน

แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ (แผน 15) มุ่งเน้นการสื่อสารและขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะจากการดำเนินงานต่าง ๆ ทั้ง 14 แผน ของ สสส. ช่วยสร้างแรงบันดาลใจ โอกาสการเข้าถึงแหล่งข้อมูลองค์ความรู้และประสบการณ์ตรงด้านสุขภาพ การเพิ่มทักษะและขีดความสามารถและแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา ในการสนับสนุนการรณรงค์การสร้างเสริมสุขภาพผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ในลักษณะที่เป็นสื่อเพื่อให้ประชาชนสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และลดบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสารหรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ รวมทั้งสอดคล้องกับกรอบนโยบายการจัดทำแผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) และแผนการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. 2566 ของ สสส. ในจุดเน้นข้อที่ 2 สร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดด ด้วยการขยายผลต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพ ความสำเร็จของแผนเชิงพื้นที่องค์กร และกลุ่มประชากร สามารถนำต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพมาขยายผลการดำเนินงาน ผ่านการผลักดันนโยบาย กระบวนการเรียนรู้ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยให้คำนึงถึงพลวัตเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร และข้อที่ 3. สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยคำนึงถึงการใช้ประโยชน์ และไม่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำในกลุ่มประชากร เพื่อสร้างและรองรับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านการเรียนรู้ การสื่อสาร การจัดการ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อสร้างเสริมสุขภาพในยุคดิจิทัล และสนับสนุนการบรรลุวิสัยทัศน์การดำเนินงานของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ที่มุ่งหวังให้ “ทุกคนบนแผ่นดินไทยมีวิถีชีวิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาวะที่ดี” ซึ่งเป็นไปตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ของรัฐบาลด้านการส่งเสริมการพัฒนาประเทศในด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม และด้านการสร้างการเติบโตคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ภายใต้แผนแม่บทการสร้างเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี และสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่

13 (พ.ศ. 2566-2570) ที่ประกอบด้วย 13 หมายเหตุ ในหมายเหตุที่ 12 ไทยมีกำลังคนสมรรถนะสูง มุ่งเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ตอบโจทย์การพัฒนาแห่งอนาคต การพัฒนาเด็กช่วงตั้งครรภ์ถึงปฐมวัยให้มีพัฒนาการรอบด้าน ให้มีอุปนิสัยที่ดี การพัฒนาผู้สูงอายุให้เป็นพลเมืองมีคุณค่าของสังคม และการพัฒนาระบบนิเวศเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต และสร้างสื่อการเรียนรู้ที่ไม่ทิ้งใครไว้เบื้องหลัง

แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ ได้วางแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ตามทิศทางและเป้าหมาย ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 เป้าหมายการมีสุขภาพดี 4 มิติ เป้าหมายสูงสุดของการสร้างเสริมสุขภาพที่ต้องการให้บุคคลมีสุขภาพดี สมบูรณ์พร้อมทั้ง 4 มิติ คือ การมีสุขภาพกายดี สุขภาพจิตดี สุขภาวะทางปัญญาดี และมีสังคมที่ดี และพันธกิจ “จุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลังบุคคล ชุมชน และองค์กรทุกภาคส่วน ให้มีขีดความสามารถและสร้างสรรค์ระบบสังคมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาวะที่ดี”

ส่วนที่ 2 เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ คือ จุดเน้นการทำงานที่เป็นเป้าหมายหลัก 8 เรื่อง (7+1) ซึ่งเป็นเป้าหมายร่วมของ สสส. และภาคีเครือข่าย เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลกับสุขภาพ คือ (1) ลดอัตราการบริโภคยาสูบ (2) ลดอัตราการบริโภคสุราและสิ่งเสพติด (3) เพิ่มสัดส่วนการบริโภคอาหารอย่างสมดุล (4) เพิ่มสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกาย (5) ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน (6) เพิ่มสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตสมบูรณ์ (7) ลดผลกระทบสุขภาพจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อม และ (8) เตรียมพร้อมรับมือปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น โดยการทำงานจะคำนึงถึงบริบทที่แตกต่างของพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย

ส่วนที่ 3 ยุทธศาสตร์การทำงาน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในยุทธศาสตร์ที่ (5) สื่อสารจุดประกาย ชี้นำสังคม ด้วยการพัฒนากระบวนการเรียนรู้และสื่อสารสาธารณะ โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพในด้านการจัดการความรู้ ข้อมูล การสื่อสาร และเทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสมบนบริบทการสื่อสารใหม่ทั้งในส่วนของ สสส. และภาคีเครือข่าย รวมทั้งนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการยกระดับประสิทธิภาพการทำงานและการให้บริการต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นที่ 13 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างการจัดการสุขภาวะในทุกรูปแบบที่นำไปสู่การมีศักยภาพในการจัดการสุขภาวะที่ดีได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี และมีทักษะด้านสุขภาวะที่เหมาะสม

2. การดำเนินงานที่ผ่านมา

การสื่อสารเพื่อสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ เป็นกลยุทธ์สำคัญที่เกิดจากการผสมผสานความรู้ ประสบการณ์การขับเคลื่อนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย ร่วมกับการพัฒนารูปแบบ/นวัตกรรมสื่อสาร และการพัฒนากลไกการขยายผลองค์ความรู้ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างการรับรู้ความเข้าใจ ความตระหนัก และทัศนคติเชิงบวกที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาวะของประชาชนในวงกว้าง จนเกิดผลงานสำคัญและการเปลี่ยนแปลงในสังคมไทยอย่างต่อเนื่อง ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1) เกิดค่านิยม ทักษะ และบรรทัดฐานทางสังคมใหม่ในด้านสุขภาพ การสื่อสารรณรงค์งานสร้างเสริมสุขภาพด้วยการตลาดทางสังคม (social marketing) นับเป็นการพลิกบทบาทงานสื่อสารเกี่ยวกับสุขภาพของประเทศ ด้วยการสื่อสารประเด็นสุขภาพสู่ประชาชนในวงกว้างที่มากกว่าแค่การสร้างการรับรู้การจดจำในประเด็นสุขภาพต่างๆ หากแต่ยังสร้างค่านิยม ทักษะ และบรรทัดฐานทางสังคมใหม่ ๆ ให้เกิดขึ้นในสังคมไทย รวมทั้งผลักดันให้เกิดการปรับสภาพแวดล้อมทางสังคมด้วยกลไกนโยบายและกฎหมาย การดำเนินงานสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมที่ผ่านมาได้วางแผนกลยุทธ์และออกแบบสร้างสรรค์โครงการรณรงค์เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานทิศทางและเป้าหมาย ของ สสส. รวมทั้งสนับสนุนการดำเนินงาน โดยดำเนินการร่วมกับสำนัก และภาคีเครือข่าย ในการขับเคลื่อนสร้างเสริมความเข้าใจในประเด็นสุขภาพต่าง ๆ ผ่านโครงการรณรงค์จำนวนมากที่สร้างการจดจำในวงกว้าง อาทิ การสื่อสารรณรงค์ ให้เหล้า = แสง งดเหล้าเข้าพรรษา ต้มไม่ขับ ปีใหม่/สงกรานต์กลับบ้านปลอดภัย ลดเร็วลดเสี่ยง บ้านปลอดภัย คุณมาทำร้ายฉันทำไม (สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ) ลดพุงลดโรค แคชยับเท่ากับออกกำลังกาย สิ่งเล็ก ๆ ที่สร้างลูก เรื่องเพศคุยได้ ผลักดันให้ผักนำ เป็นต้น นอกจากนี้ ในปี 2563 เกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่พบอัตราการติดเชื้อที่เพิ่มสูงขึ้นในประเทศ สสส. ในฐานะองค์กรสุขภาพของประเทศ ได้ดำเนินการเชิงรุก (proactive) ในการมีบทบาทร่วมพัฒนาการสื่อสารรณรงค์สร้างความรู้ความเข้าใจ และแนวทางการปฏิบัติที่จำเป็น เพื่อสนับสนุนมาตรการลดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศ โดยแผนงานการตลาดเพื่อสังคม มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนงานสื่อสารสร้างความรู้ความเข้าใจเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นของการแพร่ระบาด โดยสนับสนุนการออกแบบแพลตฟอร์ม “ไทยรู้สู้โควิด” และสื่อสารรณรงค์ “ชีวิตวิถีใหม่ ชีวิตดีเริ่มต้นที่เรา” จนถึงเน้นย้ำการป้องกันด้วยการรณรงค์ “ช่วยกันยกระดับสู้โควิด” และการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องวัคซีนโควิด-19 ด้วยการรณรงค์ “วัคซีนเพื่อสังคมไทยสู้โควิด” และ “ถกแขนเสื้อเพื่อเราทุกคน” โดยการรณรงค์ได้ดำเนินงานด้านความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในการเผยแพร่ข้อมูล ซึ่งได้สามารถเข้าถึงประชาชนในวงกว้างได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) เกิดสื่อ เครื่องมือ และกระบวนการเรียนรู้ที่ช่วยเสริมความเข้าใจและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนไทย ในรูปแบบต่าง ๆ อาทิ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออินโฟกราฟิก สื่อมัลติมีเดีย แอปพลิเคชัน ชุดความรู้และสื่อสนับสนุนการเรียนรู้สุขภาพ (knowledge package & toolkits) นิทรรศการถาวร นิทรรศการหมุนเวียน นิทรรศการเคลื่อนที่ นิทรรศการเสมือน (virtual exhibition) หลักสูตรฝึกอบรม ตลอดจนกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์ต่าง ๆ ที่ออกแบบมาเพื่อเชื่อมโยงองค์ความรู้สุขภาพเข้ากับความสนใจ และความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมายในแต่ละช่วงวัย ล้วนมีส่วนช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ สร้างความรู้ความเข้าใจ และประสบการณ์ตรงในสุขภาพประเด็นต่าง ๆ รวมทั้งสร้างเสริมทักษะและขีดความสามารถให้ประชาชนสามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต สังคม สิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีได้ ด้วยตนเอง

3) เกิดแหล่งเรียนรู้ต้นแบบจาก ศูนย์เรียนรู้สุขภาพ สสส. สู่ ศูนย์เรียนรู้สุขภาพภูมิภาค กลไกสำคัญที่สนับสนุนการขยายฐานผู้รับประโยชน์ ควบคู่กับการขยายผลองค์ความรู้ ด้วยการนำต้นทุนองค์ความรู้ของ สสส. และภาคีเครือข่าย ไปพัฒนา ปรับใช้ ผ่านการทำงานร่วมกับพันธมิตรเครือข่ายที่คำนึงถึงพลวัตของประชากรกลุ่มเป้าหมายและบริบทของพื้นที่ โดยศูนย์เรียนรู้สุขภาพ สสส. เป็นแหล่งเรียนรู้ต้นแบบด้านสุขภาพที่รวบรวม พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพสู่ประชาชน ผ่านรูปแบบนิทรรศการ กิจกรรม ชุดสื่อการเรียนรู้ หนังสือ สื่อออนไลน์ ศูนย์บริการข้อมูลข่าวสาร และโครงการต่าง ๆ

โดยเปิดให้บริการตั้งแต่ปี 2555 เป็นต้นมา ซึ่งได้รับความสนใจจากประชาชนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี และเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรมทั้งทางด้านสุขภาพกายและใจ และเพื่อสร้างโอกาสการเข้าถึงขยายฐานผู้รับประโยชน์ไปยังประชาชนในส่วนภูมิภาค จึงได้สานความร่วมมือกับพันธมิตรเครือข่ายด้วยรูปแบบการขับเคลื่อนงานที่ไม่ได้เป็นการอุดหนุนทุนดำเนินการ แต่เป็นการสนับสนุนสื่อ องค์ความรู้ แนวทางดำเนินงาน เพื่อพัฒนาและเสริมศักยภาพแหล่งเรียนรู้ในพื้นที่ สู่การเป็น “ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะภูมิภาค” เพื่อให้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ด้านสุขภาวะที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของพื้นที่ โดยในปัจจุบันมีศูนย์เรียนรู้สุขภาวะภูมิภาครวมทั้งสิ้น 18 แห่ง ได้แก่ ศูนย์วิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมเพื่อการศึกษาร้อยเอ็ด อุทยานการเรียนรู้ยะลา ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษาลำปาง ศูนย์การเรียนรู้เมืองฉะเชิงเทรา ห้องสมุดประชาชนเทศบาลนครอุดรธานี ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อศึกษานครสวรรค์ โรงพยาบาลน่าน อุทยานการเรียนรู้นครภูเก็ต ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษากาญจนบุรี ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อศึกษานครพนม ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อศึกษารังสิต ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อศึกษานครราชสีมา ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษาสระแก้ว ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อศึกษานราธิวาส ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อศึกษายะลา ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อศึกษาสมุทรสาคร ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อศึกษาอุบลราชธานี และศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อศึกษาพิษณุโลก ทั้งนี้ จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ทำให้ประชาชนในพื้นที่ต่างๆ เกิดการรับรู้และนำองค์ความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้กับชีวิตประจำวัน หน่วยงาน/องค์กร/ชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วมเกิดการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะในพื้นที่ของตนเอง ซึ่งนำไปสู่การเป็นสังคมสุขภาวะ

4) เกิดการขึ้นนำสังคมผ่านชุดข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพคนไทย (Thaihealth Watch) สร้างการรับรู้สถานการณ์และแนวโน้มทางสุขภาพ และร่วมกำหนดทิศทางวิถีสุขภาวะของคนไทย ด้วยนวัตกรรมกระบวนการที่เชื่อมโยงข้อมูล ตัวบ่งชี้ทิศทางสุขภาพในอนาคต ประกอบด้วย 1) Situation: สถานการณ์สุขภาพคนไทยจากรายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย 2) Social Trend: จักรกระแสความสนใจที่มีการพูดถึงในสังคมผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ร่องรอยทางดิจิทัล (digital footprint) ในรอบ 1 ปี และ 3) Solution: ข้อเสนอแนะทั้งในระดับปัจเจกบุคคล และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อสังคม ใน 10 ประเด็นครอบคลุมสุขภาวะทั้ง 4 มิติ ทั้งกาย จิต ปัญญา และสังคม โดยในปี 2565 (Thaihealth Watch 2022) ได้แก่ ประเด็น 1.จับตาโควิดกลายพันธุ์ ดูแลสุขภาพอย่างไร เมื่อต้องอยู่กับโควิด-19 2.ดูแลสุขภาพใกล้-ไกล ท่วงโยทุกกลุ่มประชากร 3. สร้างความมั่นคงทางอาหาร ลดโภชนาการขาด-เกิน 4.รู้เท่าทันสื่อ พันภัยกับดักข่าวลวง 5. เลี่ยงลูกให้เติบโตอย่างไรในยุคโควิด-19 6. เมื่อ “บ้าน” ไม่ใช่พื้นที่ปลอดภัย 7. เจ็บต่อ เพราะ “พั่นออนไลน์” 8. เด็กไทยใส่ถุงยางเพิ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังพุ่ง 9. ขยะหน้ากากอนามัย พิชัยที่กำลังล้นเมือง 10. อากาศสะอาด สิทธิขั้นพื้นฐานของทุกคน

5) เกิดแพลตฟอร์มเพิ่มขีดความสามารถของพันธมิตรเครือข่ายศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ (Partner Empowerment Platform) ในการขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะ และเป็นช่องทางในการเชื่อมร้อยสร้างปฏิสัมพันธ์ แลกเปลี่ยนบทเรียนการดำเนินงาน ระหว่างศูนย์เรียนรู้สุขภาวะกับพันธมิตรเครือข่ายศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ และระหว่างภาคีเครือข่ายพันธมิตรด้วยตนเอง (partner relationship management) ผ่านทางเว็บไซต์ <https://learningpartner.thaihealth.or.th/> โดยมีกลยุทธ์ในการเชื่อมข้อมูลองค์ความรู้

ร่วมกับสำนักต่างๆ ด้วยยุทธศาสตร์ไตรพลัง (การขับเคลื่อนในระดับนโยบาย - การหนุนเสริมองค์ความรู้ เครื่องมือ สื่อการเรียนรู้ การสื่อสาร - การสร้างการเรียนรู้ในระดับพื้นที่) เพื่อให้เครือข่ายพันธมิตรสุขภาพทั้ง 83 แห่งและภาคีเครือข่ายของ สสส. นำแนวคิด/องค์ความรู้สุขภาพของ สสส. ไปขยายฐานผู้รับประโยชน์ สร้างการเรียนรู้ การขับเคลื่อนงานระดับพื้นที่ และในอนาคตจะขยายการดำเนินงานให้แพลตฟอร์มเป็นพื้นที่ เรียนรู้กลางที่พร้อมให้ทุกเครือข่ายของ สสส. สามารถใช้งานได้

6) เกิดการขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้สุขภาพผ่านเว็บไซต์ศูนย์บริการข้อมูล สสส. (ThaiHealth Resource Center) และระบบสารสนเทศสุขภาพ “สื่อเฉพาะคุณ Persona Health” โดยเว็บไซต์ศูนย์บริการข้อมูล สสส. (ThaiHealth Resource Center) มีประชาชนเข้าถึง รับรู้ หรือใช้ประโยชน์ จากสื่อและชุดความรู้ส่งเสริมสุขภาพ ด้วยการเข้าชมเว็บไซต์ทั้งสิ้น 44,818 ครั้ง โดยมีจำนวน ผู้เข้าชมใหม่ คิดเป็น 89.7% และมีผู้สนใจเข้ามามีส่วนร่วม (engagement) ต่อเนื้อหาที่เผยแพร่บนเว็บไซต์ จำนวน 231,973 ครั้ง การคลิกเข้าชมหน้าต่างๆ ในเว็บจำนวน 65,756 ครั้ง (ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2565) พร้อม กับได้พัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพ “สื่อเฉพาะคุณ Persona Health” เพื่อเพิ่มโอกาสให้ประชาชนได้เข้าถึง ข้อมูลองค์ความรู้และสื่อสุขภาพที่เหมาะสม เฉพาะบุคคล ด้วยการเชื่อมโยง คัดกรอง นำเสนอผ่าน แพลตฟอร์ม/ช่องทางของหน่วยงานพันธมิตรที่ร่วมดำเนินการ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ธนาคารกรุงไทย บริษัท พรุเด็นเชียล ประกันชีวิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตลอดจนหน่วยงาน/องค์กรพันธมิตรต่างๆ มุ่งหวังให้ประชาชนเกิดความรู้รอบรู้ ด้านสุขภาพ จากการรู้เท่าทันสถานการณ์ ข้อมูลข่าวสาร และสุขภาพของตนเอง จนทำให้เกิดการตัดสินใจ จัดการสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ในอนาคตจะดำเนินการให้เกิดเป็นคลังข้อมูล สุขภาพ เพื่อให้หน่วยงานต่างๆ ที่มีช่องทางสื่อสารเข้าถึงประชาชนได้นำข้อมูลและองค์ความรู้ไปใช้ประโยชน์ เพื่อหนุนเสริมประชาชนให้มีสุขภาพที่ดีในรูปแบบ/แนวทางของตัวเอง

7) เกิดการสื่อสารการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ทั้ง 15 แผน และภาคีเครือข่าย เพื่อสร้างการรับรู้ เข้าใจ วิสัยทัศน์ พันธกิจ และสะท้อนภาพลักษณ์ของ สสส. ในการเป็น “องค์กรนวัตกรรม สาขพลังสร้างเสริมสุขภาพ” (innovative organization that collaborates to empower a better health) และร่วมสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ตลอดจนเกิดการเปลี่ยนแปลงเชิง นโยบายและพฤติกรรมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยพัฒนาชุดข้อมูลสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาพผ่านสื่อ ทุกประเภท ครอบคลุมทั้ง 15 แผน และมุ่งเน้นการพัฒนาช่องทางการสื่อสารออนไลน์หลักของ สสส. เพื่อขยายช่องทางการสื่อสารให้เกิดการรับรู้ เข้าใจ และร่วมสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย

8) เกิดการขยายฐานผู้รับประโยชน์ในรูปแบบธุรกิจผ่าน SOOK Hub: ร้านค้าออนไลน์ SOOKlife.com แพลตฟอร์มออนไลน์ที่ช่วยสร้างโอกาสให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงผลิตภัณฑ์และบริการสร้างเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพ ตรงความต้องการ ด้วยการคัดสรร รวบรวมผลิตภัณฑ์และบริการที่ พัฒนา ออกแบบ สอดคล้องกับพฤติกรรมการใช้ชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้ ได้เชื่อมกับ MOOCS แพลตฟอร์มการเรียนรู้และสร้างเสริมประสบการณ์ (SOOK Patchwork) ด้วยระบบสมาชิก ที่สามารถเข้าถึง ข้อมูลและออกแบบแนวทางสร้างเสริมสุขภาพอย่างง่ายให้ตัวเองและคนในครอบครัวได้

3. สถานการณ์และแนวโน้มที่เกี่ยวข้อง

3.1 พฤติกรรมด้านการเรียนรู้ และการรับข้อมูลของประชาชน

1) ทิศทางการเรียนรู้ยุคเทคโนโลยีเปลี่ยนโลกจากเดิมที่ผู้เรียนเป็นแค่ฝ่ายรับและเรียนรู้สิ่งต่างๆ แต่ในโลกยุคใหม่ ด้วยพลังของเทคโนโลยีที่เปิดโอกาสให้ใครก็ตามสามารถผลิตสร้างผลงานของตัวเองได้เพียงคอมพิวเตอร์และโปรแกรมในโทรศัพท์มือถือ จึงทำให้ผู้เรียนเปลี่ยนบทบาทจากผู้รับ (passive) เป็นผู้สร้าง (active) ดังนั้น พฤติกรรมการเรียนรู้ในโลกสมัยใหม่จึงเปลี่ยนให้ผู้เรียนกลายเป็นผู้ผลิต ผู้สร้างสรรค์ผลงาน แทนการรับการเรียนด้านเดียว

2) ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแพร่ระบาดของโควิด-19 ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในช่องทางการเรียนรู้ที่มีการปรับตัวเป็นการเรียนแบบออนไลน์ทั้งหมด แนวโน้มที่น่าสนใจ คือ การนำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI) มาใช้คัดเลือกข้อมูลที่เหมาะสมหรือเฉพาะเจาะจงกับความสนใจของแต่ละบุคคล รวมทั้งการสร้างโลก/จักรวาลเสมือน (Metaverse) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้คนได้เข้ามามีปฏิสัมพันธ์ และสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันได้ เสมือนอยู่ในโลกจริงผ่านตัวตนที่เป็นอวตาร (avatar) ซึ่งเป็นกราฟฟิก 3 มิติ แทนตัวเราเวลาทำกิจกรรมใน Metaverse โดยใช้เทคโนโลยีและอุปกรณ์รองรับการเข้าถึงโลกเสมือน ได้แก่ เทคโนโลยีความจริงเสริม (Augmented Reality: AR) และเทคโนโลยีความจริงเสมือน (Virtual Reality: VR) มาใช้สร้างประสบการณ์ให้กับผู้คน

3) การมีแพลตฟอร์มการเรียนรู้ผ่านช่องทางสื่อออนไลน์ที่หลากหลาย ซึ่งผู้เรียนสามารถเลือกสรรหัวข้อการเรียนรู้ที่ตัวเองสนใจได้ จึงทำให้พฤติกรรมการเรียนรู้ในปัจจุบันต้องการรูปแบบการเรียนรู้ที่เฉพาะเจาะจงเพื่อพัฒนาจุดแข็งและลักษณะเฉพาะของตน มากกว่าการเรียนรู้ในมาตรฐานแบบเดียวกัน แนวโน้มทางด้านบูรณาการระหว่างแพลตฟอร์มออนไลน์จะทำให้เกิดรูปแบบแพลตฟอร์มการเรียนรู้ที่มีการผสมผสานมากขึ้น อาทิ MOOCs หลักสูตรออนไลน์ที่มีการใช้แพลตฟอร์มอื่น เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้โดยเผยแพร่วิดีโอต้นฉบับยูทูบ (YouTube) หรือใช้เกมเพื่อดึงดูดความสนใจในเนื้อหา (gamification) เป็นต้น

4) การพัฒนาอย่างรวดเร็วในยุคดิจิทัล ทั้งเทคโนโลยีนวัตกรรม โครงสร้างพื้นฐาน นับเป็นการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดด ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ชีวิตของคนในสังคมเปลี่ยนไปอย่างฉับพลันในทุกด้าน เช่น ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การทำธุรกิจ และการเรียนรู้ของคน ที่นำมาซึ่งความท้าทาย และโอกาสในการพัฒนาสิ่งใหม่ ๆ จึงต้องมีการปรับตัวและพัฒนาทักษะใหม่ ๆ ให้ทันกระแสโลกเพราะการเรียนรู้ในอนาคตจำเป็นที่จะต้องมีการเรียนรู้ตามทักษะเป้าหมายและศักยภาพของแต่ละบุคคล ด้วยการพัฒนาพื้นที่เพื่อการเรียนรู้ที่นำเครื่องมือทางดิจิทัลมาช่วยเสริมศักยภาพและทักษะการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพ

5) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างกำลังแรงงาน ปัจจุบันเกิดการเปลี่ยนแปลงในมิติของโครงสร้างกำลังคน และกำลังแรงงานในประเทศอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคอุตสาหกรรม และภาคบริการ โดยการทดแทนด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล ที่สามารถทำงานได้ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากกว่าในทักษะบางประเภท รวมถึง ความต้องการแรงงานในรูปแบบใหม่ที่ต้องใช้ความรู้และทักษะสูงเกิดขึ้น อาทิ นักวิทยาศาสตร์ ผู้เชี่ยวชาญด้านข้อมูล นักธุรกิจดิจิทัล การปรับเปลี่ยนบทบาทของงานบางประเภทตามพฤติกรรมของผู้บริโภคที่เปลี่ยนไป

6) การเติบโตของเศรษฐกิจแบ่งปัน (sharing economy) แอปพลิเคชัน เช่น Uber Airbnb เป็นเพียงตัวอย่างของแนวโน้มการรวบรวมพลังและทรัพยากรจากฝูงชน ซึ่งไม่ได้จำกัดเฉพาะในสาขาบริการ แต่รวมถึงการรวบรวมปัจจัยอื่น ๆ ทั้งแรงงาน เงินทุน ข้อมูลและสติปัญญา หรือแม้แต่จิตวิญญาณความเป็นชุมชน กระแสดังกล่าวทำให้การเรียนรู้ในโลกปัจจุบันเปิดกว้างไปสู่ห้องเรียน เพราะทั้งผู้เรียน ผู้สอน และผู้ปกครอง สามารถแบ่งปันทรัพยากรต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เห็นได้จากการเติบโตของหลักสูตรออนไลน์แบบเปิดสำหรับมวลชน (massive open online courses) ที่เน้นการเชื่อมต่อกันและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เรียนผู้สอนที่มีความรู้และประสบการณ์หลากหลาย หรือการประยุกต์ใช้แพลตฟอร์มอื่น ๆ เช่น เกม สื่อสังคม (YouTube Facebook Line) สำหรับการเรียนรู้แบบแบ่งปันกันมากขึ้น

7) ประชาชนมีทางเลือกในการเรียนรู้จากแพลตฟอร์มดิจิทัล (digital platform) ใหม่ ๆ ซึ่งมีความหลากหลายและสามารถตอบสนองความต้องการได้มากกว่า เนื่องจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชนมีนโยบายส่งเสริมการศึกษาและปัจจุบันการเรียนรู้ไม่จำกัดอยู่แค่เพียงในห้องเรียน การแสวงหาความรู้ด้วยตนเองเป็นเรื่องที่ทำได้โดยง่ายผ่านอินเทอร์เน็ตซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลขนาดใหญ่ ทันสมัย และทันเหตุการณ์ รวมทั้งมีนักธุรกิจจำนวนไม่น้อยที่ไม่มีใบปริญญาแต่ประสบความสำเร็จตั้งแต่อายุน้อยและได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางเป็นต้นแบบ นอกจากนี้องค์ความรู้และทักษะที่ได้รับจากสถาบันการศึกษาซึ่งมุ่งเน้นการให้พื้นฐานทางทฤษฎีไม่สามารถตอบโจทย์ความต้องการของเด็กและเยาวชนรุ่นใหม่ที่มีความเป็นผู้ประกอบการ ต้องการแสวงหาโอกาสทางธุรกิจ ความรู้ และทักษะจากการทำงานและประสบการณ์จริง

8) แนวโน้มพฤติกรรมการรับสื่อของประชาชนจะเลือกรับสื่อตามความสนใจเฉพาะบุคคลมากขึ้น ทำให้การสื่อสารการตลาดจำเป็นต้องพัฒนาเนื้อหาและช่องทางเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีความเฉพาะกลุ่มมากขึ้น ในปัจจุบันมีการพัฒนาเทคโนโลยีด้านการตลาดดิจิทัลที่เรียกว่า ระบบบริหารจัดการข้อมูลลูกค้า Customer Data Platform (CDP) ซึ่งสามารถจัดเก็บข้อมูลกลุ่มเป้าหมายทั้งลักษณะทางประชากร ความสนใจ และพฤติกรรมการใช้งาน รวมทั้งวิเคราะห์จัดกลุ่มเป้าหมาย (segmentation) และดำเนินการสื่อสารการตลาด (remarketing) โดยระบบบริหารจัดการข้อมูลลูกค้า Customer Data Platform (CDP) สามารถเชื่อมโยงกับแพลตฟอร์มสังคมออนไลน์ที่เป็นที่นิยมใช้ในปัจจุบัน ซึ่งจะให้เกิดประสิทธิภาพในการเชื่อมต่อฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย และการสื่อสารการตลาด ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.2 พฤติกรรมการบริโภคสื่อในประเทศไทย

ภาพรวมพฤติกรรมการบริโภคสื่อในประเทศไทยปี 2564 พบว่า สื่อดิจิทัลมีการเติบโตสูงสุดทั้งในด้านการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและมูลค่างบประมาณที่ใช้สื่อสารผ่านช่องทางดิจิทัล จากผลสำรวจพบว่า⁹⁶ คนไทยใช้เวลาอยู่บนโลกออนไลน์มากถึง 9.06 ชั่วโมงต่อวัน นานขึ้น 22 นาทีหรือคิดเป็นร้อยละ 4.1 จากปีก่อนหน้า โดยคนไทยหนึ่งคนเล่นโซเชียลมีเดียเฉลี่ย 7.6 แพลตฟอร์ม ทั้งนี้ Facebook ยังคงเป็นแพลตฟอร์มอันดับหนึ่งที่เข้าถึงผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตชาวไทยในช่วงอายุ 16-64 ปีได้มากถึงร้อยละ 93.3 (กลุ่มผู้ใช้งาน Facebook อยู่ในช่วงอายุ 25-44 ปีสูงถึงร้อยละ 49.4) ตามมาด้วย LINE อันดับสอง ร้อยละ 92.8 อันดับสาม Facebook Messenger ร้อยละ 84.7 และอันดับ 4 คือ TikTok มีสัดส่วนมากถึงร้อยละ 79.6 โดย

⁹⁶ Simon Kemp. (2022). "Digital 2022: Thailand". DataReportal. เข้าถึงได้จาก <https://datareportal.com/reports/digital-2022-thailand>

วัตถุประสงค์หลักในการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อหาข้อมูล ร้อยละ 67.6 ติดตามอัปเดตข่าวสาร ร้อยละ 64.1 และดูวิดีโอหรือหนัง ร้อยละ 60.8 ทั้งนี้ แนวโน้มการใช้งบประมาณผ่านช่องทางดิจิทัล ในปี 2565⁹⁷ มีการคาดการณ์เติบโตขึ้นร้อยละ 9 หรือมูลค่า 27,040 ล้านบาท จากปี 2564 มูลค่า 24,766 ล้านบาท โดย Facebook ยังคงเป็นช่องทางหลักที่มีสัดส่วนการใช้งบประมาณสูงถึงร้อยละ 30 รองลงมาคือ YouTube ร้อยละ 17 Online VDO ร้อยละ 10 และช่องทาง TikTok ถูกจัดอยู่ใน 10 อันดับเป็นปีแรกที่มีการคาดการณ์ใช้งบประมาณ ร้อยละ 2 หรือ 455 ล้านบาท

นอกจากข้อมูลการใช้สื่อดิจิทัล ปัจจุบันผู้บริโภคมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป เป็นผลมาจากเทคโนโลยีดิจิทัลที่เข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันมากขึ้น เห็นได้จาก 3 กระแสหลัก⁹⁸ คือ

1) การซื้อของออนไลน์เติบโตอย่างก้าวกระโดด จากการสำรวจ พบว่า 1 ใน 3 ของคนไทย ปัจจุบันซื้อของออนไลน์ มีอัตราเพิ่มขึ้นจากปี 2562 ถึงร้อยละ 190 เฉลี่ยการใช้จ่ายคนละ 500-1,000 บาทต่อครั้ง โดยมีความถี่ในการซื้อสินค้าอยู่ที่คนละ 2-3 ครั้งต่อเดือน โดยโปรโมชั่นที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อมากที่สุด คือ คุปองส่วนลดสินค้า ตามมาด้วยส่วนลดค่าจัดส่ง และโปรโมชั่นประจำเดือน อย่าง 7.7 8.8 ทั้งนี้ คนไทยกว่าร้อยละ 60 เลือกซื้อสินค้าผ่าน e-marketplace เช่น Shopee Lazada รองลงมา ร้อยละ 27 คือ social media เช่น Facebook IG LINE และร้อยละ 13 คือ แอปพลิเคชันของห้างและร้านค้า เช่น Central Online Watsons

2) การโฆษณาถูกจุด ผลลัพธ์เกินคาด จากการสำรวจ พบว่า ร้อยละ 38 ของคนไทยซื้อสินค้าทันทีหลังจากเห็นโฆษณาในอินเทอร์เน็ต ในขณะที่เดียวกันการโฆษณาผ่าน Influencer หรือเน็ตไอดอล ก็มีการเติบโตขึ้น โดยคนไทยร้อยละ 14 จะซื้อสินค้าตามที่เน็ตไอดอลแนะนำหรือโฆษณา โดยช่องทางโฆษณาที่ไว้วางใจมากที่สุด พบว่า “เว็บไซต์ของแบรนด์” เป็นช่องทางที่ผู้บริโภคเชื่อมั่นมากที่สุด (ร้อยละ 32.8) รองลงมาคือสื่อทีวี (ร้อยละ 28.2) และการเป็นสปอนเซอร์ (ร้อยละ 24.6) ในขณะที่ SMS หรือการโฆษณาผ่านข้อความมือถือ มีผู้บริโภคถึงร้อยละ 44 ที่ไม่เชื่อถือการโฆษณาจากช่องทางนี้ เนื่องจากผู้บริโภคมองเป็นข้อความหลอกลวง

3) ความเป็นส่วนตัวมาเป็นอันดับแรก ผลการสำรวจพบว่า คนไทยให้ความสำคัญกับความเป็นส่วนตัวบนโลกออนไลน์ โดยพบว่า มีเพียงร้อยละ 19 ที่เต็มใจให้ทุกแอปพลิเคชัน/เว็บไซต์ ติดตามพฤติกรรมของตนเองร้อยละ 57 อนุญาตให้บางแอปพลิเคชันติดตามได้บ้าง และร้อยละ 20 ที่ไม่อนุญาตให้แอปพลิเคชันหรือเว็บไซต์ติดตามพฤติกรรมเลย จะเห็นได้ว่าผู้บริโภคส่วนหนึ่งยินดีที่จะให้ข้อมูลแก่แบรนด์หรือองค์กร ซึ่งหมายถึง personalized marketing ยังเป็นสิ่งที่สำคัญในปัจจุบัน ผู้บริโภคยังต้องการความรู้สึกเป็นคนที่พิเศษ ที่นักการตลาดต้องเข้าใจและมีข้อมูลด้านพฤติกรรมและความสนใจของกลุ่มเป้าหมายเป็นอย่างดี

นอกเหนือจากสื่อดิจิทัล สื่อโทรทัศน์ยังคงเป็นช่องทางหลักที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในวงกว้าง โดยภาพรวมการใช้งบประมาณสื่อโทรทัศน์ช่วงเดือนเมษายน 2565 มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 65 และจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่เริ่มคลี่คลายลง ส่งผลให้ประชาชนกลับมาใช้ชีวิตตามปกติ มีการเดินทางออกนอกบ้านมากขึ้น ส่งผลให้ภาพรวมสื่อนอกบ้าน out of home media อาทิ สื่อยานพาหนะ สื่อ

⁹⁷ สมาคมโฆษณาดิจิทัล (ประเทศไทย). (2564). “Thailand Digital Advertising Spend 2020-2021”. สมาคมโฆษณาดิจิทัล (ประเทศไทย)

⁹⁸ Nielsen Thailand. (2565). “Nielsen Media Talk 2022: Digital Consumer : Insights, Trends and Challenges”. สัมมนาออนไลน์ จัดเมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม 2565.

ป้ายกลางแจ้งภาพเคลื่อนไหว สื่อในห้างสรรพสินค้า มีสัดส่วนการใช้งบประมาณสูงขึ้นรวมกว่าร้อยละ 18 จากช่วงเวลาเดียวกันในปีที่ผ่านมา⁹⁹

3.3 สถานการณ์การรับรู้การดำเนินงาน และภาพลักษณ์ของ สสส.

จากผลสำรวจการรับรู้การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ และภาพลักษณ์ สสส. ประจำปี พ.ศ. 2564 พบว่า กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มประชาชน ภาคีเครือข่าย และสื่อมวลชน ระบุว่า ได้รับประโยชน์จากการสื่อสารชุดข้อมูลข่าวสาร โฆษณา สื่อรณรงค์ของ สสส. ในระดับ ดี-ดีมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ย 8 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน (ระดับ 0 คือไม่ได้ประโยชน์เลย ไปจนถึงระดับ 10 ได้ประโยชน์มากที่สุด) ประกอบด้วย กลุ่มประชาชน ร้อยละ 80.03 กลุ่มภาคีเครือข่าย ร้อยละ 84.01 และกลุ่มสื่อมวลชน ร้อยละ 83.73 โดยกลุ่มเป้าหมายระบุว่า สสส. โดดเด่นในเรื่องการนำเสนอนวัตกรรมใหม่ ๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การสร้างทัศนคติ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

จากการสื่อสารการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่ายครอบคลุม ทั้ง 15 แผน ทำให้กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม รู้จัก สสส. ในฐานะองค์การสุขภาพ โดยกลุ่มประชาชนรับรู้ ว่า สสส. เป็นองค์กรสุขภาพ มากถึง ร้อยละ 80.95 ในขณะที่กลุ่มภาคีเครือข่าย และกลุ่มสื่อมวลชน รับรู้ ว่า สสส. เป็นองค์กรสุขภาพ ร้อยละ 100 ขณะที่กลุ่มเป้าหมาย ได้เห็น/ได้ยิน ข้อมูลข่าวสาร โฆษณา สื่อรณรงค์ ของ สสส. ในภาพรวม ร้อยละ 83.39 โดยกลุ่มสื่อมวลชนรับรู้มากที่สุด ร้อยละ 96.08 รองลงมาคือ กลุ่มภาคีเครือข่าย ร้อยละ 86.72 และกลุ่มประชาชน ร้อยละ 81.93 และกลุ่มเป้าหมาย มีความถี่ในการได้เห็น/ได้ยิน ชุดข้อมูลข่าวสาร ของ สสส. มากกว่า 2-3 ครั้ง/เดือน ในภาพรวม ร้อยละ 83.39 โดยกลุ่มประชาชน ร้อยละ 81.9 กลุ่มภาคีเครือข่าย ร้อยละ 86.72 และกลุ่มสื่อมวลชน ร้อยละ 96.08

การรับรู้ประเด็นการทำงานของ สสส. ที่กลุ่มเป้าหมายเอ่ยเอง 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1. โควิด-19 2. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสิ่งเสพติด และ 3. การบริโภคอาหาร ประเด็นสุขภาพที่กลุ่มเป้าหมายมองว่า สสส. ควรให้ความสำคัญ คือ 1. โควิด-19 2. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสิ่งเสพติด 3. เด็ก เยาวชน และครอบครัว 4. สุขภาวะชุมชน สิ่งแวดล้อมในชุมชน 5. การบริโภคอาหาร 6. บุหรี่ และยาสูบ 7. ความปลอดภัยทางท้องถนน 8. กิจกรรมทางกาย กีฬา และการออกกำลังกาย และ 9. สุขภาพจิต

ในด้านภาพลักษณ์ของ สสส. เมื่อเปรียบเทียบกับองค์กรสุขภาพอื่น ๆ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมควบคุมโรค กรมอนามัย พบว่า กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม ให้ สสส. มีภาพลักษณ์การทำงานโดยรวมดีที่สุด กลุ่มภาคีเครือข่ายให้คะแนนภาพลักษณ์ สสส. ที่ 8.62 คะแนน รองลงมาคือ กลุ่มสื่อมวลชน 8.61 คะแนน และกลุ่มประชาชน 8.01 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน

3.4 แนวโน้มพฤติกรรมผู้บริโภคด้านสุขภาพ

จากผลสำรวจของบริษัทวิจัยระดับโลก McKinsey เมื่อเดือนเมษายน 2564 ภายใต้งานวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง 7,500 คน ใน 6 ประเทศ ได้แก่ บราซิล จีน เยอรมัน ญี่ปุ่น อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา พบว่า

⁹⁹ ข้อมูลจาก Nielsen Media Research Thailand. (2565). “เม็ดเงินโฆษณาปี 2022 เดือนเมษายน”

หลังจากสถานการณ์โควิด กระตุ้นให้ผู้คนหาแนวทางการมีวิถีชีวิตที่ดีขึ้น โดยผลสำรวจชี้ว่าเกิดแนวโน้มพฤติกรรมผู้บริโภคด้านสุขภาพดังนี้

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

จุดเน้นของแผน

1. พัฒนาการจัดระบบฐานข้อมูล โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล สำหรับรวบรวมข้อมูล สังเคราะห์เนื้อหา สื่อ และข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย เพื่อการสื่อสารที่สอดคล้องกับลักษณะและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย
2. บริหารจัดการและพัฒนาเนื้อหา สื่อรณรงค์ กระบวนการเรียนรู้ ผลิตภัณฑ์ และการสื่อสารการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และสอดคล้องทิศทางยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปี
3. จัดระบบแพลตฟอร์มและช่องทางการสื่อสารสร้างเสริมสุขภาพดิจิทัล ให้สามารถรองรับการเชื่อมโยงเครือข่ายทั้งระบบ พร้อมกับเชื่อมต่อฐานข้อมูลจัดการกลุ่มเป้าหมายที่ได้ออกแบบไว้ให้มีประสิทธิภาพ
4. ขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนัก ผ่านชุดความรู้ สื่อ ผลิตภัณฑ์ และบริการต่างๆ ที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมอย่างมีสุขภาวะ

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

พันธมิตร หมายถึง บุคคล หน่วยงาน องค์กร ที่ให้ความร่วมมือ และ/หรือร่วมดำเนินการ พัฒนา สื่อสาร ขยายผลงานสร้างเสริมสุขภาวะ ไปสู่กลุ่มเป้าหมาย

แบรนด์ หมายถึง ภาพลักษณ์และมุมมองความคิดที่ลูกค้า/กลุ่มเป้าหมายมีต่อศูนย์กิจการสร้างสุขหรือผลิตภัณฑ์และบริการ แบรนด์เป็นความรู้สึกที่ถูกสื่อสารผ่าน ชื่อ คำศัพท์ การออกแบบ สัญลักษณ์ หรือประสบการณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ลูกค้า/กลุ่มเป้าหมาย สามารถจดจำและจำแนก บริษัท สินค้า หรือบุคคล ออกจากคู่แข่งได้

แบรนด์ในใจ (top of mind) หมายถึง การที่ผู้บริโภคจดจำแบรนด์ได้ และคิดถึงแบรนด์ของเราเป็นอันดับแรก หรืออันดับต้นๆ เสมอ เมื่อพูดถึงผลิตภัณฑ์หรือบริการในหมวดเดียวกัน

ความภักดีต่อแบรนด์ (brand loyalty) หมายถึง การที่กลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มสมาชิกมีความรู้สึกที่ดีต่อแบรนด์ เกิดจากความเชื่อมั่น การนึกถึง และ/หรือการที่ผลิตภัณฑ์หรือบริการมีคุณภาพ ตรงใจผู้บริโภค สามารถตอบสนองและช่วยส่งเสริมความต้องการของลูกค้าได้ ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์และบริการอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มสมาชิก หมายถึง กลุ่มบุคคลที่กระทำการชำระค่าสมัครสมาชิก เพื่อให้สามารถใช้ผลิตภัณฑ์หรือบริการจากศูนย์กิจกรรมสร้างสุข โดยเหมาจ่ายค่าบริการเป็นรายเดือนหรือรายปี แทนการจ่ายเงินซื้อผลิตภัณฑ์หรือบริการแบบครั้งเดียว เน้นการรักษาความสัมพันธ์ระหว่างลูกค้ากับธุรกิจ ด้วยการส่งเสริม/สนับสนุนให้ลูกค้าเดิมยังคงใช้ผลิตภัณฑ์หรือบริการต่อในระยะยาว เพื่อสร้างรายได้ต่อเนื่อง

ตัวชี้วัดการดำเนินงาน

1. กลุ่มเป้าหมายได้รับข้อมูลสุขภาวะที่ตรงตามลักษณะประชากรและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ด้วยระบบเทคโนโลยีดิจิทัล
2. กลุ่มเป้าหมายมีความเข้าใจ มีค่านิยมสุขภาวะ และมีแนวโน้มการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรม ในประเด็นที่มีการสื่อสาร
3. พันธมิตรได้รับประโยชน์ด้านการสื่อสารจากระบบการจัดการแพลตฟอร์มและช่องทางการสื่อสาร สร้างเสริมสุขภาพดิจิทัล และสามารถประยุกต์ใช้ ขยายผลสื่อและชุดความรู้สุขภาวะให้เหมาะสมกับบริบทเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร
4. SOOK เป็นแบรนด์ในใจ (top of mind) ด้วยการขยายฐานผู้รับประโยชน์ ผ่านการพัฒนาและจำหน่าย ผลิตภัณฑ์และบริการที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย พร้อมทั้งเกิดกลุ่มสมาชิกที่ภักดีต่อแบรนด์ SOOK

วัตถุประสงค์

1. เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ด้วยการสร้างโอกาสการเข้าถึงองค์ความรู้ และประสบการณ์ตรงด้านสุขภาวะ เพิ่มทักษะและขีดความสามารถของกลุ่มเป้าหมายทั้งระดับบุคคล และองค์กร รวมทั้งสร้างแรงจูงใจเชิงบวก และค่านิยมของสังคมในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรมด้านสุขภาวะ
2. เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลและแพลตฟอร์ม สำหรับรวบรวมข้อมูลเนื้อหาสุขภาวะ และข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย เพื่อวิเคราะห์ความสนใจและพฤติกรรมการใช้สื่อของกลุ่มเป้าหมาย อันจะนำไปสู่การใช้ข้อมูลในการออกแบบ พัฒนาเนื้อหาและสื่อ/กระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสม รวมถึงการกำหนดช่องทางการส่งต่อ ขยายผลให้เข้าถึงในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย
3. เพื่อพัฒนากระบวนการสื่อสารข้อมูลการสร้างเสริมสุขภาพที่ส่งเสริมภาพลักษณ์ของ สสส. ในการเป็น “องค์กรนวัตกรรมสานพลังสร้างเสริมสุขภาพ ” (innovative organization that collaborates to empower a better health) เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส.

ยุทธศาสตร์และกรอบแนวคิดการดำเนินงาน

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

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน (Conceptual framework) แผน 15



- 1) สร้างโอกาสการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร องค์กรความรู้ ประสบการณ์ตรงด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และผลลัพธ์จากการดำเนินงานที่สะท้อนภาพลักษณ์องค์กร สู่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการรับรู้ ความเข้าใจ และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉพาะบุคคล
- 2) เพิ่มทักษะ และขีดความสามารถของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ด้วยสื่อและกระบวนการเรียนรู้ สร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสมตามบริบทและพลวัตของพื้นที่และกลุ่มประชากร
- 3) สร้างแรงบันดาลใจเชิงบวกและค่านิยมของสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพ นำไปสู่ความตระหนัก และการเปลี่ยนแปลงทัศนคติระดับบุคคล

กลุ่มเป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน

1. ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเป้าหมายที่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของ สสส. ระยะ 10 ปี โดยกำหนดลักษณะกลุ่มเป้าหมายให้สอดคล้องตามยุทธศาสตร์ของแต่ละประเด็น
2. ประชาชนที่สนใจด้านสุขภาพ ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) และผู้ที่มีอิทธิพลทางความคิด (influencer) ต่อกลุ่มเป้าหมายต่างๆ อาทิ สื่อสังคมออนไลน์ บุคคลที่มีชื่อเสียง บุคลากรในสถานศึกษา ผู้นำในองค์กรปกครองท้องถิ่น กลุ่มแกนนำในชุมชน รวมถึงภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ

3. หน่วยงาน องค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชน
4. ผู้ตัดสินใจเชิงนโยบาย และสื่อมวลชน

งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)				
	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพ	470.00	480.00	480.00	480.00	480.00

